EVALUACIÓN TÉCNICA

ADJUDICACIÓN DIRECTA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN EN COMPRANET: No. AA-50-GYR-050GYR002-T-130-2023

CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS EXTERNA PARA EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 45 y 46 DE GUADALAJARA, JALISCO, PARA EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 16 DE JUNIO AL 15 DE JULIO DEL EJERCICIO 2023.

Fecha: 15 JUNIO DEL 2023

En el Acto de Presentación y Apertura de Proposiciones de la Adjudicación Directa señalada en el rubro se recibieron para efectos de su revisión, análisis detallado y elaboración del dictamen que fundamenta y motiva el Fallo, conforme lo establecen los artículos 36 y 36 Bis fracción I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) y 51 del Reglamento (RLAASSP), los numerales 4.25 inciso f), 4.39, 4.39.1, 5.3.9 inciso b) (en el caso de OOAD) / Jalisco), de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

NO.	NOMBRE, RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL LICITANTE	PARTIDA
1	**PRESEFA S.A. DE C.V.**	HGR 45 GUADALAJARA
		HGR 46 GUADALAJARA

Las evaluaciones de las proposiciones se realizaron de acuerdo con el Criterio de Evaluación Binario, establecido en la convocatoria a la Adjudicación Directa, fundando y motivando las razones para aceptar o desechar la proposición y de acuerdo con el análisis de la documentación presentada en dichas proposiciones, considerando que el factor preponderante para la adjudicación del contrato es el precio más bajo.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA:

Se revisó detalladamente las proposiciones recibidas por los licitantes, a fin de evaluar el cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos en la Convocatoria, sus Anexos de la convocatoria a la Adjudicación Directa, tal como se consigna a continuación:

EVALUACION TECNICA HEMODIALISIS EXTERNA 2023					
PARTIDA	HGR 45, 46	OOAD	JALISCO		
LICITANTE:	PRESEFA SA DE CV	FECHA:	15/06/2023		
DESCRIPCION		PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÒN
Anexo T2 ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS		cumple			
B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES),				no aplica	
C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO,		cumple			
D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,		cumple			

E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO	**cumple**			
• Presentar Folletos, catálogos, instructivos y en su caso, fotografías de los equipos necesarios para corroborar las especificaciones, características y calidad de los bienes necesarios para otorgar el servicio, debidamente referenciados en idioma español, de lo solicitado en los Anexos T2 (T dos) ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS , A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES), C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,, E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO).	**cumple**			
• Factura de ambulancia para dar el servicio de traslado o contrato y/o convenio vigente del servicio correspondiente.	**cumple**			

• Manual de procedimientos técnicos del Servicio de Hemodiálisis de la unidad en donde se establezca el proceso de Atención al paciente.	**cumple**			
• Manual de procedimientos técnicos de enfermería, a donde se establezca el proceso de atención del paciente.	**cumple**			
• Copia del contrato de prestación del servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, o en caso de contar del laboratorio propio, copia del aviso de funcionamiento del laboratorio clínico.	**cumple**			
• Deberá presentar original o copia del (los) manual(es) de operación en español o en el idioma del país de origen con una traducción simple al español, de la(s) máquina(s) de hemodiálisis del mismo modelo con que prestará el servicio y de la Unidad de reprocesamiento de dializadores, en caso de que opte por reprocesamiento de dializadores.			**no aplica**	
• Deberá presentar original o copia del manual de operación en español de la planta de tratamiento de agua con que cuenta la unidad de hemodiálisis subrogada. (base en t3)	**cumple**			

• Registros Sanitarios de los equipos y de los bienes de consumo requeridos para la prestación del servicio, a excepción de aquellos que no requieran Registro Sanitario, de acuerdo con la COFEPRIS., conforme a lo establecido en el artículo 376 de la Ley General de Salud (vigencia de 5 años), en el que se deberá identificar:	**PRESENTA O CUMPLE**	**NO PRESENTA O NO CUMPLE**	**NO APLICA**	**OBSERVACIÒN**
• Número de registro, prórroga o modificación.	**cumple**			
• Titular del registro.	**cumple**			
• Nombre y domicilio del fabricante.	**cumple**			
• Indicaciones de uso y/o descripción.	**cumple**			
• Modelo(s).	**cumple**			
• Fecha de emisión y de vencimiento.	**cumple**			
• Nombre, firma autógrafa y cargo del servidor público que la emite.	**cumple**			
• En caso de que el Registro Sanitario no se encuentre dentro del periodo de vigencia de 5 años, conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud, el participante deberá presentar:	**PRESENTA O CUMPLE**	**NO PRESENTA O NO CUMPLE**	**NO APLICA**	**OBSERVACIÒN**
• Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.			**no aplica**	
• Copia simple del acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario, presentado ante la COFEPRIS.			**no aplica**	

• Carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del Titular del Registro Sanitario en donde Bajo Protesta de Decir Verdad, manifieste que el trámite de prórroga del Registro Sanitario, del cual presenta copia, fue sometido en tiempo y forma, y que el acuse de recibo presentado corresponde al producto sometido al trámite de prórroga.			**no aplica**	
• Para aquellos casos en el que los equipos y bienes de consumo ofertados, de origen Nacional o Internacional, y el participante advierta que no requiere Registro Sanitario, deberá presentar, debidamente referenciado, el "Listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del registro sanitario, y de aquellos productos que por su naturaleza, características propias y uso no se consideran como insumos para la salud y por ende no requieren registro sanitario", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre del 2014, en el que identifique aquellos que oferte.			**no aplica**	
• *Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento y de responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.*	**cumple**			
• Certificado de especialización, y cédula profesional del (los) médico(s) nefrólogo(s) que quedará(n) como responsable(s) de la unidad de hemodiálisis que coticen.	**cumple**			

• Copia de los certificados de especialidad en Nefrología o constancias de haber recibido cursos de capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de 6 meses impartidos en un centro de atención médica o unidad de hemodiálisis certificada, para el caso de las enfermeras	**cumple**			
• Escrito libre donde señale que cumple con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.	**cumple**			
• Copia del certificado de buenas prácticas de manufactura, en el idioma del país de origen de los equipos y bienes de consumo ofertados, acompañado de su traducción al español y expedido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen o copia simple del certificado FDA o Comunidad Económica Europea vigente de los equipos y bienes de consumo ofertados.	**cumple**			
• Copia simple del certificado de libre venta vigente emitido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen, en el que se señale que los equipos y bienes de consumo necesarios para la prestación del servicio pueden ser usados sin restricción de uso en el país de origen, acompañado de traducción simple al español.	**cumple**			

• Documento emitido por el secretario del Consejo de Salubridad General en el que conste que cada una de la (s) unidad (es) de hemodiálisis subrogada (s) ofertada (s) se encuentra (n) certificada (s) o en proceso de certificación por dicho Consejo, en atención al Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.	**cumple**			
• Escrito por parte del participante en el que manifieste que cuenta con los equipos necesarios para la prestación del servicio de acuerdo a lo solicitado, los que deberán estar en óptimas condiciones de funcionamiento, cumplir con las especificaciones técnicas establecidas en el Anexo T2 (T-dos), y haber sido ensamblados de manera integral en el país de origen y que los bienes no correspondiente a saldos o remanentes ni ostentan las leyendas "only export" ni "only investigation", se encuentran descontinuados o no se autoriza su uso en el país de origen.	**cumple**			
Escrito donde manifieste que los bienes (equipos y bienes de consumo) que usará para la prestación del servicio no cuentan con alertas médicas tipo I y II que sean reconocidas por organismos internacionales como la FDA y por las OOAD de los ministerios de salud de cada país de origen durante los últimos 3 años. En el caso de los equipos que hayan presentado alerta médica el licitante deberá adjuntar a este escrito el alta o resolución de la misma.	**cumple**			

Mapa de Ubicación de la Unidad Subrogada de Hemodiálisis, En plataforma electrónica de Google Maps: en el que se indique claramente que la unidad de hemodiálisis subrogada ofertada se encuentra dentro del radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que prestará los servicios. Para los casos de las OOAD de Jalisco, Nuevo León, Ciudad de México Sur (D.F. Sur) y Ciudad de México Norte (D.F. Norte), la distancia a demostrar deberá ser dentro del radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que se prestará el servicio.	**Cumple**			

CONSERVACIÒN / PROTECCIÒN CIVIL	**PRESENTA O CUMPLE**	**NO PRESENTA O NO CUMPLE**	**NO APLICA**	**OBSERVACIÒN**
Evaluación de Conformidad de Cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo, en los términos que establece la secretaria de trabajo y Previsión Social.	**cumple**			

La vigilancia del cumplimiento de la Norma corresponde a la Secretaria del Trabajo y Previsión Social en su ámbito de competencia. · El procedimiento para la evaluación de la conformidad aplica tanto para la autoridad laboral, en ejercicio de sus facultades de vigilaría o al verificar el cumplimiento de la Norma, en el marco de las evaluaciones integrales del programa de Autogestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, así como para las unidades de verificación. · Documento probatorio: Dictamen del cumplimiento de la NOM-002-STPS-2010, por parte de la inspección federal del trabajo o en su caso, por parte de unidad de verificación acreditada.	**cumple**			
Acreditación del Programa Interno de Protección Civil, en los términos establecidos y reglamentados por la autoridad de Protección Civil estatal o municipal, según corresponda por la ubicación geográfica del inmueble.	**cumple**			
La vigilancia del cumplimiento del Programa Interno de Protección Civil corresponde a las autoridades del Protección Civil estatal o municipal. · El procedimiento para la evaluación del Programa de Protección Civil en establecimientos mercantiles aplica a la autoridad de protección Civil estatal o municipal, en el ejercicio de sus facultades de inspección y verificación · Documento probatorio: Documento que acredite la verificación satisfactoria del Programa Interno de Protección Civil, expedido por la autoridad local de Protección Civil.	**cumple**			

Lo anterior con Fundamento por lo señalado en Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Público. En sus artículos 36 y 36 bis, su Reglamento (R.L.A.A.S.S.P.) Artículos 64; así como por lo señalado en las PBL´s Institucionales en materia de Adquisiciones en su capítulo 4 numerales 4.21, 4.35, 4.35.1 y 4.35.2; De las políticas bases y lineamientos del IMSS.

OBSERVACIONES: Ninguna.

EL PROVEEDOR CUMPLE CON LOS TERMINOS Y CONDICIONES SOLICITADOS EN LA CONVOCATORIA

Atentamente:

Dr. Julio Agustín Bueno Ledesma
Enc. Coordinación de Prevención y Atención a la Salud
OOAD Jalisco

EVALUACIÓN TÉCNICA

ADJUDICACIÓN DIRECTA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN EN COMPRANET: No. AA-50-GYR-050GYR002-T-130-2023

CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS EXTERNA PARA EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 07 DE LAGOS DE MORENO, JALISCO, PARA EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 16 DE JUNIO AL 15 DE JULIO DEL EJERCICIO 2023.

Fecha: 15 JUNIO DEL 2023

En el Acto de Presentación y Apertura de Proposiciones de la Adjudicación Directa señalada en el rubro se recibieron para efectos de su revisión, análisis detallado y elaboración del dictamen que fundamenta y motiva el Fallo, conforme lo establecen los artículos 36 y 36 Bis fracción I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) y 51 del Reglamento (RLAASSP), los numerales 4.25 inciso f), 4.39, 4.39.1, 5.3.9 inciso b) (en el caso de OOAD) / Jalisco), de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

NO.	NOMBRE, RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL LICITANTE	PARTIDA
1	**MEDICA SANTA CARMEN SAPI DE CV**	HGZ 07 LAGOS DE MORENO

Las evaluaciones de las proposiciones se realizaron de acuerdo con el Criterio de Evaluación Binario, establecido en la convocatoria a la Adjudicación Directa, fundando y motivando las razones para aceptar o desechar la proposición y de acuerdo con el análisis de la documentación presentada en dichas proposiciones, considerando que el factor preponderante para la adjudicación del contrato es el precio más bajo.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA:

Se revisó detalladamente las proposiciones recibidas por los licitantes, a fin de evaluar el cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos en la Convocatoria, sus Anexos de la convocatoria a la Adjudicación Directa, tal como se consigna a continuación:

EVALUACION TECNICA HEMODIALISIS EXTERNA 2023					
PARTIDA	**HGZ 7**	**OOAD**	**JALISCO**		
LICITANTE :	**MEDICA SANTA CARMEN SAPI DE CV EN PARTICIPACION CONJUNTA CON CLINICA DE HEMODIALISIS JUAN PABLO II, S.C.**	**FECHA:**	**15/06/2023**		
DESCRIPCION		**PRESENTA O CUMPLE**	**NO PRESENTA O NO CUMPLE**	**NO APLICA**	**OBSERVACIÒN**
Anexo T2 ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS		**cumple**			
B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES),				**no aplica**	
C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO,		**cumple**			
D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,		**cumple**			

E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO	**cumple**			
• Presentar Folletos, catálogos, instructivos y en su caso, fotografías de los equipos necesarios para corroborar las especificaciones, características y calidad de los bienes necesarios para otorgar el servicio, debidamente referenciados en idioma español, de lo solicitado en los Anexos T2 (T dos) ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS , A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES), C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,, E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO).	**cumple**			
• Factura de ambulancia para dar el servicio de traslado o contrato y/o convenio vigente del servicio correspondiente.	**cumple**			

• Manual de procedimientos técnicos del Servicio de Hemodiálisis de la unidad en donde se establezca el proceso de Atención al paciente.	**cumple**			
• Manual de procedimientos técnicos de enfermería, a donde se establezca el proceso de atención del paciente.	**cumple**			
• Copia del contrato de prestación del servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, o en caso de contar del laboratorio propio, copia del aviso de funcionamiento del laboratorio clínico.	**cumple**			
• Deberá presentar original o copia del (los) manual(es) de operación en español o en el idioma del país de origen con una traducción simple al español, de la(s) máquina(s) de hemodiálisis del mismo modelo con que prestará el servicio y de la Unidad de reprocesamiento de dializadores, en caso de que opte por reprocesamiento de dializadores.			**no aplica**	
• Deberá presentar original o copia del manual de operación en español de la planta de tratamiento de agua con que cuenta la unidad de hemodiálisis subrogada. (base en t3)	**cumple**			

• Registros Sanitarios de los equipos y de los bienes de consumo requeridos para la prestación del servicio, a excepción de aquellos que no requieran Registro Sanitario, de acuerdo con la COFEPRIS., conforme a lo establecido en el artículo 376 de la Ley General de Salud (vigencia de 5 años), en el que se deberá identificar:	**PRESENTA O CUMPLE**	**NO PRESENTA O NO CUMPLE**	**NO APLICA**	**OBSERVACIÒN**
• Número de registro, prórroga o modificación.	**cumple**			
• Titular del registro.	**cumple**			
• Nombre y domicilio del fabricante.	**cumple**			
• Indicaciones de uso y/o descripción.	**cumple**			
• Modelo(s).	**cumple**			
• Fecha de emisión y de vencimiento.	**cumple**			
• Nombre, firma autógrafa y cargo del servidor público que la emite.	**cumple**			
• En caso de que el Registro Sanitario no se encuentre dentro del periodo de vigencia de 5 años, conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud, el participante deberá presentar:	**PRESENTA O CUMPLE**	**NO PRESENTA O NO CUMPLE**	**NO APLICA**	**OBSERVACIÒN**
• Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.			**no aplica**	
• Copia simple del acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario, presentado ante la COFEPRIS.			**no aplica**	

• Carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del Titular del Registro Sanitario en donde Bajo Protesta de Decir Verdad, manifieste que el trámite de prórroga del Registro Sanitario, del cual presenta copia, fue sometido en tiempo y forma, y que el acuse de recibo presentado corresponde al producto sometido al trámite de prórroga.			**no aplica**	
• Para aquellos casos en el que los equipos y bienes de consumo ofertados, de origen Nacional o Internacional, y el participante advierta que no requiere Registro Sanitario, deberá presentar, debidamente referenciado, el "Listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del registro sanitario, y de aquellos productos que por su naturaleza, características propias y uso no se consideran como insumos para la salud y por ende no requieren registro sanitario", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre del 2014, en el que identifique aquellos que oferte.			**no aplica**	
• *Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento y de responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.*	**cumple**			
• Certificado de especialización, y cédula profesional del (los) médico(s) nefrólogo(s) que quedará(n) como responsable(s) de la unidad de hemodiálisis que coticen.	**cumple**			

• Copia de los certificados de especialidad en Nefrología o constancias de haber recibido cursos de capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de 6 meses impartidos en un centro de atención médica o unidad de hemodiálisis certificada, para el caso de las enfermeras	**cumple**			
• Escrito libre donde señale que cumple con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.	**cumple**			
• Copia del certificado de buenas prácticas de manufactura, en el idioma del país de origen de los equipos y bienes de consumo ofertados, acompañado de su traducción al español y expedido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen o copia simple del certificado FDA o Comunidad Económica Europea vigente de los equipos y bienes de consumo ofertados.	**cumple**			
• Copia simple del certificado de libre venta vigente emitido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen, en el que se señale que los equipos y bienes de consumo necesarios para la prestación del servicio pueden ser usados sin restricción de uso en el país de origen, acompañado de traducción simple al español.	**cumple**			

• Documento emitido por el secretario del Consejo de Salubridad General en el que conste que cada una de la (s) unidad (es) de hemodiálisis subrogada (s) ofertada (s) se encuentra (n) certificada (s) o en proceso de certificación por dicho Consejo, en atención al Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.	**cumple**			
• Escrito por parte del participante en el que manifieste que cuenta con los equipos necesarios para la prestación del servicio de acuerdo a lo solicitado, los que deberán estar en óptimas condiciones de funcionamiento, cumplir con las especificaciones técnicas establecidas en el Anexo T2 (T-dos), y haber sido ensamblados de manera integral en el país de origen y que los bienes no correspondiente a saldos o remanentes ni ostentan las leyendas "only export" ni "only investigation", se encuentran descontinuados o no se autoriza su uso en el país de origen.	**cumple**			
Escrito donde manifieste que los bienes (equipos y bienes de consumo) que usará para la prestación del servicio no cuentan con alertas médicas tipo I y II que sean reconocidas por organismos internacionales como la FDA y por las OOAD de los ministerios de salud de cada país de origen durante los últimos 3 años. En el caso de los equipos que hayan presentado alerta médica el licitante deberá adjuntar a este escrito el alta o resolución de la misma.	**cumple**			

Mapa de Ubicación de la Unidad Subrogada de Hemodiálisis, En plataforma electrónica de Google Maps: en el que se indique claramente que la unidad de hemodiálisis subrogada ofertada se encuentra dentro del radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que prestará los servicios. Para los casos de las OOAD de Jalisco, Nuevo León, Ciudad de México Sur (D.F. Sur) y Ciudad de México Norte (D.F. Norte), la distancia a demostrar deberá ser dentro del radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que se prestará el servicio.	**Cumple**			

CONSERVACIÒN / PROTECCIÒN CIVIL	**PRESENTA O CUMPLE**	**NO PRESENTA O NO CUMPLE**	**NO APLICA**	**OBSERVACIÒN**
Evaluación de Conformidad de Cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo, en los términos que establece la secretaria de trabajo y Previsión Social.	**cumple**			

La vigilancia del cumplimiento de la Norma corresponde a la Secretaria del Trabajo y Previsión Social en su ámbito de competencia. · El procedimiento para la evaluación de la conformidad aplica tanto para la autoridad laboral, en ejercicio de sus facultades de vigilaría o al verificar el cumplimiento de la Norma, en el marco de las evaluaciones integrales del programa de Autogestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, así como para las unidades de verificación. · Documento probatorio: Dictamen del cumplimiento de la NOM-002-STPS-2010, por parte de la inspección federal del trabajo o en su caso, por parte de unidad de verificación acreditada.	**cumple**			
Acreditación del Programa Interno de Protección Civil, en los términos establecidos y reglamentados por la autoridad de Protección Civil estatal o municipal, según corresponda por la ubicación geográfica del inmueble.	**cumple**			
La vigilancia del cumplimiento del Programa Interno de Protección Civil corresponde a las autoridades del Protección Civil estatal o municipal. · El procedimiento para la evaluación del Programa de Protección Civil en establecimientos mercantiles aplica a la autoridad de protección Civil estatal o municipal, en el ejercicio de sus facultades de inspección y verificación · Documento probatorio: Documento que acredite la verificación satisfactoria del Programa Interno de Protección Civil, expedido por la autoridad local de Protección Civil.	**cumple**			

Lo anterior con Fundamento por lo señalado en Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Público. En sus artículos 36 y 36 bis, su Reglamento (R.L.A.A.S.S.P.) Artículos 64; así como por lo señalado en las PBL´s Institucionales en materia de Adquisiciones en su capítulo 4 numerales 4.21, 4.35, 4.35.1 y 4.35.2; De las políticas bases y lineamientos del IMSS.

OBSERVACIONES: Ninguna.

EL PROVEEDOR CUMPLE CON LOS TERMINOS Y CONDICIONES SOLICITADOS EN LA CONVOCATORIA

Atentamente:

Dr. Julio Agustín Bueno Ledesma
Enc. Coordinación de Prevención y Atención a la Salud
OOAD Jalisco

EVALUACIÓN TÉCNICA

ADJUDICACIÓN DIRECTA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN EN COMPRANET: No. AA-50-GYR-050GYR002-T-130-2023

CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS EXTERNA PARA EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 42 DE PUERTO VALLARTA, JALISCO, PARA EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 16 DE JUNIO AL 15 DE JULIO DEL EJERCICIO 2023.

Fecha: 15 JUNIO DEL 2023

En el Acto de Presentación y Apertura de Proposiciones de la Adjudicación Directa señalada en el rubro se recibieron para efectos de su revisión, análisis detallado y elaboración del dictamen que fundamenta y motiva el Fallo, conforme lo establecen los artículos 36 y 36 Bis fracción I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) y 51 del Reglamento (RLAASSP), los numerales 4.25 inciso f), 4.39, 4.39.1, 5.3.9 inciso b) (en el caso de OOAD) / Jalisco), de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

NO.	NOMBRE, RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL LICITANTE	PARTIDA
1	**UNIDAD DE DIALISIS LA LOMA SC**	HGZ 42 PUERTO VALLARTA

Las evaluaciones de las proposiciones se realizaron de acuerdo con el Criterio de Evaluación Binario, establecido en la convocatoria a la Adjudicación Directa, fundando y motivando las razones para aceptar o desechar la proposición y de acuerdo con el análisis de la documentación presentada en dichas proposiciones, considerando que el factor preponderante para la adjudicación del contrato es el precio más bajo.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA:

Se revisó detalladamente las proposiciones recibidas por los licitantes, a fin de evaluar el cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos en la Convocatoria, sus Anexos de la convocatoria a la Adjudicación Directa, tal como se consigna a continuación:

EVALUACION TECNICA HEMODIALISIS EXTERNA 2023					
PARTIDA	HGZ 42	OOAD	JALISCO		
LICITANTE:	UNIDAD DE DIALISIS LA LOMA SC	FECHA:	15/06/2023		
DESCRIPCION		PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÒN
Anexo T2 ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS		cumple			
B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES),				no aplica	
C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO,		cumple			
D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO		cumple			

BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,				

E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO	**cumple**			
• Presentar Folletos, catálogos, instructivos y en su caso, fotografías de los equipos necesarios para corroborar las especificaciones, características y calidad de los bienes necesarios para otorgar el servicio, debidamente referenciados en idioma español, de lo solicitado en los Anexos T2 (T dos) ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS , A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES), C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,, E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO).	**cumple**			
• Factura de ambulancia para dar el servicio de traslado o contrato y/o convenio vigente del servicio correspondiente.	**cumple**			

• Manual de procedimientos técnicos del Servicio de Hemodiálisis de la unidad en donde se establezca el proceso de Atención al paciente.	**cumple**			
• Manual de procedimientos técnicos de enfermería, a donde se establezca el proceso de atención del paciente.	**cumple**			
• Copia del contrato de prestación del servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, o en caso de contar del laboratorio propio, copia del aviso de funcionamiento del laboratorio clínico.	**cumple**			
• Deberá presentar original o copia del (los) manual(es) de operación en español o en el idioma del país de origen con una traducción simple al español, de la(s) máquina(s) de hemodiálisis del mismo modelo con que prestará el servicio y de la Unidad de reprocesamiento de dializadores, en caso de que opte por reprocesamiento de dializadores.			**no aplica**	
• Deberá presentar original o copia del manual de operación en español de la planta de tratamiento de agua con que cuenta la unidad de hemodiálisis subrogada. (base en t3)	**cumple**			

• Registros Sanitarios de los equipos y de los bienes de consumo requeridos para la prestación del servicio, a excepción de aquellos que no requieran Registro Sanitario, de acuerdo con la COFEPRIS., conforme a lo establecido en el artículo 376 de la Ley General de Salud (vigencia de 5 años), en el que se deberá identificar:	**PRESENTA O CUMPLE**	**NO PRESENTA O NO CUMPLE**	**NO APLICA**	**OBSERVACIÓN**
• Número de registro, prórroga o modificación.	**cumple**			
• Titular del registro.	**cumple**			
• Nombre y domicilio del fabricante.	**cumple**			
• Indicaciones de uso y/o descripción.	**cumple**			
• Modelo(s).	**cumple**			
• Fecha de emisión y de vencimiento.	**cumple**			
• Nombre, firma autógrafa y cargo del servidor público que la emite.	**cumple**			
• En caso de que el Registro Sanitario no se encuentre dentro del periodo de vigencia de 5 años, conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud, el participante deberá presentar:	**PRESENTA O CUMPLE**	**NO PRESENTA O NO CUMPLE**	**NO APLICA**	**OBSERVACIÓN**
• Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.			**no aplica**	
• Copia simple del acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario, presentado ante la COFEPRIS.			**no aplica**	

• Carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del Titular del Registro Sanitario en donde Bajo Protesta de Decir Verdad, manifieste que el trámite de prórroga del Registro Sanitario, del cual presenta copia, fue sometido en tiempo y forma, y que el acuse de recibo presentado corresponde al producto sometido al trámite de prórroga.			**no aplica**	
• Para aquellos casos en el que los equipos y bienes de consumo ofertados, de origen Nacional o Internacional, y el participante advierta que no requiere Registro Sanitario, deberá presentar, debidamente referenciado, el "Listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del registro sanitario, y de aquellos productos que por su naturaleza, características propias y uso no se consideran como insumos para la salud y por ende no requieren registro sanitario", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre del 2014, en el que identifique aquellos que oferte.			**no aplica**	
• *Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento y de responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.*	**cumple**			
• Certificado de especialización, y cédula profesional del (los) médico(s) nefrólogo(s) que quedará(n) como responsable(s) de la	**cumple**			

unidad de hemodiálisis que coticen.				
• Copia de los certificados de especialidad en Nefrología o constancias de haber recibido cursos de capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de 6 meses impartidos en un centro de atención médica o unidad de hemodiálisis certificada, para el caso de las enfermeras	**cumple**			
• Escrito libre donde señale que cumple con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.	**cumple**			
• Copia del certificado de buenas prácticas de manufactura, en el idioma del país de origen de los equipos y bienes de consumo ofertados, acompañado de su traducción al español y expedido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen o copia simple del certificado FDA o Comunidad Económica Europea vigente de los equipos y bienes de consumo ofertados.	**cumple**			
• Copia simple del certificado de libre venta vigente emitido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen, en el que se señale que los equipos y bienes de consumo necesarios para la prestación del servicio pueden ser usados sin restricción de uso en el país de origen, acompañado de traducción simple al español.	**cumple**			

• Documento emitido por el secretario del Consejo de Salubridad General en el que conste que cada una de la (s) unidad (es) de hemodiálisis subrogada (s) ofertada (s) se encuentra (n) certificada (s) o en proceso de certificación por dicho Consejo, en atención al Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.	**cumple**			
• Escrito por parte del participante en el que manifieste que cuenta con los equipos necesarios para la prestación del servicio de acuerdo a lo solicitado, los que deberán estar en óptimas condiciones de funcionamiento, cumplir con las especificaciones técnicas establecidas en el Anexo T2 (T-dos), y haber sido ensamblados de manera integral en el país de origen y que los bienes no correspondiente a saldos o remanentes ni ostentan las leyendas "only export" ni "only investigation", se encuentran descontinuados o no se autoriza su uso en el país de origen.	**cumple**			
Escrito donde manifieste que los bienes (equipos y bienes de consumo) que usará para la prestación del servicio no cuentan con alertas médicas tipo I y II que sean reconocidas por organismos internacionales como la FDA y por las OOAD de los ministerios de salud de cada país de origen durante los últimos 3 años. En el caso de los equipos que hayan presentado alerta médica el licitante deberá adjuntar a este escrito el alta o resolución de la misma.	**cumple**			

Mapa de Ubicación de la Unidad Subrogada de Hemodiálisis, En plataforma electrónica de Google Maps: en el que se indique claramente que la unidad de hemodiálisis subrogada ofertada se encuentra dentro del radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que prestará los servicios. Para los casos de las OOAD de Jalisco, Nuevo León, Ciudad de México Sur (D.F. Sur) y Ciudad de México Norte (D.F. Norte), la distancia a demostrar deberá ser dentro del radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que se prestará el servicio.	**Cumple**			

CONSERVACIÒN / PROTECCIÒN CIVIL	**PRESENTA O CUMPLE**	**NO PRESENTA O NO CUMPLE**	**NO APLICA**	**OBSERVACIÒN**
Evaluación de Conformidad de Cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo, en los términos que establece la secretaria de trabajo y Previsión Social.	**cumple**			

La vigilancia del cumplimiento de la Norma corresponde a la Secretaria del Trabajo y Previsión Social en su ámbito de competencia. · El procedimiento para la evaluación de la conformidad aplica tanto para la autoridad laboral, en ejercicio de sus facultades de vigilaría o al verificar el cumplimiento de la Norma, en el marco de las evaluaciones integrales del programa de Autogestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, así como para las unidades de verificación. · Documento probatorio: Dictamen del cumplimiento de la NOM-002-STPS-2010, por parte de la inspección federal del trabajo o en su caso, por parte de unidad de verificación acreditada.	**cumple**			
Acreditación del Programa Interno de Protección Civil, en los términos establecidos y reglamentados por la autoridad de Protección Civil estatal o municipal, según corresponda por la ubicación geográfica del inmueble.	**cumple**			
La vigilancia del cumplimiento del Programa Interno de Protección Civil corresponde a las autoridades del Protección Civil estatal o municipal. · El procedimiento para la evaluación del Programa de Protección Civil en establecimientos mercantiles aplica a la autoridad de protección Civil estatal o municipal, en el ejercicio de sus facultades de inspección y verificación · Documento probatorio: Documento que acredite la verificación satisfactoria del Programa Interno de Protección Civil, expedido por la autoridad local de Protección Civil.	**cumple**			

Lo anterior con Fundamento por lo señalado en Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Público. En sus artículos 36 y 36 bis, su Reglamento (R.L.A.A.S.S.P.) Artículos 64; así como por lo señalado en las PBL´s Institucionales en materia de Adquisiciones en su capítulo 4 numerales 4.21, 4.35, 4.35.1 y 4.35.2; De las políticas bases y lineamientos del IMSS.

OBSERVACIONES: Ninguna.

EL PROVEEDOR CUMPLE CON LOS TERMINOS Y CONDICIONES SOLICITADOS EN LA CONVOCATORIA

Atentamente:

Dr. Julio Agustín Bueno Ledesma
Enc. Coordinación de Prevención y Atención a la Salud
OOAD Jalisco

EVALUACIÓN TÉCNICA

ADJUDICACIÓN DIRECTA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN EN COMPRANET: No. AA-50-GYR-050GYR002-T-130-2023

CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS EXTERNA PARA EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 06 de OCOTLAN Y HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 20 DE AUTLAN JALISCO, PARA EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 16 DE JUNIO AL 15 DE JULIO DEL EJERCICIO 2023.

Fecha: 15 JUNIO DEL 2023

En el Acto de Presentación y Apertura de Proposiciones de la Adjudicación Directa señalada en el rubro se recibieron para efectos de su revisión, análisis detallado y elaboración del dictamen que fundamenta y motiva el Fallo, conforme lo establecen los artículos 36 y 36 Bis fracción I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) y 51 del Reglamento (RLAASSP), los numerales 4.25 inciso f), 4.39, 4.39.1, 5.3.9 inciso b) (en el caso de OOAD) / Jalisco), de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

NO.	NOMBRE, RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL LICITANTE	PARTIDA
1	**PROAGE MANAGEMENT S.C.**	HGZ 06 OCOTLAN
		HGZ 20 AUTLAN

Las evaluaciones de las proposiciones se realizaron de acuerdo con el Criterio de Evaluación Binario, establecido en la convocatoria a la Adjudicación Directa, fundando y motivando las razones para aceptar o desechar la proposición y de acuerdo con el análisis de la documentación presentada en dichas proposiciones, considerando que el factor preponderante para la adjudicación del contrato es el precio más bajo.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA:

Se revisó detalladamente las proposiciones recibidas por los licitantes, a fin de evaluar el cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos en la Convocatoria, sus Anexos de la convocatoria a la Adjudicación Directa, tal como se consigna a continuación:

EVALUACION TECNICA HEMODIALISIS EXTERNA 2023					
PARTIDA	HGZ 06 HGZ 20	OOAD	JALISCO		
LICITANTE:	PRESEFA SA DE CV	FECHA:	15/06/2023		
	PROAGE MANAGEMENT S.C.				
DESCRIPCION		PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÒN
Anexo T2 ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS		cumple			
B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES),				no aplica	
C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO,		cumple			
D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,		cumple			

E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO	**cumple**			
• Presentar Folletos, catálogos, instructivos y en su caso, fotografías de los equipos necesarios para corroborar las especificaciones, características y calidad de los bienes necesarios para otorgar el servicio, debidamente referenciados en idioma español, de lo solicitado en los Anexos T2 (T dos) ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS , A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES), C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,, E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO).	**cumple**			
• Factura de ambulancia para dar el servicio de traslado o contrato y/o convenio vigente del servicio correspondiente.	**cumple**			

• Manual de procedimientos técnicos del Servicio de Hemodiálisis de la unidad en donde se establezca el proceso de Atención al paciente.	**cumple**			
• Manual de procedimientos técnicos de enfermería, a donde se establezca el proceso de atención del paciente.	**cumple**			
• Copia del contrato de prestación del servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, o en caso de contar del laboratorio propio, copia del aviso de funcionamiento del laboratorio clínico.	**cumple**			
• Deberá presentar original o copia del (los) manual(es) de operación en español o en el idioma del país de origen con una traducción simple al español, de la(s) máquina(s) de hemodiálisis del mismo modelo con que prestará el servicio y de la Unidad de reprocesamiento de dializadores, en caso de que opte por reprocesamiento de dializadores.			**no aplica**	
• Deberá presentar original o copia del manual de operación en español de la planta de tratamiento de agua con que cuenta la unidad de hemodiálisis subrogada. (base en t3)	**cumple**			

• Registros Sanitarios de los equipos y de los bienes de consumo requeridos para la prestación del servicio, a excepción de aquellos que no requieran Registro Sanitario, de acuerdo con la COFEPRIS., conforme a lo establecido en el artículo 376 de la Ley General de Salud (vigencia de 5 años), en el que se deberá identificar:	**PRESENTA O CUMPLE**	**NO PRESENTA O NO CUMPLE**	**NO APLICA**	**OBSERVACIÒN**
• Número de registro, prórroga o modificación.	**cumple**			
• Titular del registro.	**cumple**			
• Nombre y domicilio del fabricante.	**cumple**			
• Indicaciones de uso y/o descripción.	**cumple**			
• Modelo(s).	**cumple**			
• Fecha de emisión y de vencimiento.	**cumple**			
• Nombre, firma autógrafa y cargo del servidor público que la emite.	**cumple**			
• En caso de que el Registro Sanitario no se encuentre dentro del periodo de vigencia de 5 años, conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud, el participante deberá presentar:	**PRESENTA O CUMPLE**	**NO PRESENTA O NO CUMPLE**	**NO APLICA**	**OBSERVACIÒN**
• Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.			**no aplica**	
• Copia simple del acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario, presentado ante la COFEPRIS.			**no aplica**	

• Carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del Titular del Registro Sanitario en donde Bajo Protesta de Decir Verdad, manifieste que el trámite de prórroga del Registro Sanitario, del cual presenta copia, fue sometido en tiempo y forma, y que el acuse de recibo presentado corresponde al producto sometido al trámite de prórroga.			**no aplica**	
• Para aquellos casos en el que los equipos y bienes de consumo ofertados, de origen Nacional o Internacional, y el participante advierta que no requiere Registro Sanitario, deberá presentar, debidamente referenciado, el "Listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del registro sanitario, y de aquellos productos que por su naturaleza, características propias y uso no se consideran como insumos para la salud y por ende no requieren registro sanitario", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre del 2014, en el que identifique aquellos que oferte.			**no aplica**	
• ***Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.***	**cumple**			
• Certificado de especialización, y cédula profesional del (los) médico(s) nefrólogo(s) que quedará(n) como responsable(s) de la unidad de hemodiálisis que coticen.	**cumple**			

• Copia de los certificados de especialidad en Nefrología o constancias de haber recibido cursos de capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de 6 meses impartidos en un centro de atención médica o unidad de hemodiálisis certificada, para el caso de las enfermeras	**cumple**			
• Escrito libre donde señale que cumple con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.	**cumple**			
• Copia del certificado de buenas prácticas de manufactura, en el idioma del país de origen de los equipos y bienes de consumo ofertados, acompañado de su traducción al español y expedido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen o copia simple del certificado FDA o Comunidad Económica Europea vigente de los equipos y bienes de consumo ofertados.	**cumple**			
• Copia simple del certificado de libre venta vigente emitido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen, en el que se señale que los equipos y bienes de consumo necesarios para la prestación del servicio pueden ser usados sin restricción de uso en el país de origen, acompañado de traducción simple al español.	**cumple**			

• Documento emitido por el secretario del Consejo de Salubridad General en el que conste que cada una de la (s) unidad (es) de hemodiálisis subrogada (s) ofertada (s) se encuentra (n) certificada (s) o en proceso de certificación por dicho Consejo, en atención al Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.	**cumple**			
• Escrito por parte del participante en el que manifieste que cuenta con los equipos necesarios para la prestación del servicio de acuerdo a lo solicitado, los que deberán estar en óptimas condiciones de funcionamiento, cumplir con las especificaciones técnicas establecidas en el Anexo T2 (T-dos), y haber sido ensamblados de manera integral en el país de origen y que los bienes no correspondiente a saldos o remanentes ni ostentan las leyendas "only export" ni "only investigation", se encuentran descontinuados o no se autoriza su uso en el país de origen.	**cumple**			
Escrito donde manifieste que los bienes (equipos y bienes de consumo) que usará para la prestación del servicio no cuentan con alertas médicas tipo I y II que sean reconocidas por organismos internacionales como la FDA y por las OOAD de los ministerios de salud de cada país de origen durante los últimos 3 años. En el caso de los equipos que hayan presentado alerta médica el licitante deberá adjuntar a este escrito el alta o resolución de la misma.	**cumple**			

Mapa de Ubicación de la Unidad Subrogada de Hemodiálisis, En plataforma electrónica de Google Maps: en el que se indique claramente que la unidad de hemodiálisis subrogada ofertada se encuentra dentro del radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que prestará los servicios. Para los casos de las OOAD de Jalisco, Nuevo León, Ciudad de México Sur (D.F. Sur) y Ciudad de México Norte (D.F. Norte), la distancia a demostrar deberá ser dentro del radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que se prestará el servicio.	**Cumple**			

CONSERVACIÒN / PROTECCIÒN CIVIL	**PRESENTA O CUMPLE**	**NO PRESENTA O NO CUMPLE**	**NO APLICA**	**OBSERVACIÒN**
Evaluación de Conformidad de Cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo, en los términos que establece la secretaria de trabajo y Previsión Social.	**cumple**			

La vigilancia del cumplimiento de la Norma corresponde a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social en su ámbito de competencia. · El procedimiento para la evaluación de la conformidad aplica tanto para la autoridad laboral, en ejercicio de sus facultades de vigilaría o al verificar el cumplimiento de la Norma, en el marco de las evaluaciones integrales del programa de Autogestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, así como para las unidades de verificación. · Documento probatorio: Dictamen del cumplimiento de la NOM-002-STPS-2010, por parte de la inspección federal del trabajo o en su caso, por parte de unidad de verificación acreditada.	**cumple**			
Acreditación del Programa Interno de Protección Civil, en los términos establecidos y reglamentados por la autoridad de Protección Civil estatal o municipal, según corresponda por la ubicación geográfica del inmueble.	**cumple**			
La vigilancia del cumplimiento del Programa Interno de Protección Civil corresponde a las autoridades del Protección Civil estatal o municipal. · El procedimiento para la evaluación del Programa de Protección Civil en establecimientos mercantiles aplica a la autoridad de protección Civil estatal o municipal, en el ejercicio de sus facultades de inspección y verificación · Documento probatorio: Documento que acredite la verificación satisfactoria del Programa Interno de Protección Civil, expedido por la autoridad local de Protección Civil.	**cumple**			

Lo anterior con Fundamento por lo señalado en Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Público. En sus artículos 36 y 36 bis, su Reglamento (R.L.A.A.S.S.P.) Artículos 64; así como por lo señalado en las PBL´s Institucionales en materia de Adquisiciones en su capítulo 4 numerales 4.21, 4.35, 4.35.1 y 4.35.2; De las políticas bases y lineamientos del IMSS.

OBSERVACIONES: Ninguna.

EL PROVEEDOR CUMPLE CON LOS TERMINOS Y CONDICIONES SOLICITADOS EN LA CONVOCATORIA

Atentamente:

Dr. Julio Agustín Bueno Ledesma
Enc. Coordinación de Prevención y Atención a la Salud
OOAD Jalisco

EVALUACIÓN TÉCNICA

ADJUDICACIÓN DIRECTA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN EN COMPRANET: No. AA-50-GYR-050GYR002-T-130-2023

CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS EXTERNA PARA EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 21 DE TEPATITLAN DE MORELOS, JALISCO, PARA EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 16 DE JUNIC AL 15 DE JULIO DEL EJERCICIO 2023.

Fecha: 15 JUNIO DEL 2023

En el Acto de Presentación y Apertura de Proposiciones de la Adjudicación Directa señalada en el rubro se recibieron para efectos de su revisión, análisis detallado y elaboración del dictamen que fundamenta y motiva el Fallo, conforme lo establecen los artículos 36 y 36 Bis fracción I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) y 51 del Reglamento (RLAASSP), los numerales 4.25 inciso f), 4.39, 4.39.1, 5.3.9 inciso b) (en el caso de OOAD) / Jalisco), de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

NO.	NOMBRE, RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL LICITANTE	PARTIDA
1	**CARINT SA DE CV**	HGZ 21 TEPATITLAN

Las evaluaciones de las proposiciones se realizaron de acuerdo con el Criterio de Evaluación Binario, establecido en la convocatoria a la Adjudicación Directa, fundando y motivando las razones para aceptar o desechar la proposición y de acuerdo con el análisis de la documentación presentada en dichas proposiciones, considerando que el factor preponderante para la adjudicación del contrato es el precio más bajo.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA:

Se revisó detalladamente las proposiciones recibidas por los licitantes, a fin de evaluar el cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos en la Convocatoria, sus Anexos de la convocatoria a la Adjudicación Directa, tal como se consigna a continuación:

EVALUACION TECNICA HEMODIALISIS EXTERNA 2023					
PARTIDA	HGZ 21	OOAD	JALISCO		
LICITANTE:	CARINT, S.A. de C.V.	FECHA:	15/06/2023		
DESCRIPCION		PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÒN
Anexo T2 ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS		cumple			
B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES),				no aplica	
C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO,		cumple			
D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,		cumple			

E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO	**cumple**			
• Presentar Folletos, catálogos, instructivos y en su caso, fotografías de los equipos necesarios para corroborar las especificaciones, características y calidad de los bienes necesarios para otorgar el servicio, debidamente referenciados en idioma español, de lo solicitado en los Anexos T2 (T dos) ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS , A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES), C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,, E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO).	**cumple**			
• Factura de ambulancia para dar el servicio de traslado o contrato y/o convenio vigente del servicio correspondiente.	**cumple**			

• Manual de procedimientos técnicos del Servicio de Hemodiálisis de la unidad en donde se establezca el proceso de Atención al paciente.	**cumple**			
• Manual de procedimientos técnicos de enfermería, a donde se establezca el proceso de atención del paciente.	**cumple**			
• Copia del contrato de prestación del servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, o en caso de contar del laboratorio propio, copia del aviso de funcionamiento del laboratorio clínico.	**cumple**			
• Deberá presentar original o copia del (los) manual(es) de operación en español o en el idioma del país de origen con una traducción simple al español, de la(s) máquina(s) de hemodiálisis del mismo modelo con que prestará el servicio y de la Unidad de reprocesamiento de dializadores, en caso de que opte por reprocesamiento de dializadores.			**no aplica**	
• Deberá presentar original o copia del manual de operación en español de la planta de tratamiento de agua con que cuenta la unidad de hemodiálisis subrogada. (base en t3)	**cumple**			

• Registros Sanitarios de los equipos y de los bienes de consumo requeridos para la prestación del servicio, a excepción de aquellos que no requieran Registro Sanitario, de acuerdo con la COFEPRIS., conforme a lo establecido en el artículo 376 de la Ley General de Salud (vigencia de 5 años), en el que se deberá identificar:	**PRESENTA O CUMPLE**	**NO PRESENTA O NO CUMPLE**	**NO APLICA**	**OBSERVACIÒN**
• Número de registro, prórroga o modificación.	**cumple**			
• Titular del registro.	**cumple**			
• Nombre y domicilio del fabricante.	**cumple**			
• Indicaciones de uso y/o descripción.	**cumple**			
• Modelo(s).	**cumple**			
• Fecha de emisión y de vencimiento.	**cumple**			
• Nombre, firma autógrafa y cargo del servidor público que la emite.	**cumple**			
• En caso de que el Registro Sanitario no se encuentre dentro del periodo de vigencia de 5 años, conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud, el participante deberá presentar:	**PRESENTA O CUMPLE**	**NO PRESENTA O NO CUMPLE**	**NO APLICA**	**OBSERVACIÒN**
• Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.			**no aplica**	
• Copia simple del acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario, presentado ante la COFEPRIS.			**no aplica**	

• Carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del Titular del Registro Sanitario en donde Bajo Protesta de Decir Verdad, manifieste que el trámite de prórroga del Registro Sanitario, del cual presenta copia, fue sometido en tiempo y forma, y que el acuse de recibo presentado corresponde al producto sometido al trámite de prórroga.			**no aplica**	
• Para aquellos casos en el que los equipos y bienes de consumo ofertados, de origen Nacional o Internacional, y el participante advierta que no requiere Registro Sanitario, deberá presentar, debidamente referenciado, el "Listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del registro sanitario, y de aquellos productos que por su naturaleza, características propias y uso no se consideran como insumos para la salud y por ende no requieren registro sanitario", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre del 2014, en el que identifique aquellos que oferte.			**no aplica**	
• ***Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.***	**cumple**			
• Certificado de especialización, y cédula profesional del (los) médico(s) nefrólogo(s) que quedará(n) como responsable(s) de la unidad de hemodiálisis que coticen.	**cumple**			

• Copia de los certificados de especialidad en Nefrología o constancias de haber recibido cursos de capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de 6 meses impartidos en un centro de atención médica o unidad de hemodiálisis certificada, para el caso de las enfermeras	**cumple**			
• Escrito libre donde señale que cumple con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.	**cumple**			
• Copia del certificado de buenas prácticas de manufactura, en el idioma del país de origen de los equipos y bienes de consumo ofertados, acompañado de su traducción al español y expedido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen o copia simple del certificado FDA o Comunidad Económica Europea vigente de los equipos y bienes de consumo ofertados.	**cumple**			
• Copia simple del certificado de libre venta vigente emitido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen, en el que se señale que los equipos y bienes de consumo necesarios para la prestación del servicio pueden ser usados sin restricción de uso en el país de origen, acompañado de traducción simple al español.	**cumple**			

• Documento emitido por el secretario del Consejo de Salubridad General en el que conste que cada una de la (s) unidad (es) de hemodiálisis subrogada (s) ofertada (s) se encuentra (n) certificada (s) o en proceso de certificación por dicho Consejo, en atención al Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.	**cumple**			
• Escrito por parte del participante en el que manifieste que cuenta con los equipos necesarios para la prestación del servicio de acuerdo a lo solicitado, los que deberán estar en óptimas condiciones de funcionamiento, cumplir con las especificaciones técnicas establecidas en el Anexo T2 (T-dos), y haber sido ensamblados de manera integral en el país de origen y que los bienes no correspondiente a saldos o remanentes ni ostentan las leyendas "only export" ni "only investigation", se encuentran descontinuados o no se autoriza su uso en el país de origen.	**cumple**			
Escrito donde manifieste que los bienes (equipos y bienes de consumo) que usará para la prestación del servicio no cuentan con alertas médicas tipo I y II que sean reconocidas por organismos internacionales como la FDA y por las OOAD de los ministerios de salud de cada país de origen durante los últimos 3 años. En el caso de los equipos que hayan presentado alerta médica el licitante deberá adjuntar a este escrito el alta o resolución de la misma.	**cumple**			

Mapa de Ubicación de la Unidad Subrogada de Hemodiálisis, En plataforma electrónica de Google Maps: en el que se indique claramente que la unidad de hemodiálisis subrogada ofertada se encuentra dentro del radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que prestará los servicios. Para los casos de las OOAD de Jalisco, Nuevo León, Ciudad de México Sur (D.F. Sur) y Ciudad de México Norte (D.F. Norte), la distancia a demostrar deberá ser dentro del radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que se prestará el servicio.	**Cumple**			

CONSERVACIÒN / PROTECCIÒN CIVIL	**PRESENTA O CUMPLE**	**NO PRESENTA O NO CUMPLE**	**NO APLICA**	**OBSERVACIÒN**
Evaluación de Conformidad de Cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo, en los términos que establece la secretaria de trabajo y Previsión Social.	**cumple**			

La vigilancia del cumplimiento de la Norma corresponde a la Secretaria del Trabajo y Previsión Social en su ámbito de competencia. · El procedimiento para la evaluación de la conformidad aplica tanto para la autoridad laboral, en ejercicio de sus facultades de vigilaría o al verificar el cumplimiento de la Norma, en el marco de las evaluaciones integrales del programa de Autogestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, así como para las unidades de verificación. · Documento probatorio: Dictamen del cumplimiento de la NOM-002-STPS-2010, por parte de la inspección federal del trabajo o en su caso, por parte de unidad de verificación acreditada.	**cumple**			
Acreditación del Programa Interno de Protección Civil, en los términos establecidos y reglamentados por la autoridad de Protección Civil estatal o municipal, según corresponda por la ubicación geográfica del inmueble.	**cumple**			
La vigilancia del cumplimiento del Programa Interno de Protección Civil corresponde a las autoridades del Protección Civil estatal o municipal. · El procedimiento para la evaluación del Programa de Protección Civil en establecimientos mercantiles aplica a la autoridad de protección Civil estatal o municipal, en el ejercicio de sus facultades de inspección y verificación · Documento probatorio: Documento que acredite la verificación satisfactoria del Programa Interno de Protección Civil, expedido por la autoridad local de Protección Civil.	**cumple**			

Lo anterior con Fundamento por lo señalado en Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Público. En sus artículos 36 y 36 bis, su Reglamento (R.L.A.A.S.S.P.) Artículos 64; así como por lo señalado en las PBL´s Institucionales en materia de Adquisiciones en su capítulo 4 numerales 4.21, 4.35, 4.35.1 y 4.35.2; De las políticas bases y lineamientos del IMSS.

OBSERVACIONES: Ninguna.

EL PROVEEDOR CUMPLE CON LOS TERMINOS Y CONDICIONES SOLICITADOS EN LA CONVOCATORIA

Atentamente:

Dr. Julio Agustín Bueno Ledesma
Enc. Coordinación de Prevención y Atención a la Salud
OOAD Jalisco

EVALUACIÓN TÉCNICA

ADJUDICACIÓN DIRECTA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN EN COMPRANET: No. AA-50-GYR-050GYR002-T-130-2023

CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS EXTERNA PARA EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 09, 14, 26 Y 89, Y HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 110 Y 180, PARA EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 16 DE JUNIO AL 15 DE JULIO DEL EJERCICIO 2023.

Fecha: 15 JUNIO DEL 2023

En el Acto de Presentación y Apertura de Proposiciones de la Adjudicación Directa señalada en el rubro se recibieron para efectos de su revisión, análisis detallado y elaboración del dictamen que fundamenta y motiva el Fallo, conforme lo establecen los artículos 36 y 36 Bis fracción I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) y 51 del Reglamento (RLAASSP), los numerales 4.25 inciso f), 4.39, 4.39.1, 5.3.9 inciso b) (en el caso de OOAD) / Jalisco), de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

NO.	NOMBRE, RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL LICITANTE	PARTIDA
1	**PISA EQUIPOS BIOMÉDICOS S.A. DE C.V.**	HGZ 09 CD GUZMAN
		HGZ 14 GUADALAJARA
		HGZ 26 TALA
		HGZ 89 GUADALAJARA
		HGR 110 GUADALAJARA
		HGR 180 TLAJOMULCO

Las evaluaciones de las proposiciones se realizaron de acuerdo con el Criterio de Evaluación Binario, establecido en la convocatoria a la Adjudicación Directa, fundando y motivando las razones para aceptar o desechar la proposición y de acuerdo con el análisis de la documentación presentada en dichas proposiciones, considerando que el factor preponderante para la adjudicación del contrato es el precio más bajo.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA:

Se revisó detalladamente las proposiciones recibidas por los licitantes, a fin de evaluar el cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos en la Convocatoria, sus Anexos de la convocatoria a la Adjudicación Directa, tal como se consigna a continuación:

EVALUACION TECNICA HEMODIALISIS EXTERNA 2023					
PARTIDA	HGZ 09, HGZ 14, HGZ 89, HGZ 26, HGR 110, HGR 180	OOAD	JALISCO		
LICITANTE:	PISA EQUIPOS BIOMÉDICOS S.A. DE C.V.	FECHA:	15/06/2023		
DESCRIPCION		PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÒN
Anexo T2 ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS		cumple			
B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES),				no aplica	
C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO,		cumple			
D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,		cumple			

E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO	**cumple**			
• Presentar Folletos, catálogos, instructivos y en su caso, fotografías de los equipos necesarios para corroborar las especificaciones, características y calidad de los bienes necesarios para otorgar el servicio, debidamente referenciados en idioma español, de lo solicitado en los Anexos T2 (T dos) ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS , A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES), C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,, E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO).	**cumple**			
• Factura de ambulancia para dar el servicio de traslado o contrato y/o convenio vigente del servicio correspondiente.	**cumple**			

• Manual de procedimientos técnicos del Servicio de Hemodiálisis de la unidad en donde se establezca el proceso de Atención al paciente.	**cumple**			
• Manual de procedimientos técnicos de enfermería, a donde se establezca el proceso de atención del paciente.	**cumple**			
• Copia del contrato de prestación del servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, o en caso de contar del laboratorio propio, copia del aviso de funcionamiento del laboratorio clínico.	**cumple**			
• Deberá presentar original o copia del (los) manual(es) de operación en español o en el idioma del país de origen con una traducción simple al español, de la(s) máquina(s) de hemodiálisis del mismo modelo con que prestará el servicio y de la Unidad de reprocesamiento de dializadores, en caso de que opte por reprocesamiento de dializadores.			**no aplica**	
• Deberá presentar original o copia del manual de operación en español de la planta de tratamiento de agua con que cuenta la unidad de hemodiálisis subrogada. (base en t3)	**cumple**			

• Registros Sanitarios de los equipos y de los bienes de consumo requeridos para la prestación del servicio, a excepción de aquellos que no requieran Registro Sanitario, de acuerdo con la COFEPRIS., conforme a lo establecido en el artículo 376 de la Ley General de Salud (vigencia de 5 años), en el que se deberá identificar:	**PRESENTA O CUMPLE**	**NO PRESENTA O NO CUMPLE**	**NO APLICA**	**OBSERVACIÒN**
• Número de registro, prórroga o modificación.	**cumple**			
• Titular del registro.	**cumple**			
• Nombre y domicilio del fabricante.	**cumple**			
• Indicaciones de uso y/o descripción.	**cumple**			
• Modelo(s).	**cumple**			
• Fecha de emisión y de vencimiento.	**cumple**			
• Nombre, firma autógrafa y cargo del servidor público que la emite.	**cumple**			
• En caso de que el Registro Sanitario no se encuentre dentro del periodo de vigencia de 5 años, conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud, el participante deberá presentar:	**PRESENTA O CUMPLE**	**NO PRESENTA O NO CUMPLE**	**NO APLICA**	**OBSERVACIÒN**
• Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.			**no aplica**	
• Copia simple del acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario, presentado ante la COFEPRIS.			**no aplica**	

• Carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del Titular del Registro Sanitario en donde Bajo Protesta de Decir Verdad, manifieste que el trámite de prórroga del Registro Sanitario, del cual presenta copia, fue sometido en tiempo y forma, y que el acuse de recibo presentado corresponde al producto sometido al trámite de prórroga.			**no aplica**	
• Para aquellos casos en el que los equipos y bienes de consumo ofertados, de origen Nacional o Internacional, y el participante advierta que no requiere Registro Sanitario, deberá presentar, debidamente referenciado, el "Listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del registro sanitario, y de aquellos productos que por su naturaleza, características propias y uso no se consideran como insumos para la salud y por ende no requieren registro sanitario", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre del 2014, en el que identifique aquellos que oferte.			**no aplica**	
• *Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.*	**cumple**			
• Certificado de especialización, y cédula profesional del (los) médico(s) nefrólogo(s) que quedará(n) como responsable(s) de la unidad de hemodiálisis que coticen.	**cumple**			

• Copia de los certificados de especialidad en Nefrología o constancias de haber recibido cursos de capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de 6 meses impartidos en un centro de atención médica o unidad de hemodiálisis certificada, para el caso de las enfermeras	**cumple**			
• Escrito libre donde señale que cumple con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.	**cumple**			
• Copia del certificado de buenas prácticas de manufactura, en el idioma del país de origen de los equipos y bienes de consumo ofertados, acompañado de su traducción al español y expedido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen o copia simple del certificado FDA o Comunidad Económica Europea vigente de los equipos y bienes de consumo ofertados.	**cumple**			
• Copia simple del certificado de libre venta vigente emitido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen, en el que se señale que los equipos y bienes de consumo necesarios para la prestación del servicio pueden ser usados sin restricción de uso en el país de origen, acompañado de traducción simple al español.	**cumple**			

• Documento emitido por el secretario del Consejo de Salubridad General en el que conste que cada una de la (s) unidad (es) de hemodiálisis subrogada (s) ofertada (s) se encuentra (n) certificada (s) o en proceso de certificación por dicho Consejo, en atención al Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.	**cumple**			
• Escrito por parte del participante en el que manifieste que cuenta con los equipos necesarios para la prestación del servicio de acuerdo a lo solicitado, los que deberán estar en óptimas condiciones de funcionamiento, cumplir con las especificaciones técnicas establecidas en el Anexo T2 (T-dos), y haber sido ensamblados de manera integral en el país de origen y que los bienes no correspondiente a saldos o remanentes ni ostentan las leyendas "only export" ni "only investigation", se encuentran descontinuados o no se autoriza su uso en el país de origen.	**cumple**			
Escrito donde manifieste que los bienes (equipos y bienes de consumo) que usará para la prestación del servicio no cuentan con alertas médicas tipo I y II que sean reconocidas por organismos internacionales como la FDA y por las OOAD de los ministerios de salud de cada país de origen durante los últimos 3 años. En el caso de los equipos que hayan presentado alerta médica el licitante deberá adjuntar a este escrito el alta o resolución de la misma.	**cumple**			

Mapa de Ubicación de la Unidad Subrogada de Hemodiálisis, En plataforma electrónica de Google Maps: en el que se indique claramente que la unidad de hemodiálisis subrogada ofertada se encuentra dentro del radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que prestará los servicios. Para los casos de las OOAD de Jalisco, Nuevo León, Ciudad de México Sur (D.F. Sur) y Ciudad de México Norte (D.F. Norte), la distancia a demostrar deberá ser dentro del radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que se prestará el servicio.	**Cumple**			

CONSERVACIÒN / PROTECCIÒN CIVIL	**PRESENTA O CUMPLE**	**NO PRESENTA O NO CUMPLE**	**NO APLICA**	**OBSERVACIÒN**
Evaluación de Conformidad de Cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo, en los términos que establece la secretaria de trabajo y Previsión Social.	**cumple**			

La vigilancia del cumplimiento de la Norma corresponde a la Secretaria del Trabajo y Previsión Social en su ámbito de competencia. · El procedimiento para la evaluación de la conformidad aplica tanto para la autoridad laboral, en ejercicio de sus facultades de vigilaría o al verificar el cumplimiento de la Norma, en el marco de las evaluaciones integrales del programa de Autogestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, así como para las unidades de verificación. · Documento probatorio: Dictamen del cumplimiento de la NOM-002-STPS-2010, por parte de la inspección federal del trabajo o en su caso, por parte de unidad de verificación acreditada.	**cumple**			
Acreditación del Programa Interno de Protección Civil, en los términos establecidos y reglamentados por la autoridad de Protección Civil estatal o municipal, según corresponda por la ubicación geográfica del inmueble.	**cumple**			
La vigilancia del cumplimiento del Programa Interno de Protección Civil corresponde a las autoridades del Protección Civil estatal o municipal. · El procedimiento para la evaluación del Programa de Protección Civil en establecimientos mercantiles aplica a la autoridad de protección Civil estatal o municipal, en el ejercicio de sus facultades de inspección y verificación · Documento probatorio: Documento que acredite la verificación satisfactoria del Programa Interno de Protección Civil, expedido por la autoridad local de Protección Civil.	**cumple**			

Lo anterior con Fundamento por lo señalado en Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Público. En sus artículos 36 y 36 bis, su Reglamento (R.L.A.A.S.S.P.) Artículos 64; así como por lo señalado en las PBL´s Institucionales en materia de Adquisiciones en su capítulo 4 numerales 4.21, 4.35, 4.35.1 y 4.35.2; De las políticas bases y lineamientos del IMSS.

OBSERVACIONES: Ninguna.

EL PROVEEDOR CUMPLE CON LOS TERMINOS Y CONDICIONES SOLICITADOS EN LA CONVOCATORIA

Atentamente:

Dr. Julio Agustín Bueno Ledesma
Enc. Coordinación de Prevención y Atención a la Salud
OOAD Jalisco