



Of. N° 14<sup>a</sup>66061200/010/ /2023

Guadalajara Jalisco, a 09 de Febrero 2023

ANEXO 1 (UNO) CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO**  
**CON VALIDACIÓN PRESUPUESTAL EN EL MÓDULO DE CONTROL DE COMPROMISOS**

**SOLICITUD:** 0000042182 - 2023

**Dependencia Solicitante:** D0014 Delegación Jalisco  
 SEI Servicios Integrales  
 14A0014 M\_DELEGACION

**Descripción:**  
 Servicio: Hemodiálisis Extramuros

**Fecha Inspección:** 09/02/2023 **Fecha Validación:** 09/02/2023

**Total Comprometido (en pesos):** \$ 1,844,842.68 **Cuenta:** 42081804 **Partida presupuestaria:**

| COMPROMISOS PRESUPUESTALES (en miles de pesos) |       |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|--|-------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ENE  | FEB   | MAR   | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
| 0.0  | 820.8 | 716.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |

Este documento de respaldo presupuestario se emite con base en la revisión efectuada en el Módulo de Control de Compromisos del Sistema Financiero PREI-Milenium, por lo que el monto solicitado se encuentra comprometido para dar inicio a las gestiones de adquisición de bienes y servicios, previo cumplimiento del marco normativo vigente, siendo responsable del área solicitante el destino y aplicación de los recursos, lo anterior con fundamento en los artículos 35 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, 25 y 45 fracción III de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 24 y 40 fracción III de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, B°, 144 y 148 del Reglamento Interior del IMSS y el numeral 7.2.10 de la Norma Presupuestaria del IMSS.

**CERTIFICADO PREVIO**

CONTRATO PREI \_\_\_\_\_  
 CONTRATO IMSS \_\_\_\_\_

IMPORTE: \$ 1,844,842.68  
 UN MILLON SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS 88/100 LN

DR. MIGUEL ANGEL NAVARRO ESTRADA  
 Subdirector  
 IV. JEFEATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS



ANEXO 2 (DOS) CUADRO DE ASIGNACIÓN Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

| PROVEEDOR                        | UNIDADES | PRECIO UNITARIO | IMPORTE MÍNIMO ADJUDICADO SIN IVA | IMPORTE MÁXIMO ADJUDICADO SIN IVA |
|----------------------------------|----------|-----------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| UNIDAD DE DIALISIS LA LOMA, S.C. | HGZ 42   | \$1,418.00      | \$442,416.00                      | \$1,106,040.00                    |

Anexo Técnico

a) Descripción del Servicio de Hemodiálisis Subrogada a Contratar

Clave del Catálogo CPIM del Servicio de hemodiálisis Subrogada: 30.02.001 Hemodiálisis Sesiones Externas  
Clave CUCop: El Servicio de Hemodiálisis Subrogada, no cuenta con clave CUCop

De manera genérica se encuentra la siguiente: Clave: 33900010 Partida 33901 Servicio médico

Los elementos del Servicio de Hemodiálisis que tienen clave CUCop son los siguientes:

Clave:

25400163 Partida 25401 Descripción: Dializador para hemodiálisis (desechable)  
53100357 Partida 53101 Descripción: Equipo para hemodiálisis

El Instituto a fin de atender las necesidades de sus derechohabientes con insuficiencia renal crónica, requiere de la prestación del servicio de hemodiálisis subrogada, mismo que se señala en el Anexo T1 de requerimientos de las unidades médicas, de las presentes bases; por lo que el participante participante deberá dar el debido cumplimiento a todos y cada uno de los requisitos que a continuación se describen en los términos y condiciones establecidos en el presente documento.

El Instituto contratará el Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada a un solo participante por partida (Unidad Médica).

El participante deberá indicar la distancia entre cada unidad médica subrogada ofertada para cada partida y la unidad médica del IMSS correspondiente, de acuerdo al *Anexo T0 (T-cero) Oferta Técnica*  
Para el caso que el participante presente oferta para más de una partida, deberá establecer el número de máquinas de hemodiálisis destinadas de forma exclusiva para cada partida, de acuerdo al *Anexo T0 (T-cero) Oferta Técnica*, a fin de corroborar que cuenta con la cantidad de máquinas necesarias para cubrir el requerimiento de cada partida ofertada.

**La Unidad de Hemodiálisis Subrogada deberá cumplir con los siguientes puntos:**

- Se encuentre certificada por el Consejo de Salubridad General o en proceso de certificación por dicho Consejo, en atención al ACUERDO por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales de la Ciudad de México (antes Distrito Federal) y municipales, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.



- La unidad de hemodiálisis subrogada deberá estar Ubicarse dentro de un radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica a la que se prestará el servicio en el OOAD Estatal en Jalisco.
- El área de tratamiento deberá ser considerada área semi restringida (zona gris).
- La unidad de hemodiálisis subrogada deberá contar con servicio de traslado en ambulancia, en términos de la NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria, debiendo contar con las características mínimas como se indican en el numeral 4.1.4 Ambulancia de urgencias básicas, debiendo presentar como parte de su oferta el contrato y/o convenio vigente correspondiente, en caso de que la unidad de hemodiálisis subrogada no cuente con ambulancia propia; y factura en caso de que sea propia la ambulancia) para los caso que se requieran para:
  - Pacientes graves o que presenten complicaciones (pre, trans y post tratamiento) en el área de la unidad de hemodiálisis subrogada, hasta conseguir la estabilización hemodinámica del paciente para el traslado a la unidad médica de referencia.
- Contar con las áreas descritas en el apartado "*Infraestructura, Equipamiento y Suministro*" del presente documento, en apego a la NOM-003-SSA3-2010, "Para la práctica de la hemodiálisis".
- Central(es) de enfermeras con visibilidad de los pacientes.
- Área de aislamiento equipada destinada a pacientes con enfermedades infecto-contagiosas como: VIH o Hepatitis B o C.
- El área para cada estación de hemodiálisis deberá ser de por lo menos 1.5 x 2.0 mts. La cual se calculará con base a los metros cuadrados del área de tratamiento de hemodiálisis (área gris) y el número de máquinas que tenga la unidad subrogada de hemodiálisis.
- Toma o tanque portátil de oxígeno y aspirador de secreciones (en caso de optar por el uso de tanque portátil de oxígeno y aspirador de secreciones, deberá contar con uno por cada 5 (cinco) máquinas instaladas).
- Área de lavado, desinfección y esterilización de material de curación y médico-quirúrgico, en caso de no contar con material desechable.
- Almacén de ropa limpia o de ropa desechable, de guarda de bienes de consumo, área de intendencia, área de conservación y mantenimiento. En el caso de utilizar ropa desechable no será necesario que cuente con almacén de ropa sucia.
- Deberá cumplir 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.
- Debe contar con cisterna o tinacos para la disponibilidad de agua suficiente de acuerdo a la capacidad instalada de atención para los 365 días del año que permita la operación de la unidad.
- Cada paciente deberá recibir las sesiones con duración de 3:00 a 4:00 horas por sesión de acuerdo a la prescripción del médico del IMSS.
- El participante deberá tener el número de máquinas de hemodiálisis, de acuerdo a las necesidades de cada unidad médica, asegurando al menos 936 sesiones anuales por cada máquina, para la atención de cada uno de los pacientes. Apegándose al horario de servicio que será de las 7 a las 21 horas, de lunes a sábado; incluso días festivos. Los horarios diferentes se deberán acordar con las autoridades delegacionales o de la UMAE correspondiente.
- El participante que resulte adjudicado del servicio, debe garantizar el equipo y bienes de consumo específicos para pacientes pediátricos en los lugares en donde se requiera la atención para este tipo de pacientes.

El participante deberá contar con los equipos médicos, y bienes de consumo que se requieren para llevar a cabo los procedimientos (sesiones de hemodiálisis), para cubrir las necesidades de las unidades hospitalarias que se adjudiquen. Por lo que una vez que se conozca al participante adjudicado deberá coordinar acciones con las unidades médicas asignadas para prestar el servicio en tiempo y forma.

**La unidad de Hemodiálisis Subrogada deberá ofrecer los siguientes servicios al paciente:**

- A todo paciente al que se le haya determinado la permanencia en el programa de hemodiálisis subrogada se le deberá colocar un acceso vascular permanente. La transición del acceso vascular temporal a un acceso vascular definitivo, no deberá ser mayor a los 3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada, siendo éste colocado por el participante adjudicado del servicio, el cual deberá atender las

complicaciones que se presenten. El plazo contará a partir de la fecha de ingreso a la unidad de hemodiálisis subrogada y de acuerdo al formato de subrogación de servicios 4-30-2/03.

- El participante adjudicado prestador del servicio subrogado será responsable de mantener un acceso vascular funcional y sin complicaciones derivadas de la prestación del servicio..
- Una vez registrado el paciente en la unidad de hemodiálisis subrogada, el participante adjudicado prestador del servicio deberá mantener los estudios actualizados para cada paciente conforme a lo establecido en el apartado denominado, “La Unidad de hemodiálisis subrogada deberá realizar por cada paciente las siguientes pruebas de laboratorio con la frecuencia que a continuación se especifica”, del presente documento. Deberá recibir a los pacientes en caso de hemodiálisis de urgencia, los cuales serán remitidos por el Instituto una vez estabilizados hemodinamicamente, con los estudios de acuerdo con el apartado Responsabilidades del Instituto a excepción del panel para virus de Hepatitis B, C y VIH, el cual se enviará en un plazo no mayor a 15 días naturales.
- A partir de su referencia a la unidad de hemodiálisis subrogada serán responsabilidad del prestador de servicio, el cuidado, el mantenimiento y/o recambio del acceso vascular temporal o definitivo y, la atención de las complicaciones que se presenten.

**En cada procedimiento de Hemodiálisis, en las etapas pre-, trans- y post- Hemodiálisis, se deberá determinar y registrar por cada paciente lo siguiente:**

- Peso, del paciente pre- y post- diálisis, presión arterial pre-, trans- y post- diálisis, temperatura pre- y post- diálisis, frecuencia cardíaca pre-, trans- y post- diálisis, verificar heparinización tipo de filtros de diálisis, flujo del dializante, flujo sanguíneo, tiempo de diálisis y ultrafiltración, K/tv, signos y síntomas del paciente antes, durante y al finalizar la hemodiálisis. Las mediciones tomadas por la máquina de hemodiálisis deben registrarse en el sistema de información.
- Exploración física con especial énfasis en el acceso vascular.
- Eventos relevantes y complicaciones.
- Medicamentos administrados.
- Transmitir a la base de datos central del Instituto, al finalizar la sesión de hemodiálisis, los datos registrados en el sistema de información, de acuerdo a la ETIMSS 5640-023-004, mediante mensajería HL7.
- Establecer los mecanismos necesarios para manejo de identidad, al iniciar y finalizar la sesión de hemodiálisis, de acuerdo a la ETIMSS 5640-023-004.

**La unidad de hemodiálisis subrogada deberá realizar por cada paciente las siguientes pruebas de laboratorio con la frecuencia que a continuación se especifica:**

En forma mensual: urea o nitrógeno ureico, biometría hemática completa, glucosa, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, TGO (sólo en caso de pacientes seropositivos para hepatitis B o C.

- Trimestral: Cinética de hierro: Ferritina, transferrina, albúmina, proteínas totales.
- Cuatrimestral: Determinación de antígeno de superficie (HBs Ag), Anti HCV.
- Semestral: Colesterol, triglicéridos, VIH.

Para lo cual el participante adjudicado prestador del servicio deberá presentar copia del contrato de prestación de servicio de laboratorio clínico debidamente firmado y vigente, o en caso de contar con laboratorio propio, copia de la licencia de funcionamiento del laboratorio clínico.

**La adecuación de la hemodiálisis se deberá realizar mensualmente en forma individualizada para cada paciente y se deberá cumplir con los siguientes parámetros:**

- A) Clínicos: sin datos de uremia, control óptimo de la presión arterial, sin datos de retención hídrica y con peso seco en forma individual.
- B) Bioquímicos:
  - Kt/v monocompartmental igual o mayor de 1.2
  - URR igual o superior al 65%

**Criterios especiales a seguir por las unidades subrogadas:**



- En caso necesario de transfusión de componentes sanguíneos, que provoque descompensación aguda, el paciente deberá ser trasladado a la unidad hospitalaria de adscripción correspondiente sin costo adicional.
- Considerar como pacientes de alto riesgo a aquellos que se encuentran seropositivos con hepatitis B o C y VIH, y a los que en condiciones de urgencia, no se haya podido determinar su panel viral.
- Los pacientes que se encuentren con hepatitis B o C y VIH con prueba confirmatoria positivos, deben dializarse en riñón artificial exclusivo para este tipo de pacientes y en área aislada, siguiéndose las técnicas internacionales establecidas.
- Los pacientes con hepatitis B y C y VIH deben dializarse utilizando en ellos material y equipo exclusivo. En estos pacientes no debe reutilizarse el dializador. Se deberá seguir el procedimiento de técnica de aislamiento aplicando la NOM 010-SSA2-2010 "Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana".
- El material desechable utilizado en los procedimientos de hemodiálisis, deberá ser exclusivo para cada paciente.
- El participante deberá presentar 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.
- Aseo exhaustivo de las áreas al menos una vez por semana, utilizando detergente en todas las superficies como pisos, paredes, puertas y ventanas y/o de acuerdo a cultivos bacteriológicos realizados en el área.
- Fumigar todas las áreas de la unidad al menos una vez al mes, con plaguicidas o pesticidas y en su caso aplicar soluciones bactericidas.
- Asear y desinfectar la máquina de hemodiálisis después de cada procedimiento, de igual forma el demás mobiliario que haya sido utilizado, deberá ser aseado y sanitizado al término de cada día de uso.
- En la detección de casos nuevos de Hepatitis B, C y VIH, por la unidad de hemodiálisis subrogada, ésta deberá dar aviso al director y médico tratante del hospital de referencia, a través de nota médica de la presencia de esta patología.
- Envío de nota médica mensual a la unidad médica del Instituto de adscripción conforme a la NOM-004-SSA3-2012, "Del expediente clínico" anotando los resultados de los exámenes de laboratorio con la periodicidad referida en el apartado "La Unidad de hemodiálisis subrogada deberá realizar por cada paciente las siguientes pruebas de laboratorio con la frecuencia que a continuación se especifica", del presente documento.

#### **Responsabilidades del Instituto:**

- a)** El Instituto a través del servicio de (Medicina Interna o Nefrología), enviará al paciente con solicitud de subrogación (4-30-2/03) debidamente acreditada por el director de la unidad y/o subdirector médico y jefe de servicio, con resumen médico, con vigencia actualizada y los estudios complementarios de laboratorio y gabinete siguientes: Biometría hemática completa, pruebas de coagulación, química sanguínea, glucosa, urea y creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, calcio, fósforo, TGO, TGP, proteínas totales, albúmina, panel de hepatitis B y C, VIH y placa de tórax.
- b)** El Instituto será responsable de extender las recetas de medicamentos, incapacidades, solicitudes de interconsulta, de laboratorio y gabinete en caso necesario para cada paciente incluido en el servicio de hemodiálisis subrogada, materia del presente documento.
- c)** El Instituto, ratificará la continuidad del servicio de cada paciente, a través de la verificación de la vigencia de derechos actualizada.
- d)** El Instituto dará continuidad a la atención de complicaciones propias de la hemodiálisis de cada paciente, que haya requerido traslado de la unidad de hemodiálisis subrogada a la unidad hospitalaria del Instituto.
- e)** A través de personal autorizado por el Instituto, realizará visitas de supervisión a la unidad de hemodiálisis subrogada, a efecto de verificar la debida prestación del servicio en forma integral, ininterrumpida a lo descrito en el Anexo T4 (T-cuatro) Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada, del presente documento.
- f)** Para pacientes seronegativos aplicar vacunación contra hepatitis B con doble dosis al ingresar al programa de hemodiálisis subrogada, en caso de no tenerla y completar su esquema de vacunación.
- g)** Procedimiento de transfusión en caso necesario y previa valoración médica.



- h)** En el caso de los accesos vasculares el Instituto será responsable de enviar al paciente a la unidad de hemodiálisis subrogada con un acceso vascular temporal o definitivo funcional.

**Responsabilidades del participante adjudicado prestador del servicio subrogado:**

1. Prestar el servicio subrogado de hemodiálisis en los términos y condiciones establecidos en el contrato del cual resulte adjudicado y conforme a lo señalado en los apartados *de este Anexo Técnico, los Términos y Condiciones y sus Anexos; Anexos T1 (T-uno) Requerimiento y T2 (T-dos) Propuesta de la Descripción de las especificaciones del equipo médico y bienes de consumo para realizar los tratamientos hemodialíticos, "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 y E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO, T3 Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas, T4 Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada, T5 Calendario para entrega de las pruebas de la calidad del agua de hemodiálisis subrogada, T6 Calendario para entrega mensual de catéteres, T7, Tabla cifras de control de registro nominal hemodiálisis subrogado, T8 Directorio de unidades médicas los cuales forman parte de este documento.*
2. Atender de manera adecuada y oportuna las complicaciones o emergencias propias del procedimiento, (en el pre, trans y post hemodiálisis) utilizando todos los recursos humanos, materiales y equipo que se requieran, hasta conseguir la estabilización hemodinámica del paciente y su traslado a la unidad de adscripción, sin costo adicional para el Instituto.

Deberá entender por complicaciones:

- Hipotensión arterial severa, cuadro de cardiopatía isquémica aguda, descompensación metabólica aguda, bacteriemia, arritmias cardíacas, enfermedad cerebral vascular en fase de instalación y cualquier otra eventualidad aguda que comprometa la integridad y estabilidad hemodinámica del paciente.
- Complicaciones del acceso vascular temporal que se deriven:
  - 1.- De la manipulación del catéter.
  - 2.- Disfunción inherente del catéter.
  - 3.- Generadas durante el proceso de hemodiálisis.
- Complicaciones del acceso vascular definitivo que se deriven:
  - 1.- De la manipulación o cateterización.
  - 2.- Disfunción inherente del acceso.
  - 3.- Generadas durante el proceso de hemodiálisis.

3. Deberá notificar a la unidad médica correspondiente del Instituto por vía telefónica en forma inmediata y por escrito en un plazo máximo de 24 horas siguientes a la presentación del caso de complicaciones, al director o subdirector médico de la unidad correspondiente, para la atención del médico nefrólogo tratante brindado la siguiente información:

- Un resumen clínico del caso;
- Detalle de la complicación;
- Atención que se brindó, y
- Resultados obtenidos, con objeto de dar continuidad al tratamiento.

La llamada telefónica permitirá el traslado inmediato del paciente estabilizado en ambulancia de la unidad de hemodiálisis subrogada al hospital correspondiente.

4. Deberá enviar al Jefe de Servicio de la unidad hospitalaria institucional correspondiente: resumen mensual, con nota de evolución, eventos relevantes, resultados de laboratorio y gabinete, observaciones de cada uno de los pacientes.
5. Dará las facilidades necesarias para que el personal autorizado y designado por el Instituto pueda hacer las visitas de supervisión referidas en el inciso e) del apartado "*Responsabilidades del Instituto*" del presente documento.

6. La unidad de hemodiálisis subrogada tendrá la facultad de optar por cualquiera de las opciones siguientes: uso de dializadores nuevos por cada sesión de hemodiálisis; o el reusó de dializadores de forma automatizada.
7. Es responsabilidad estricta del participante asegurar la calidad del “Agua de Diálisis” desde el punto de vista bacteriológico y químico, conforme a la NOM-003-SSA3-2010 “Para la Práctica de la hemodiálisis” y las recomendaciones de la AAMI consideradas en la norma citada. Es obligatorio para el participante contar con el reporte original de las pruebas realizadas por un laboratorio acreditado, antes del inicio y en operación con la periodicidad bimestral y anual correspondiente.
8. En el caso del reusó de los dializadores, deberá apegarse a las normas del apéndice "B" de la NOM 003-SSA3-2010 “Para la Práctica de la hemodiálisis”.
9. Cumplir 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.
10. Presentar copia del contrato de prestación de servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, o en caso de contar con laboratorio propio, copia de la licencia de funcionamiento del laboratorio clínico.
11. Si va a optar por el reprocesamiento de dializadores deberá ofertar y presentar la documentación correspondiente de la Unidad de reprocesamiento de dializadores conforme a la Clave 531.340.0227 del al Anexo T 2 (T-dos)

#### **Cantidad de sesiones de hemodiálisis requeridas:**

La cantidad mínima y máxima de sesiones de hemodiálisis a contratar por localidad se establece en el Anexo T1 (T-uno) del presente documento, para el periodo del 01 de marzo al 30 de abril del 2022 a partir del día hábil siguiente del fallo.

#### **Características de la unidad de hemodiálisis en donde se subrogará el servicio:**

##### **Personal**

- Deberá ajustarse a lo descrito en la NOM-003-SSA3-2010 “Para la práctica de hemodiálisis”, particularmente a lo descrito en los numerales 5.1 y 5.2. de dicha Norma.
- El responsable de la unidad de hemodiálisis deberá ser un médico especialista en nefrología, con certificado de especialización, cédula profesional, el horario en que se deberá encontrar en la Unidad de Hemodiálisis Subrogada se acordará con las autoridades de la OOAD /UMAE que le corresponde
- El personal de enfermería con especialidad en nefrología o personal profesional y técnico con capacitación y adiestramiento en hemodiálisis demostrará documentalmente haber recibido la especialidad en nefrología o en su caso, haber recibido cursos de capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un período mínimo de seis meses impartidos en un centro de atención médica o unidad de hemodiálisis certificada. El servicio deberá contar con al menos una enfermera por cada 3 (tres) máquinas de hemodiálisis.
- El personal de la unidad de hemodiálisis subrogada deberá estar capacitado sobre el manejo de sangre, material y equipos contaminados con virus de Hepatitis B y C y VIH.
- Deberá realizarse vacunación para Hepatitis B a los seronegativos y, determinación de aspartatoaminotransferasa (AST), antígeno de superficie (Hbs Ag) y anti-HVC cada seis meses.

##### **Infraestructura, Equipamiento y Suministros**

##### **Área Física**

La unidad de hemodiálisis subrogada deberá estar conforme a la NOM-003-SSA3-2010 Para la práctica de hemodiálisis en su numeral 6.1, 6.4 y derivados, y 6.5.

El procedimiento de hemodiálisis se llevará a cabo en hospitales que tengan licencia sanitaria o en unidades independientes o no ligadas a un hospital que hayan presentado aviso de funcionamiento ante la autoridad sanitaria según corresponda y con las características mínimas siguientes:



- a) El área para cada estación de hemodiálisis deberá ser de por lo menos 1.5 x 2.0 mts,
- b) Consultorio,
- c) Área de recepción de fácil acceso a los pacientes,
- d) Central de enfermeras,
- e) Almacén,
- f) Área de prelavado y de tratamiento de agua.
- g) Sanitarios para pacientes, diferenciado para hombres y mujeres.
- h) Sanitarios para personal de la unidad,
- i) Cuarto séptico,
- j) Área administrativa,
- k) Sala de procedimientos (En caso de no encontrarse la unidad de hemodiálisis dentro de un hospital). Al menos deberá contar con lo descrito en los estándares de estructura para la autoevaluación de establecimientos de atención médica de hemodiálisis vigentes emitidos por el Consejo de Salubridad General vigentes.
- l) Instalaciones y accesorios propios para el manejo de pacientes con capacidades diferentes y
- m) Sala de espera.

La unidad de hemodiálisis deberá contar con área física adecuada en cuanto a limpieza, espacio físico, iluminación y temperatura ambiental regulable.

#### Características del Equipo y de los Bienes de Consumo

- A. El participante deberá ajustarse a lo descrito en la NOM-003-SSA3-2010 "Para la práctica de hemodiálisis".
- B. Los bienes de consumo se deberán apegar a lo descrito en el Anexo T2 (T dos).
- C. Las máquinas de hemodiálisis deberán apegarse al Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico vigente, clave 531.340.0169. y a la Clave 531.340.0227, en caso de optar por reprocesamiento de los dializadores.
- D. La unidad de hemodiálisis deberá contar con máquinas exclusivas y en área aislada para pacientes con seropositividad a hepatitis B, C y VIH.
- E. Las máquinas utilizadas para las sesiones de hemodiálisis deberán estar en óptimas condiciones de mantenimiento y funcionamiento y haber sido ensambladas de manera integral en el país de origen. No deberán contener leyendas "Only Export" ni "Only Investigation", ser modelos descontinuados o de uso no autorizado en el país de origen, contar con alertas médicas tipo I y II que sean reconocidas por organismos internacionales y por las OOAD de los ministerios de salud de cada país de origen durante los últimos 3 años. En el caso de que los equipos hayan presentado alerta médica el participante debe contar con el alta o resolución de la misma.
- F. Dializador de fibra hueca de membrana sintética o semisintética, biocompatibles, específicos para pacientes adultos o pediátricos según corresponda.
- G. Ácido y bicarbonato en concentraciones de acuerdo a los equipos de hemodiálisis propuestos para la prestación del servicio.
- H. Línea arteriovenosa.
- I. Agujas fístula para punción de acceso venoso y arterial.
- J. Catéter temporal o permanente o injerto vascular heterólogo.
- K. Material estéril necesario para conexión y desconexión de fístula o catéter.

Para corroborar el cumplimiento de dichas características, deberá presentar folletos, catálogos, instructivos y, en su caso, fotografías de los equipos necesarios en idioma español y debidamente referenciado.

Deberá entregar los manuales de operación de la(s) máquina(s) de hemodiálisis del mismo modelo con que se prestará el servicio.

### **Requisitos del Agua a utilizar en Hemodiálisis**

Deberá apegarse a lo descrito en el punto 6.4.9.2 y el Apéndice Normativo "A" de la NOM-003-SSA3-2010 "Para la práctica de hemodiálisis", así como lo previsto en el presente documento.

Es responsabilidad del participante del servicio asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" desde el punto de vista bacteriológico y químico, conforme a la NOM-003-SSA3-2010 "Para la Práctica de la hemodiálisis" y las recomendaciones de la AMMI consideradas en la norma citada y siendo obligatorio contar con el reporte original de los resultados de las pruebas realizadas por un laboratorio acreditado, antes del inicio de la prestación del servicio y en operación con la periodicidad bimestral para el análisis de contaminantes biológicos que deberán realizarse a la planta de tratamiento de agua, así como máquinas de hemodiálisis y al menos una vez al año para contaminantes químicos.

Los exámenes deberán realizarse por laboratorios acreditados por la Entidad Mexicana de Acreditación (EMA).

Bimestralmente para las pruebas biológicas se tomarán 3 muestras obtenidas de la planta de tratamiento de agua en los siguientes sitios: una de ósmosis, una del reservorio y una de la máquina de hemodiálisis que esté ubicada al final de la red de suministro de agua tratada. En caso de que la unidad de hemodiálisis no cuente con reservorio se tomará de la válvula de retorno y de una máquina de hemodiálisis ubicada en un plano intermedio de la red de suministro.

Deberá existir un sistema de tratamiento de agua con ósmosis inversa y filtros para suavizarla, que garanticen estándares internacionales de calidad, para lo cual deberá contar con el manual de operación en idioma español de dicho sistema (planta de tratamiento de agua).

La presión, flujo y temperatura deberán ser adecuados y específicos para cada sistema de hemodiálisis.

El administrador del contrato y el prestador del servicio determinarán en conjunto, las fechas en que el prestador de servicio deberá entregar copia simple de los reportes originales de los resultados de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del agua, presentando los originales de dichos reportes para cotejo, con la periodicidad bimestral para el análisis de biológicos y al menos una vez al año para los estudios químicos, así como, validar que los resultados se encuentren dentro de los parámetros estipulados en la NOM 003-SSA3-2010 de los estudios mencionados, mediante el Anexo T 5 (T-cinco) CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE HEMODIALISIS SUBROGADA

### **Verificación física o visitas de supervisión**

Durante la prestación del servicio, la unidad de hemodiálisis subrogada estará sujeta a una verificación visual y documental mediante las visitas de supervisión semestrales o las que determine el Instituto necesarias, que realizarán por personal designado de nivel normativo, OOAD o UMAE, con apego a lo descrito en el Anexo T4 (T-cuatro) Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada del presente documento, con el objeto de verificar el cumplimiento de las condiciones requeridas y de la NOM-003-SSA3- 2010 "Para la práctica de hemodiálisis". Cabe resaltar que mientras no se cumpla con las condiciones de la prestación del servicio establecidas en este documento, el Instituto no dará por aceptado el servicio y se aplicarán las penas convencionales o deducciones correspondientes, el jefe de servicios de prestaciones médicas en las OOAD y Director Médico en las UMAE serán los encargados de notificar por escrito al administrador del contrato en caso de incumplimiento de las especificaciones técnico médicas solicitadas en el presente documento.

### **Constancias con las que deberá contar el participante:**

- a) 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 (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios).
- b) Licencia sanitaria y/o Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.



- c) Certificados de calidad vigentes en su idioma original, de los equipos y bienes de consumo que se utilizarán para la prestación del servicio, expedidos por los organismos de control y/o autoridades sanitarias del país de origen
- d) 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.
- e) Documento emitido por el Secretario del Consejo de Salubridad General, en el cual se señala que el establecimiento privado de atención médica hospitalaria con el que se ofrece el servicio al Instituto, cuenta con certificación vigente o se encuentra en proceso de certificación, en atención al Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.  
Durante la vigencia de la prestación del servicio del contrato, el Administrador del Contrato verificará en la página de internet del Consejo de Salubridad General (<http://www.csg.gob.mx/>), que las clínicas en donde se presten los servicios se permanezca vigente la Certificación de Establecimientos de Atención Médica de Hemodiálisis, ya que en caso contrario deberá dar una fecha no mayor a un mes para la entrega de la certificación correspondiente actual a ese momento y vigente.
- f) 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.

#### **Sistema de Información del Servicio de Hemodiálisis Subrogada**

El participante deberá proporcionar el Sistema de Información para el Servicio de Hemodiálisis Subrogada el cual debe cubrir la funcionalidad mínima establecida en la "Especificación Técnica del Sistema de Información de Hemodiálisis Extramuros 5640-023-004" (ETIMSS) la cual incluye el flujo de información dentro del servicio y la comunicación hacia los Sistemas del Instituto.

La ETIMSS 5640-023-004 se encuentra publicada en el Portal de compras del Instituto en la sección de Información para los participantes, en la página de internet <http://compras.imss.gob.mx/?P=provinfo>

Como elemento adicional, el Sistema de Información del participante deberá permitir al Jefe de Servicio de la unidad, el generar un reporte filtrado por unidad, por periodo, por contrato, con el desglose de las sesiones otorgadas, presentando el listado nominal de los derechohabientes que recibieron el servicio, como mínimo por nombre, Número de Seguridad Social y agregado médico.

Todas las gestiones relacionadas con el Sistema de Información y envío de mensajería HL7, se realizarán en las oficinas de la Coordinación Delegacional de Informática (CDI)

Cualquier avance tecnológico de relevancia a consideración del Instituto en los Sistemas de Información, programas de cómputo asociados, los equipos de cómputo, periféricos, serán instalados de inmediato en el plazo que establecerá el Instituto para ponerlos en vigencia, estando obligado el participante adjudicado a realizar los cambios que sean necesarios a consideración del Instituto para permitir la continuidad de la operación durante la vigencia del contrato.

El participante deberá entregar como parte de su propuesta técnica una Carta Compromiso de que está enterado de las Pruebas de funcionalidad y se compromete a cumplir con el apartado Puesta a punto del sistema de información de este documento de acuerdo con el Anexo TI 1 (TI uno) Solicitud de pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7.

#### **Puesta a Punto del Sistema de Información**

El participante adjudicado debe llevar a cabo la instalación y puesta en operación, del Sistema de Información e instrumentos necesarios para la atención del paciente.

El participante adjudicado será responsable de proveer la conexión de internet en la unidad médica subrogada para el envío de información al Instituto, de acuerdo a los estándares de seguridad establecidos en la ETIMSS 5640-023-004.

#### **Certificación del Sistema de Información**

La Coordinación Delegacional de Informática (CDI), verificará la funcionalidad del sistema de información para su aprobación.

El participante adjudicado establecerá contacto con la Coordinación Delegacional de Informática (CDI), dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes a la fecha de emisión del fallo, cumpliendo con los siguientes puntos:

Firma de Acuerdo de Confidencialidad

Designación de contacto responsable con sus datos

Designación de sistema y empresa soporte

Pruebas de funcionalidad

**a) Firma de Acuerdo de Confidencialidad**

El participante adjudicado del Servicio se compromete con el Instituto a firmar un acuerdo de confidencialidad, Anexo TI 2 (TI dos) Acuerdo de Confidencialidad, en el cual se establece que en ningún momento y bajo ninguna circunstancia podrá hacer uso de la información puesta a su disposición o generada durante y posterior a la vigencia de este contrato para un fin distinto al establecido en su objeto y en el presente documento, sujetándose a las del sistema y soporte, responsabilidades económicas, penales y de cualquier otra índole a instancia del Instituto que deriven del incumplimiento de este acuerdo.

**b) Designación de contacto responsable con sus datos**

El participante adjudicado deberá notificar los datos de contacto de la persona responsable de establecer comunicación con el Instituto para todo lo referente al Sistema de Información, Anexo TI 3 (TI tres) "Designación de contacto responsable".

**c) Designación de sistema y empresa soporte**

El participante adjudicado deberá notificar el(los) Sistema(s) de Información que propone implantar en las Unidades de Hemodiálisis y la empresa que le dará soporte, Anexo TI 4 (TI cuatro) "Designación de sistema y empresa soporte".

**d) Pruebas de funcionalidad**

La prueba de funcionalidad, se realizará en las oficinas de Coordinación Delegacional de Informática (CDI). El participante adjudicado solicitará una cita a la Coordinación Delegacional de Informática (CDI) mediante un escrito libre en hoja membretada de la empresa.

La prueba final en sitio, se realizará una vez aprobado el punto anterior en la Unidad Médica adjudicada que el Instituto designe de acuerdo con el calendario de Despliegue, previamente acordado con las Unidades Médicas, con la versión aprobada del Sistema de Información en operación durante 24 (veinticuatro) horas naturales. Esta deberá ser solicitada a la Coordinación Delegacional de Informática (CDI), mediante un escrito libre en hoja membretada de la empresa.

Una vez que las pruebas de funcionalidad son aprobadas por la Coordinación Delegacional de Informática (CDI) y el sistema queda avalado por la misma, el participante proporcionará un calendario de despliegue del Sistema Evaluado considerando todas las Unidades Médicas incluidas en los contratos, en un plazo no mayor a 5 (cinco) días naturales posteriores a la fecha de aprobación.

El Instituto a través de la CDI en OOAD Delegación, Ingeniero Biomédico en UMAE y/o los Administradores de los Contratos se reservan el derecho de evaluar cualquiera de las Unidades Médicas incluidas en los contratos para confirmar que la versión evaluada del sistema sea la instalada en los equipos de cómputo que administran dichos procesos, teniendo en cuenta que el incumplimiento por parte del participante adjudicado activará los supuestos de penas convencionales y/o deducciones establecidas en los contratos.

El Instituto a través de la CDI en OOAD Delegación, Ingeniero Biomédico en UMAE y/o los Administradores de los Contratos, se reservan el derecho de evaluar cualquiera de las Unidades Médicas incluidas en los contratos y en caso de detectar un comportamiento irregular en el sistema de información que administran dichos procesos, se podrá revocar el certificado del sistema, teniendo en cuenta que el incumplimiento por parte del participante adjudicado activará los supuestos de penas convencionales y/o deducciones establecidas en los contratos.

Una vez avalado el sistema de información, en caso de que el participante adjudicado requiera realizar posteriormente una actualización, deberá seguir el proceso de las Pruebas de funcionalidad y se compromete a cumplir con este apartado, para lograr la certificación de esta nueva versión del sistema de información, antes de implantarlo en sus unidades.

**Registro de Sesiones de Hemodiálisis en el Sistema**



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



IMSS

Las sesiones de Hemodiálisis del mes deberán ser registradas en el sistema, cumpliendo con todos los requisitos establecidos en la (ETIMSS), 5640-023-004 Especificación Técnica del Sistema de Información de Hemodiálisis Extramuros y enviadas a la base de datos central del Instituto.

**ANEXO 3 (TRES) FORMATO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS (4-30-2/03)**



SOLICITUD DE SERVICIO SUBROGADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

FOLIO: 1 4

SOLICITUD DE SUBROGACION DE SERVICIOS (4-30-2/03)

DELEGACION/UMAE: 1

FECHA: DIA MES AÑO

URIDAD MEDICA:
CLAVE PRESUPUESTAL:
TIPO Y NUMERO:
LOCALIDAD:

PACIENTE:
NOMBRE:
SEXO: M F
NO. DE SEGURIDAD SOCIAL
AGREGADO
CURP:

SERVICIO QUE DERIVA:
NOMBRE:
DIRECCION:

RAMO DE SEGURO QUE SE AFECTA:
RT EG MAT IV PFI SPAM

VIGENCIA DE DERECHOS

TIPO DE SERVICIO
ORDINARIO URGENCIA
CAUSAS DE SUBROGACION: CS EP FI

DIAGNOSTICO Y RESUMEN CLINICO:
11

GRUPO A SUBROGAR:
CONSULTA MEDICINA FAMILIAR CONSULTA ESPECIALIDADES CONSULTA DENTAL
HOSPITALIZACION MEDICA HOSPITALIZACION QUIRURGICA MATERNO INFANTIL
AUX DE DX EN LABORATORIO AUX DE DX EN GABINETE AUX DE TRATAMIENTO

SERVICIO (S) A SUBROGAR
CANTIDAD
PECIFICAR:

PROVEEDOR
NOMBRE O RAPON SOCIAL:
DOMICILIO:
CONTRATO NO.
VIGENCIA DEL:
ELABORO:
No. de JEFE DE SERVICIO:
AUT. DIRECTOR UNIDAD

CONSTANCIA DE QUE EL SERVICIO SE RECIBIO
NOMBRE:
PACIENTE: FAMILIAR: RESPONSABLE: PARENTESCO:
DIRECCION: TEL:
FECHA: FIRMA:



Anexo TI Requerimiento de Sesiones para pacientes en Hemodiálisis Subrogada

| <b>REQUERIMIENTO HEMODIALISIS EXTRAMUROS PARA EL PERIODO DEL 13 DE FEBRERO AL 05 DE ABRIL DEL 2023</b> |                            |                        |                        |
|--|----------------------------|------------------------|------------------------|
| <b>HOSPITAL</b>  | <b>NUMERO DE PACIENTES</b> | <b>MINIMO SESIONES</b> | <b>MAXIMO SESIONES</b> |
| <b>HGZ 42</b>  | <b>43</b>                  | <b>413</b>             | <b>1,032</b>           |



Anexo T4 (T-cuatro)

CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA

Instrucciones: Marque con una "X" el criterio que corresponda.

Esta cédula debe ser llenada con los datos generados los últimos 6 meses.

|  |  |                     |
|--|--|---------------------|
| Proveedor:   | Nombre Unidad de Hemodiálisis Subrogada: | Fecha de la visita: |
| Localidad (DELEGACIÓN)   | Unidades Médicas IMSS:                   |                     |
| Domicilio:   |  |                     |
| Certificación del Consejo de Salubridad General      SI ( )      NO ( )      Trámite ( ) |  |                     |
| Nombre del médico responsable de la unidad de hemodiálisis:                              |  |                     |
| No. de equipos de hemodiálisis:  |  |                     |
| Marcas(s):   |  | Modelo(s):          |
| Número total de pacientes IMSS atendidos:  |  |                     |

| No. | Criterio a verificar  | Si cumple | No cumple | Instrucciones para el supervisor   | Observaciones |
|-----|---|-----------|-----------|--|---------------|
| 1   | Registro nominal de pacientes en hemodiálisis subrogados con: acceso vascular temporal o acceso vascular definitivo.            |           |           | Documento que observa el registro de pacientes subrogados, pacientes con acceso vascular temporal y acceso vascular definitivo.                      |               |
| 2   | Periodicidad de las sesiones de hemodiálisis.   |           |           | Verificar evidencias documentales del número de sesiones realizadas por paciente, prescritas por el médico IMSS.                                     |               |
| 3   | Duración de las sesiones de hemodiálisis.   |           |           | Verificar evidencias documentales del tiempo de duración de las sesiones realizadas por paciente, prescritas por el médico IMSS.                     |               |
| 4   | Resultado anual del análisis químico de la calidad del agua   |           |           | Validar el resultado de la prueba química de la calidad del agua.  |               |
| 5   | Resultado bimestral del análisis bacteriológico de la calidad del agua, de la planta de tratamiento y máquinas de hemodiálisis. |           |           | Validar el resultado de las pruebas bacteriológicas de la calidad del agua.  |               |
| 6   | Sanitización del sistema de agua tratada.   |           |           | Documento que exhibe el registro de sanitizaciones realizadas al sistema de tratamiento de agua para hemodiálisis y debe contener la fecha, nombre y |               |



|    |  |  |  |   |  |
|----|--|--|--|---|--|
|    |  |  |  | firma de quien lo efectuó.  |  |
| 7  | Copia de certificado de especialización , cédula profesional del médico nefrólogo responsable de la unidad   |  |  | Verificar copia de certificado de especialización y cédula profesional del médico nefrólogo responsable de la unidad del médico nefrólogo.                        |  |
| 8  | Copia de títulos o certificados que comprueben estudios de enfermería.   |  |  | Verificar copia de títulos o certificados que comprueben estudios de enfermería.  |  |
| 9  | Existe por lo menos un médico por turno.   |  |  | Verificar documento de rol de médicos.  |  |
| 10 | Constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses del personal de enfermería.   |  |  | Documento que demuestre la constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses.  |  |
| 11 | Registro de tratamientos suspendidos y sus causas.   |  |  | Validar registro de tratamientos suspendidos y sus causas.  |  |
| 12 | Registro de pacientes según tipo de serología positiva   |  |  | Validar registro de pacientes según tipo de serología positiva  |  |
| 13 | Registro de pacientes con seroconversión   |  |  | Validar registro de pacientes con seroconversión  |  |
| 14 | Cumplimiento de lavado de manos por parte del personal de enfermería.  |  |  | Documento que demuestre capacitación en el lavado de manos  |  |
| 15 | Al ingreso al tratamiento de hemodiálisis, los pacientes deberán ingresar con Indumentaria limpia, sin objetos que ocasionen contaminación durante la sesión de hemodiálisis |  |  | Verificar al ingreso de los pacientes al área gris del tratamiento de hemodiálisis no traigan objetos que pudieran contaminar durante el proceso del tratamiento. |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>POR EL INSTITUTO</b>                                     |  |
| NOMBRE Y FIRMA<br>JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS |  |
| VERIFICADOR POR EL INSTITUTO                                |  |
| NOMBRE Y FIRMA  |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA</b>          |  |
| NOMBRE Y FIRMA<br>DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS |  |
| PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS                   |  |
| NOMBRE Y FIRMA  |  |

**Anexo T5 (T-cinco)**

**CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**

OOAD JALISCO: \_\_\_\_\_

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_



|            |                                   |
|------------|-----------------------------------|
| PROVEEDOR: | UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA: |
|            | NÚMERO DE CONTRATO:               |

| AÑO:    | PRUEBAS BIOLÓGICAS<br>(BIMESTRAL) |   | PRUEBAS QUÍMICAS<br>(ANUAL) |   |
|---------|-----------------------------------|---|-----------------------------|---|
| MES     | FECHA MÁXIMA<br>DE ENTREGA        | CUMPLE CON<br>ESPECIFICACIONES<br>(SI/NO) | FECHA MÁXIMA<br>DE ENTREGA  | CUMPLE CON<br>ESPECIFICACIONES<br>(SI/NO) |
| FEBRERO |                                   |   |                             |   |

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
ADMINISTRADOR DEL CONTRATO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR



GOBIERNO DE  
MÉXICO



CALENDARIO PARA ENTREGA MENSUAL DE CATÉTERES

OAD JALISCO: \_\_\_\_\_

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_

|            |                                   |
|------------|-----------------------------------|
| PROVEEDOR: | UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA: |
|            | NÚMERO DE CONTRATO:               |

| AÑO:    | CATÉTER PERMANENTE | CATÉTER TEMPORAL | TOTAL |
|---------|--------------------|------------------|-------|
| MES     | CANTIDAD           | CANTIDAD         |       |
| FEBRERO |                    |                  |       |

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
ADMINISTRADOR DEL CONTRATO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR



Anexo T7 (T-siete)

TABLA CIFRAS DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL HEMODIÁLISIS SUBROGADO

| PROVEEDOR              | Del                         | OOAD                        | Tipo  | Número                       | CLV PRES                                 | No. CONTRATO         | IMPORTE MENSUAL EJERCIDO                     | REALIZADO                       | Modalidad                | MES                        | Año   |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|------------------------------|--|----------------------|--|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------|
| (Nombre del Proveedor) | (Número de la OOAD Jalisco) | (Nombre de la OOAD Jalisco) | (Tipo de la Unidad Médica. Referencia Catálogo de Procedimientos) | (Número de la Unidad Médica) | (Clave presupuestal de la Unidad Médica) | (Número de Contrato) | (Importe Mensual de las Sesiones realizadas) | (Número de Sesiones Realizadas) | (Hemodiálisis Subrogada) | (Del 26 al 25 de cada mes) | (Año) |
|                        |                             |                             |   |                              |  |                      |  |                                 |                          |                            |       |

Anexo T8 (T-ocho)

DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS

| TIPO | No. | LOCALIDAD       | DOMICILIO   | DIRECTOR                    | TELÉFONO |
|------|-----|-----------------|---|-----------------------------|----------|
| HGZ  | 42  | Puerto Vallarta | Prol. Blvd. Fco. Medina Ascencio No. 206 Col. Diaz Ordaz C.P. 48310, Puerto Vallarta, Jalisco | Dr. Rafael Castellanos Soto |          |



ANEXO NUMERO TI 1 (TI UNO) SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVIO DE MENSAJERIA HL7

EN HOJA MEMBRETADA DE LA EMPRESA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACION ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO
CONVOCANTE

2

[NOMBRE], EN MI CARACTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA [NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL LICITANTE O DISTRIBUIDOR], MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

3

- POR MEDIO DE LA PRESENTE ME PONGO EN CONTACTO CON LA COORDINACION DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACION PARA LA SALUD Y ADMINISTRATIVOS DEPENDIENTE DE LA DIDT DEL IMSS, O EN SU DEFECTO AL AREA QUE, EN SU CASO, ABSORBA O REALICE LAS FUNCIONES DE ESTA A EFECTO DE SOLICITAR, EJECUTAR Y ACREDITAR LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVIO DE INFORMACION A TRAVES DE MENSAJES HL7 VERSION 3.0 DEL SISTEMA DE INFORMACION OFERTADO EN LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR LA CONVOCANTE.

LUGAR Y FECHA

4

5

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL LICITANTE

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO

Table with 3 columns: No., DATO, ANOTAR. It lists instructions for filling out the form, such as 'Convocante o Area Adquiriente' and 'Nombre o razon social del licitante'.





Nombre (s), apellido paterno, materno y firma del representante legal de la empresa licitante

### **ANEXO NÚMERO TI 2 (TI DOS) REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR POR EL SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS DEL PROVEEDOR, PARA EL REGISTRO DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**

El Sistema del proveedor para el Servicio de Hemodiálisis subrogada deberá generar un reporte que contenga el Registro de las Sesiones Otorgadas a los Paciente autorizados para el pago de las mismas. El reporte deberá ser generado en un formato de datos basado en el estándar ECMA-262 de JavaScript conocido como **Json** (JavaScript Object Notation) el cual es un formato de intercambio de datos ligero, basado en texto y en un subconjunto de notación literal del lenguaje de programación el cual presenta las siguientes características y ventajas:

- Ofrece tipos de datos escalares y la capacidad de expresar datos estructurados a través de matrices y objetos.
- Compatible con matrices nativas.
- Compatible con objetos nativos.
- Reconoce el valor null de forma nativa.
- Sin concepto de espacios de nombres. Los conflictos para asignar nombres se evitan generalmente mediante el anidado de objetos o el uso de un prefijo en el nombre de un miembro de objeto
- Decisiones de formato Sencillas. Proporciona una asignación mucho más directa para los datos de aplicación. La única excepción puede ser la ausencia del literal de fecha/hora.
- La sintaxis es muy concisa y da como resultado texto con formato en el que la mayor parte del espacio (con toda la razón) lo consumen los datos representados.
- No se necesita código de aplicación adicional para analizar texto; se puede usar la función `eval` de JavaScript

JSON está constituido por dos estructuras:

- Una colección de pares de nombre/valor. En varios lenguajes esto es conocido como un objeto, registro, estructura, diccionario, tabla hash, lista de claves o un arreglo asociativo.
- Una lista ordenada de valores. En la mayoría de los lenguajes, esto se implementa como arreglos, vectores, listas o secuencias.

Cada registro de sesión requiere los siguientes datos:

- Nombre del Paciente
- Primer Apellido del Paciente
- Segundo Apellido del Paciente
- Número de Seguridad Social



- Agregado Médico
- Fecha y hora de inicio de sesión de Hemodiálisis
- Clave del Programa de Diálisis
- Clave CIE-10 del Diagnóstico de la Sesión
- Complemento del Diagnóstico de la Sesión
- Primer Apellido del Médico Tratante
- Segundo Apellido del Médico Tratante
- Nombre del Médico Tratante
- Matrícula del Médico Tratante
- Cédula del Médico Tratante
- Clave de la Vía de Acceso Vascular
- Clave de Heparinización
- Primer Apellido del Personal que inicia la sesión
- Segundo Apellido del Personal que inicia la sesión
- Nombre del Personal que inicia la sesión
- Matrícula del Personal que inicia la sesión
- Para cada material utilizado en la sesión del paciente:
  - o Clave del Material
  - o Cantidad utilizada
- Para cada medicamento suministrado al paciente:
  - o Clave del medicamento
  - o Fecha y hora de suministro
  - o Vía de suministro
  - o Dosis suministrada
- Para cada Medición (Manual y Automatizada) tomada al paciente antes, durante y al finalizar la sesión
  - o Fecha y Hora en que se toma la medición
  - o Clave de la medición
  - o Resultado de la medición
- Para cada signo o síntoma presentado por el paciente antes, durante o al finalizar la sesión
  - o Clave del signo o síntoma presentado
- Primer Apellido del Personal que finaliza la sesión
- Segundo Apellido del Personal que finaliza la sesión
- Nombre del Personal que finaliza la sesión
- Matrícula del Personal que finaliza la sesión
- Fecha y hora de fin de la sesión
- Número de Serie de la Máquina de Hemodiálisis en la que se dio la sesión al paciente
- Número de sesión de hemodiálisis recibida por el paciente
- Observaciones realizadas durante la sesión
- Clave del motivo de suspensión de la sesión
- Clave Presupuestal de la Unidad Médica que realiza la sesión
- Fecha y hora de registro de la sesión
- Tipo de Mensaje
- Clave del Servicio Contratado
- RFC del Proveedor
- Identificador de la Aplicación
- Número del Contrato



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



OOAD JALISCO  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS

El archivo de datos mostrará el registro de cada una de las sesiones de hemodiálisis con la siguiente estructura:





| Artículo     | Dato   | Nombre del objeto           | Tipo de dato | Longitud del dato | Presentación del dato                     | Restricciones  | Requerido/Opcional  | Catálogo S/N |
|--------------|--|-----------------------------|--------------|-------------------|---|--|---|--------------|
|              | Nombre del Paciente                                | nombre                      | Varchar      | 50                |   |  | Requerido   |              |
|              | Primer Apellido del Paciente                       | ap_paterno                  | Varchar      | 50                |   |  | Requerido   |              |
|              | Segundo Apellido del Paciente                      | ap_materno                  | Varchar      | 50                |   |  | Requerido   |              |
|              | Número de Seguridad Social                         | nss                         | Varchar      | 10                |   |  | Requerido   |              |
|              | Agregado Médico                                    | agrmedico                   | Varchar      | 8                 |   |  | Requerido   |              |
|              | Fecha y hora de inicio de sesión de Hemodiálisis   | fechaAtencion               | datetime     | *                 | Aaaa-mm-ddThh:mm:ss.SSS                   | Se requiere un formato de 24 hrs                     | Requerido   |              |
|              | Clave del Programa de Diálisis                     | progDialisis                | smallint     | *                 |   |  | Requerido   | S            |
|              | Clave CIE-10 del Diagnóstico de la Sesión          | cveCIE10                    | char         | 4                 | De acuerdo al código internacional CIE 10 |  | En caso de contar con la clave CIE-10 es requerido enviarla | S            |
|              | Complemento del Diagnóstico de la Sesión           | complementoDiagnostico      | varchar      | 200               |   |  | En caso de enviar vacío CIE-10, este campo es Obligatorio   |              |
|              | Primer Apellido del Médico Tratante                | apellidoPaternoTratante     | varchar      | 50                |   |  | Requerido   |              |
|              | Segundo Apellido del Médico Tratante               | apellidoMaternoTratante     | varchar      | 50                |   |  | Opcional  |              |
|              | Nombre del Médico Tratante                         | nombreTratante              | varchar      | 50                |   |  | Requerido   |              |
|              | Matrícula del Médico Tratante                      | matriculaTratante           | varchar      | 10                |   |  | Requerido   |              |
|              | Cédula del Médico Tratante                         | cedulaTratante              | varchar      | 20                |   |  | Opcional  |              |
|              | Clave de la Vía de Acceso Vascular                 | viaAcceso                   | smallint     | *                 |   |  | Requerido   | S            |
|              | Primer Apellido del Personal que inicia la sesión  | apellidoPaternoIniciaSesion | varchar      | 50                |   |  | Requerido   |              |
|              | Segundo Apellido del Personal que inicia la sesión | apellidoMaternoIniciaSesion | varchar      | 50                |   |  | Opcional  |              |
|              | Nombre del Personal que inicia la sesión           | nombreIniciaSesion          | varchar      | 50                |   |  | Requerido   |              |
|              | Matrícula del Personal que inicia la sesión        | matriculaIniciaSesion       | varchar      | 10                |   |  | Requerido   |              |
| materiales   | Clave del Material                                 | cveMaterial                 | smallint     | 4                 |   |  | Requerido   | S            |
|              | Cantidad utilizada                                 | cantidadUtilizada           | integer      | 2                 |   |  | Requerido para materiales Opcional para Heparinización      |              |
| medicamentos | Clave del medicamento                              | cveMedicamento              | char         | 14                |   | Clave correspondiente de acuerdo al cuadro básico de | Requerido   | S            |





| Arreglo    | Dato   | Nombre del objeto             | Tipo de dato | Longitud del dato | Presentación del dato   | Restricciones   | Requerido/Opcional | Catálogo S/N |
|------------|--|-------------------------------|--------------|-------------------|-------------------------|---|--------------------|--------------|
|            |  |                               |              |                   |                         | medicamentos del IMSS   |                    |              |
|            | Fecha y hora de suministro   | fechaSuministro               | datetime     | *                 | Aaaa-mm-ddThh:mm:ss.SSS | Se requiere un formato de 24 hrs  | Requerido          |              |
|            | Vía de suministro  | viaSuministro                 | integer      | *                 |                         |   | Requerido          | S            |
|            | Dosis suministrada   | dosisSuministrada             | varchar      | 20                |                         |   | Requerido          |              |
| mediciones | Fecha y Hora en que se toma la medición  | fechaTomaMedicion             | datetime     | *                 | Aaaa-mm-ddThh:mm:ss.SSS | Se requiere un formato de 24 hrs  | Requerido          |              |
|            | Clave de la medición   | cveMedicion                   | integer      | *                 |                         | Para cada tipo de medición se puede tener dos opciones de origen:<br>- Manual, realizado por el personal médico<br>- Máquina, registrado por la máquina de hemodiálisis<br>Se espera recibir por lo menos un grupo de cada tipo de medición<br>Estas mediciones se generan antes durante y al finalizar la sesión | Requerido          | S            |
|            | Resultado de la medición   | resultadoMedicion             | numeric      | 10,5              |                         | Se requiere consultar los catálogos de clave de medida y tipo de medida   | Requerido          |              |
| síntomas   | Clave del signo o síntoma presentado   | cveSintoma                    | integer      | *                 |                         |   | Opcional           | S            |
|            | Primer Apellido del Personal que finaliza la sesión                                  | apellidoPaternoFinalizaSesion | varchar      | 50                |                         |   | Requerido          |              |
|            | Segundo Apellido del Personal que finaliza la sesión                                 | apellidoMaternoFinalizaSesion | varchar      | 50                |                         |   | Requerido          |              |
|            | Nombre del Personal que finaliza la sesión   | nombreFinalizaSesion          | varchar      | 50                |                         |   | Requerido          |              |
|            | Matrícula del Personal que finaliza la sesión  | matriculaFinalizaSesion       | varchar      | 10                |                         |   | Requerido          |              |
|            | Fecha y hora de fin de la sesión   | fechaFinSesion                | datetime     | *                 | Aaaa-mm-ddThh:mm:ss.SSS | Se requiere un formato de 24 hrs  | Requerido          |              |
|            | Número de Serie de la Máquina de Hemodiálisis en la que se dio la sesión al paciente | numeroSerieEquipo             | char         | 18                |                         |   | Requerido          |              |





| A<br>r<br>e<br>o | Dato   | Nombre del objeto        | Tipo de dato | Longitud del dato | Presentación del dato   | Restricciones   | Requerido/Opcional                            | Catálogo S/N |
|------------------|--|--------------------------|--------------|-------------------|-------------------------|---|---|--------------|
|                  | Número de sesión de hemodiálisis recibida por el paciente    | numeroSesionHemodialisis | char         | 18                |                         |   | Requerido                                     |              |
|                  | Observaciones realizadas durante la sesión                   | observaciones            | varchar      | 4000              |                         |   | Opcional                                      |              |
|                  | Clave del motivo de suspensión de la sesión                  | motivoSuspension         | char         | 18                |                         |   | Requerido en caso de no completarse la sesión | S            |
|                  | Clave Presupuestal de la Unidad Médica que realiza la sesión | cvePresupuestal          | varchar      | 12                |                         | Dato obtenido del catálogo de unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social             | Requerido                                     | S            |
|                  | Fecha y hora de registro de la sesión                        | fechaRegistro            | datetime     | *                 | Aaaa-mm-ddThh:mm:ss.SSS | Se requiere un formato de 24 hrs  | Requerido                                     |              |
|                  | Tipo de Mensaje  | tipoMensaje              | varchar      | 4                 |                         | Mensajes ya definidos por el sistema  | Requerido                                     | S            |
|                  | Clave del Servicio Contratado                                | servicioContratado       | number       | 3                 |                         | Dato obtenido del catálogo de servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social                    | Requerido                                     | S            |
|                  | RFC del Proveedor  | rfcProveedor             | varchar      | 13                |                         | Este dato corresponde proveedor que firma la licitación con el Instituto Mexicano del Seguro Social | Requerido                                     |              |
|                  | Identificador de la Aplicación                               | idAplicacion             | char         | 18                |                         | Dato proporcionado por el Instituto Mexicano del Seguro Social                                      | Requerido                                     |              |
|                  | Número del Contrato  | numeroContrato           | varchar      | 30                |                         | Dato proporcionado por el Instituto Mexicano del Seguro Social                                      | Requerido                                     |              |



ANEXO NÚMERO TI 3 (TI TRES) ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Se muestra de manera informativa el texto correspondiente al acuerdo de confidencialidad que deberá presentarse a firmar, en las oficinas de la DSDICDS el representante legal con facultades laborales del proveedor adjudicado.

=====

\_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Por medio del presente, Nombre del Representante Legal en mi carácter de representante legal de la sociedad Nombre del Proveedor o Razón Social (en adelante **EL PRESTADOR**) manifiesto que cualquier información oral o escrita que sea proporcionada con motivo de trabajo a realizar para el Instituto Mexicano del Seguro Social (en adelante "EL INSTITUTO"), será tratada de acuerdo a las siguientes:

CLÁUSULAS

**Primera.- Información confidencial.-** Para los efectos del presente Acuerdo, el término "información" o "información confidencial" significa todos los datos, conversaciones telefónicas, mensajes de audio, mensajes de grabadoras, cintas magnéticas, programas de cómputo y sus códigos fuente entre otros medios de comunicación, tales como la información contenida en discos compactos (CD), mensajes de datos electrónicos (correos electrónicos), medios ópticos o de cualquier otra tecnología o cualquier otro material que contenga información jurídica, operativa, técnica, financiera o de análisis, registros, documentos, especificaciones, productos, informes, dictámenes y desarrollos a que tenga acceso o que le sean proporcionados por "EL INSTITUTO".





De igual forma, será considerada como confidencial aquella información derivada de la ejecución del servicio que preste "EL PRESTADOR" que señale "EL INSTITUTO" y sea propiedad exclusiva de éste.

**Segunda.- Obligación de No-Divulgación.-** "EL PRESTADOR" reconoce que queda prohibida su difusión y/o utilización total o parcial en su favor o de terceros ajenos a la relación contractual, por cualquier medio, entre otros de manera enunciativa más no limitativa: vía oral, impresa, electrónica, magnética, óptica y en general por ningún medio conocido o por desarrollar, conforme a lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (LFPDPPP), Ley de la Propiedad Industrial y de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Si no se cumplen los términos de las leyes antes mencionadas serán sancionados en base a lo que estipule cada una de las mismas.

En este sentido, acepta que la prohibición señalada en el párrafo anterior, comprende inclusive, en forma enunciativa más no limitativa, que no se podrá llevar a cabo la difusión de la información con fines de lucro, comerciales, académicos, educativos o para cualquier otro, por lo que "EL PRESTADOR" se responsabiliza del uso y cuidado de la información, a nombre propio y de las personas que formen parte del mismo, así como del personal directivo, administrativo y operativo que las conformen.

Adicionalmente, "EL PRESTADOR" se obliga a lo siguiente:

- 1) Utilizar toda la información a que tenga acceso o generada con motivo de su prestación de servicio ante "EL INSTITUTO" únicamente para cumplimentar el objeto del contrato adjudicado.
- 2) Limitar la revelación de la información y documentación a que tenga acceso, únicamente a las personas que dentro de su propia organización se encuentren autorizadas para conocerla, haciendo responsable del uso que dichas personas puedan hacer de la misma.
- 3) No hacer copias de la información, sin la autorización por escrito de "EL INSTITUTO".
- 4) No revelar a ningún tercero la información, sin la previa autorización por escrito de "EL INSTITUTO".
- 5) Mantener estricta confidencialidad de la información y/o documentación relacionada con la prestación del servicio, bajo la pena de incurrir en responsabilidad penal, civil o de otra índole, y por lo tanto, no podrá ser divulgada, transmitida, ni utilizada en beneficio propio o de tercero.

**Tercera. - Devolución de la Información.-** Una vez concluida la vigencia del presente acuerdo, "EL PRESTADOR", entregará a "EL INSTITUTO" todo material, documentos y copias que contengan la información confidencial que le haya sido proporcionada por "EL INSTITUTO", no debiendo conservar en su poder ningún material, documentos y copias que contenga la referida información confidencial.

"EL PRESTADOR" conviene en limitar el acceso de dicha información confidencial a sus empleados o representantes, sin embargo, necesariamente harán partícipes y obligados solidarios a aquéllos, respecto de sus obligaciones de confidencialidad aquí contraídas. Cualquier persona que tuviere acceso a dicha información, deberá ser advertida de lo convenido en este documento, comprometiéndose a observar y cumplir lo estipulado en este punto.

"EL PRESTADOR" acepta que todas las especificaciones, productos, estudios técnicos, informes, dictámenes, desarrollos, códigos fuente y programas, datos clínicos, así como todo aquello que se obtenga como resultado en la prestación del servicio, serán confidenciales.

La duración del presente Documento será 1 (un) año contado a partir de la fecha de firma de este Acuerdo de Confidencialidad.

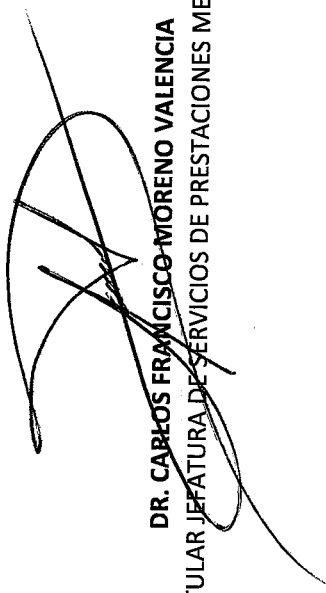
ORGANO DE OPERACION ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL EN JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN AUXILIAR OPERATIVA ADMINISTRATIVA

## REQUERIMIENTO DE HEMODIALISIS EXTRAMUROS PERIODO DEL 13 DE FEBRERO AL 05 DE ABRIL DEL 2023

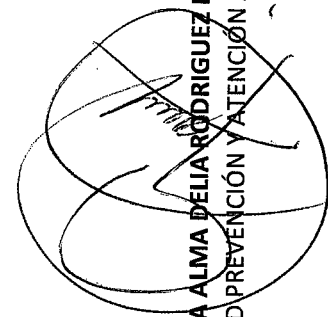
| REQUERIMIENTO FEBRERO - ABRIL 2022 |             |           |                 |                 |                |                 |
|------------------------------------|-------------|-----------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|
| UNIDADES                           | PU*         | PACIENTES | MINIMO SESIONES | MÁXIMO SESIONES | IMPORTE MINIMO | IMPORTE MÁXIMO  |
| HCZ 42                             | \$ 1,374.00 | 43        | 413             | 1,032           | \$ 567,462.00  | \$ 1,417,968.00 |
|                                    |             | 43        | 413             | 1,032           | \$ 567,462.00  | \$ 1,417,968.00 |
|                                    |             |           |                 | IVA             | \$ 90,793.92   | \$ 226,874.88   |
|                                    |             |           |                 | TOTAL           | \$ 658,255.92  | \$ 1,644,842.88 |

\* Precios de referencia contrato SEIA221416040099

**DR. CARLOS FRANCISCO MORENO VALENCIA**  
TITULAR JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS



**DRA ALMA DELIA RODRIGUEZ DIAZ**  
TIT. COORD PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD



**IAE. ADA-ARINA ARAINDA HERNANDEZ**  
ENC. COORD AUXILIAR OPERATIVA ADMINISTRATIVA

