

SE CANCELAN DATOS PERSONALES DE PERSONA(S) FÍSICAS IDENTIFICABLE(S) TALES COMO: RFC POR CONSIDERARSE INFORMACIÓN CUYA DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR A LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 113 FRACCIÓN I Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 09-mayo-2016



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACAN  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Número de Contrato Interno  
050GYR033N2224-072-00  
Número de Contrato SAI  
S4M0026

CONTRATO ABIERTO PARA LA PRESTACIÓN DE "SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS PARTIDA 2 (RESONANCIA MAGNÉTICA) PARA LAS UNIDADES MÉDICAS: HGZ 8 URUAPAN, HGSZ 9 APATZINGÁN, HGZ MF 12 LÁZARO CÁRDENAS, HGSZMF 24 PEDERNALES Y LA PARTIDA 12 (ESTUDIOS DE NEUROLOGÍA) PARA EL HGZ 8 URUAPAN" DEL RÉGIMEN ORDINARIO PERTENECIENTES AL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACÁN PARA EL EJERCICIO FISCAL 2024, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE, EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, REPRESENTADO POR EL DR. JOSÉ MIGUEL ÁNGEL VAN-DICK PUGA, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACÁN Y APODERADO LEGAL, EN ADELANTE "EL INSTITUTO" Y, POR LA OTRA LA EMPRESA DENOMINADA "CDC DE URUAPAN, S.A. DE C.V." EN LO SUCESIVO "EL PROVEEDOR" REPRESENTADA POR EL DR. CARLOS ALEJANDRO TROYO ESCOBEDO EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL A QUIENES DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", AL TENOR DE LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

DECLARACIONES

- I. Declara "EL INSTITUTO", a través de su Apoderado Legal, que:
  - I.1. Es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene a su cargo la organización y administración del Seguro Social, como un servicio público de carácter nacional, en términos de los artículos 4 y 5 de la Ley del Seguro Social.
  - I.2. Está facultado para contratar los servicios necesarios, en términos de la legislación vigente, para la consecución de los fines para los que fue creado, de conformidad con el artículo 251, fracción IV, de la Ley del Seguro Social.
  - I.3. Su representante, el Dr. José Miguel Ángel Van-Dick Puga, en su carácter de Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Michoacán, cuenta con las facultades suficientes para suscribir el presente instrumento jurídico, de conformidad con lo establecido en los artículos 263, 264 fracciones IX y XVII y 286 H, de la Ley del Seguro Social; 5, 57 y 58 fracción XI de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, así como artículos 31 fracción III, 144 fracciones I y XXIII, 155 fracción XVI, en relación con el artículo 2, fracción IV, inciso a), del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social acreditando su personalidad mediante el testimonio de la Escritura Pública número 82,337 libro 1,736 de fecha 28 de Junio del 2023, otorgada ante la fe del Licenciado Ignacio Soto Sobreya y Silva, Titular de la Notaría Pública Número 13, de la Ciudad de México, Inscrito en el Registro Público de Organismos Descentralizados bajo el folio número 97-7-10072023-181256, de fecha 20 de julio del 2023, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 25, fracción IV, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales y manifiesta bajo protesta de decir verdad, que las facultades que le fueron conferidas no le han sido revocadas, modificadas, ni restringidas en forma alguna.
  - I.4. De conformidad con los artículos 2, fracción III bis y 84, penúltimo párrafo del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, suscribe el presente instrumento la Dra. María Leticia Hernández Uribe, Encargada de la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Michoacán, con R.F.C. [REDACTED] en su calidad de Administrador de Contrato, de conformidad con el Documento de Administrador de Contrato que se integra en el Anexo Cuatro (4) del presente instrumento jurídico, quien podrá ser sustituida en cualquier momento, bastando para tales efectos un comunicado por escrito y firmado por el servidor público facultado para ello, informando a "EL PROVEEDOR" para los efectos del presente contrato.
  - I.5. La adjudicación del presente contrato se realizó mediante el procedimiento de Adjudicación Directa Nacional número AA-50-GYR-050GYR033-N-22-2024, realizada al amparo de lo establecido en los artículos 1º, 4º y 134, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 1º de la

SGR

Página | 1

OFICINA DE CONTRATOS

"Este instrumento jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala"



GOBIERNO DE MEXICO  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACÁN  
JEFATURA DE SERVICIOS JURÍDICOS  
OFICINA DE CONTRATOS, CONVENCIONES Y CONSULTAS JURÍDICAS

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron analizados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, con base en la revisión realizada por el Departamento Consultivo, Organización del Estado y el Departamento Jurídico, a solicitud del área contratante, del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Michoacán, a solicitud de la unidad administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró con el número: /2024/ 217 / S4M0026 MICH/JSJ/DC/ SUMINISTRO. En consecuencia, se declaró sin prejuzgar sobre la justificación, procedimiento, términos y condiciones de la contratación, así como la legalidad de las acciones mercadas correspondientes, ni se realiza sobre la procedencia y/o viabilidad de los aspectos técnicos, económicos y demás circunstancias que determinaron procedentes las áreas requerentes, técnicas y/o contratantes.

*afue*



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACÁN  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO**

**Número de Contrato Interno  
050GYR033N2224-072-00  
Número de Contrato SAI  
S4M0026**

Ley Federal de Austeridad Republicana y de conformidad con los artículos 24, 25, 26 fracción III, 26 bis fracción II, 28 fracción I, 36 segundo párrafo, 36 bis fracción II, 37, 37 bis, 40, 41 fracción VII, 44, 46, 47, 48 y demás correlacionados con la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) y los correlativos de su Reglamento y en términos del **Acta de Fallo**, del **20 de Febrero del 2024**, suscrita por el Titular de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento dependiente del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Michoacán de **"EL INSTITUTO"**, documento que se agrega en el **Anexo Tres (3)** del presente contrato.

- 1.6. **"EL INSTITUTO"** cuenta con recursos suficientes y con autorización para ejercerlos en el cumplimiento de sus obligaciones derivadas del presente contrato, como se desprende de los Dictámenes de Disponibilidad Presupuestal Previos con cuenta número **42062106**, con Folios **0000027263-2024, 0000027264-2024, 0000027265-2024, 0000027266-2024 y 0000027278-2024**, todos de fecha 23 de enero del 2024, autorizado por la Jefatura de Servicios de Finanzas del OOAD Michoacán, mismo que se agrega al presente contrato en el **Anexo Uno (1)**.
- 1.7. Para efectos fiscales las Autoridades Hacendarias le han asignado el Registro Federal de Contribuyentes **N° IMS421231145**.
- 1.8. Tiene establecido su domicilio en **Avenida Francisco I. Madero Poniente N° 1200, Colonia Centro, C.P. 58000 en Morelia, Michoacán**, mismo que señala para los fines y efectos legales del presente contrato.

**II. "EL PROVEEDOR" declara que:**

- II.1. La empresa denominada **CDC de Uruapan, S.A. DE C.V.**, es una persona moral constituida de conformidad con las leyes de los Estados Unidos Mexicanos, según consta en la escritura pública número 1147, volumen número veintinueve, de fecha 08 de Noviembre de 2010, otorgada ante la fe del Licenciado Héctor Soto Sánchez, Notario Público número 140 de la ciudad de Uruapan, Michoacán, e inscrita en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio de la misma Entidad, bajo el Folio Mercantil número 13661\*2, de fecha 30 de Noviembre de 2010.
- II.2. Se encuentra representada para la celebración de este contrato, por su Administrador Único el **C. Carlos Alejandro Troyo Escobedo**, quien acredita su personalidad en términos de la escritura pública número 1147, volumen número veintinueve, de fecha 08 de Noviembre de 2010, otorgada ante la fe del Licenciado Héctor Soto Sánchez, Notario Público número 140 de la ciudad de Uruapan, Michoacán, e inscrita en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio de la misma Entidad, bajo el Folio Mercantil número 13661\*2, de fecha 30 de Noviembre de 2010 y manifiesta bajo protesta de decir verdad, que las facultades que le fueron conferidas no le han sido revocadas, modificadas ni restringidas en forma alguna.
- II.3. De acuerdo con sus estatutos, su objeto social consiste en la **prestación de servicios médicos de diagnóstico en general, como Rayos X, laboratorio, mastografía, tomografía computada, ultrasonido y cualquier estudio de diagnóstico**, entre otras actividades.
- II.4. Reúne las condiciones técnicas, jurídicas y económicas, y cuenta con la organización y elementos necesarios para su cumplimiento
- II.5. Cuenta con su Registro Federal de Contribuyentes **CUR101108NZ0**.
- II.6. Manifiesta **"Bajo protesta de decir verdad"**, está al corriente en los pagos de sus obligaciones fiscales, en específico las previstas en el artículo 32-D del Código Fiscal Federal vigente, así como

**GOBIERNO DE MICHOCÁN**  
**SECRETARÍA DE ECONOMÍA**  
**ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACÁN**  
**DEPARTAMENTO CONSULTIVO**  
**JEFATURA DE SERVICIOS JURÍDICOS**  
**OFICINA DE CONTRATOS, CONSULTAS Y CONSULTAS JURÍDICAS**  
 Los aspectos jurídicos del presente contrato fueron revisados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, con base en la revisión realizada por el Departamento Consultivo en cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 7.1.3.1, párrafo 9, del Manual de Organización de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos, a solicitud del área tratante, del Organismo de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Michoacán, e inscrita en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio de la misma Entidad, bajo el número de inscripción administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró con el número: **(2024) 217 / S4M0026**  
**MICH/JS/JDC/ SUMINISTRO**  
 La revisión jurídica se efectuó, sin prejuzgar sobre la justificación, procedimiento, términos y condiciones de la contratación, ni del resultado de la investigación de hechos que se realicen durante la vigencia de la procedencia y/o viabilidad de los aspectos técnicos, económicos y demás circunstancias que determinaron procedentes las áreas requerientes, técnicas y/o contratantes.

*[Handwritten signature]*



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACAN  
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO**

**Número de Contrato Interno  
 050GYR033N2224-072-00  
 Número de Contrato SAI  
 S4M0026**

de sus obligaciones fiscales en materia de seguridad social, ante el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); lo que acredita con las Opiniones de Cumplimiento de Obligaciones Fiscales y en materia de Seguridad Social en sentido positivo, emitidas por el SAT e IMSS, respectivamente, así como con la Constancia de Situación Fiscal en materia de Aportaciones Patronales y Entero de Descuentos, sin adeudo, emitida por el INFONAVIT, las cuales se encuentran vigentes y obran en el expediente respectivo.

Manifiesta bajo protesta de decir verdad, no encontrarse en los supuestos de los artículos 50 y 60 de la "LAASSP".

En caso de que "EL PROVEEDOR" se encuentre en los supuestos señalados anteriormente, el contrato será nulo previa determinación de la autoridad competente de conformidad con lo establecido en el artículo 15 de la "LAASSP"

Conforme a lo previsto en los artículos 57 de la "LAASSP" y 107 de su Reglamento, "EL PROVEEDOR", en caso de auditorías, visitas o inspecciones que practique la Secretaría de la Función Pública y el Órgano Interno de Control en "EL INSTITUTO" y cualquier otra entidad fiscalizadora, deberá proporcionar la información relativa al presente contrato que en su momento se requiera, generada desde el procedimiento de adjudicación hasta la conclusión de la vigencia, a efecto de ser sujetos a fiscalización de los recursos de carácter federal



GOBIERNO DE MICHOCAN  
 SECRETARÍA DE ECONOMÍA  
 DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA  
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y CONSULTAS JURÍDICAS  
 ORIGINA DE CONTRATOS, CONVENIOS Y CONSULTAS JURÍDICAS  
 Los aspectos jurídicos del presente documento fueron analizados por la Jefatura de Servicios Jurídicos de esta Unidad Administrativa Desconcentrada Regional Michoacán en cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 7.1.3.1, párrafo 9, del Manual de Organización de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos, a solicitud del área contratante, del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Michoacán. En consecuencia, se registró con el número: /2024/ 217 / S4M0026 MICH/JS/JDC/ SUMINISTRO  
 La revisión jurídica se efectuó, sin prejuzgar sobre la justificación, procedimiento, términos y condiciones de la contratación, ni del resultado de la investigación de mercado correspondiente, ni se realiza sobre la procedencia y/o viabilidad de los aspectos económicos, financieros, administrativos, técnicos y/o ambientales de las áreas requeridas, técnicas y/o contratantes.

- II.7. Manifiesta "bajo protesta de decir verdad", que dispone de la organización, experiencia, elementos técnicos, humanos y económicos necesarios, así como con la capacidad suficiente para cumplir con las obligaciones que asume en el presente contrato.
- II.8. Para efectos legales y de notificación relacionados con el presente contrato en términos de lo establecido en el artículo 49 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, señala como domicilio el ubicado en Calle Paseo Lázaro Cárdenas N° 2000, Col. Jardines de Cupatitzio, Uruapan, Michoacán. Número telefónico (452) 523-5555. Correo electrónico: [troyocarlos@hotmail.com](mailto:troyocarlos@hotmail.com). Obligándose a recibir toda clase de documentos y/o notificaciones, incluso las de carácter personal mediante el correo manifestado, de conformidad con el artículo 35 Fracción II de la Ley Federal del Procedimiento Administrativo; debiendo manifestar por escrito a "EL INSTITUTO" cualquier cambio de domicilio.

**III. De "LAS PARTES":**

- III.1 Que es su voluntad celebrar el presente contrato y sujetarse a sus términos y condiciones, por lo que de común acuerdo se obligan de conformidad con las siguientes:

**CLÁUSULAS**

**PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO.**

"EL PROVEEDOR" acepta y se obliga a proporcionar a "EL INSTITUTO" la prestación de "SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS PARTIDA 2 (RESONANCIA MAGNÉTICA) PARA LAS UNIDADES MÉDICAS: HGZ 8 URUAPAN, HGSZ 9 APATZINGÁN, HGZ MF 12 LÁZARO CÁRDENAS, HGSZMF 24 PEDERNALES Y LA PARTIDA 12 (ESTUDIOS DE NEUROLOGÍA) PARA EL HGZ 8 URUAPAN" DEL RÉGIMEN ORDINARIO, PERTENECIENTES AL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACÁN PARA EL EJERCICIO FISCAL 2024, en los términos y condiciones establecidos en este contrato y sus anexos que forman parte integrante del mismo.

SGR

Página | 3

OFICINA DE CONTRATOS

"Este instrumento jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala"

*(Handwritten signature)*



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACÁN  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO**

**Número de Contrato Interno  
050GYR033N2224-072-00  
Número de Contrato SAI  
S4M0026**

Los **Anexos** que forman parte integrante del presente contrato, se enuncian a continuación:

- Anexo Uno (1)** "Dictámenes de Disponibilidad Presupuestal Previos"
- Anexo Dos (2)** "Anexo Técnico, Términos y Condiciones"
- Anexo Tres (3)** "Propuesta Técnica y Económica de **"EL PROVEEDOR"** y Acta de Fallo"
- Anexo Cuatro (4)** "Documento de designación del Administrador del Contrato"
- Anexo Cinco (5)** "Fianza de Cumplimiento de Contrato"

**SEGUNDA. MONTO DEL CONTRATO.**

"EL INSTITUTO" conviene con "EL PROVEEDOR" que el monto mínimo de los servicios es por la cantidad de \$281,936.10 (DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS 10/100 M.N.), más el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.), que asciende a \$45,109.78 (CUARENTA Y CINCO MIL CIENTO NUEVE PESOS 78/100 M.N.), que hacen un total de \$327,045.88 (TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL CUARENTA Y CINCO PESOS 88/100 M.N.).

Asimismo, que el monto máximo de los servicios es por la cantidad de \$704,840.25 (SETECIENTOS CUATRO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS 25/100 M.N.), más el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.), que asciende a \$112,774.44 (CIENTO DOCE MIL SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS 44/100 M.N.), que hacen un total de \$817,614.69 (OCHOCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS CATORCE PESOS 69/100 M.N.).

Los precios unitarios son considerados fijos y en moneda nacional hasta que concluya la relación contractual que se formaliza, incluyendo todos los conceptos y costos involucrados en la prestación de: "SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS DE PARTIDA 2 (RESONANCIA MAGNÉTICA) PARA LAS UNIDADES MÉDICAS: HGZ 8 URUAPAN, HGSZ 9 APATZINGÁN, HGZ MF 12 LÁZARO CÁRDENAS, HGSZMF24 PEDERNALES Y PARTIDA 12 (ESTUDIOS DE NEUROLOGÍA) PARA EL HGZ 8 URUAPAN" DEL RÉGIMEN ORDINARIO PERTENECIENTES AL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACÁN PARA EL EJERCICIO FISCAL 2024, por lo que "EL PROVEEDOR" no podrá agregar ningún costo extra y los precios serán inalterables durante la vigencia del presente contrato.

**TERCERA. ANTICIPO.**

Para el presente contrato "EL INSTITUTO" no otorgará anticipo a "EL PROVEEDOR".

**CUARTA. FORMA Y LUGAR DE PAGO.**

"EL INSTITUTO" se obliga a pagar a "EL PROVEEDOR", conforme al contrato respectivo, en moneda nacional, sin que estos rebasen los **20 (veinte)** días naturales posteriores a la entrega de la documentación susceptible de pago, de conformidad al "procedimiento para la recepción, glosa y aprobación de documentos presentados para trámite de pago y la constitución, modificación, cancelación, operación y control de fondos fijos", en el Departamento de Presupuesto, Contabilidad y Erogaciones, sita en Av. Francisco I. Madero Poniente, N° 1200, Col. Centro, C.P. 58000 Morelia, Michoacán, en horario de 08:00 a 13:00 horas de lunes a viernes.

- a) Presentación impresa del comprobante fiscal digital (CFDI), que reúna los requisitos fiscales respectivos, con las especificaciones normadas por el Servicio de Administración Tributaria (SAT), a nombre del "Instituto Mexicano del Seguro Social", con Registro Federal de Contribuyentes IMS421231145, domicilio en Avenida Paseo de la Reforma número 476, Colonia Juárez, Código Postal 06600, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, en la que se indique: número de proveedor, número de contrato, número de fianza y denominación social de la afianzadora, firmadas de conformidad al anexo 2 "cuentas contables" del *procedimiento para la recepción, glosa y aprobación de documentos*

SGR

Página | 4

OFICINA DE CONTRATOS

"Este instrumento jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala"

GOBIERNO DE MEXICO  
 ORGANISMO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACÁN  
 DEPARTAMENTO CONSULTIVO  
 OFICINA DE CONTRATOS, CONVENIOS Y CONSULTAS JURÍDICAS  
 INSS  
 Los aspectos jurídicos del presente documento fueron analizados por la Jefatura de Servicios Jurídicos con base en el Manual de Procedimientos del Manual de Organización de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos, a solicitud del área contratante, del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Michoacán. La revisión jurídica se registró con el número: /2024/ 217 / S4M0026 MICH/JSJ/DC/ SUMINISTRO. La revisión jurídica se efectuó, sin prejuzgar sobre la justificación, procedimiento, términos y condiciones de la contratación, ni del resultado de la investigación de responsabilidad, ni se realiza sobre la procedencia y/o viabilidad de los aspectos técnicos, económicos, financieros y/o administrativos que determinaron precedentes las áreas requerientes, técnicas y/o contratantes.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACAN  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO**

**Número de Contrato Interno  
050GYR033N2224-072-00  
Número de Contrato SAI  
S4M0026**

presentado para trámite de pago y la constitución, modificación, cancelación, operación y control de fondos fijos, ([http://172.24.81.43anexo2admconsulta\\_de\\_anexo\\_3list.php](http://172.24.81.43anexo2admconsulta_de_anexo_3list.php)); así como la opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social (IMSS), positiva y vigente, mismos que deberán ser entregados en el Departamento de Trámite y Erogaciones ubicado en Av. Francisco I. Madero Poniente, N°1200, Colonia Centro, C.P. 58000 Morelia, Michoacán, en horario de 08:00 a 13:00 horas (de lunes a viernes en días hábiles).

- b) Durante la vigencia del contrato, **"EL PROVEEDOR"** o contratista queda obligado a entregar a **"EL INSTITUTO"**, junto con el CFDI de cobro respectiva la opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social (IMSS), positiva y vigente misma que deberá ser vigente y positiva.

Los CFDI deberán ser expedidos por el proveedor dentro del mes en el cual se otorgaron los servicios. Los CFDI preferentemente podrán presentarse para trámite de pago a más tardar en el último día hábil del mes siguiente posterior a su emisión de enero a noviembre, los CFDI del mes de diciembre preferentemente podrán presentarse para trámite de pago el día que indique el lineamiento de cierre del año, emitido por la Dirección de Finanzas. Los servicios recibidos en diciembre deben de emitirse los CFDI en el mes de diciembre. Asimismo los servicios recibidos durante un ejercicio fiscal, deberán emitirse los CFDI en el ejercicio fiscal que corresponda.

Para la validación de dichos comprobantes el proveedor deberá cargar en internet, a través del portal de servicios a proveedores de la página del IMSS el archivo en formato XML. La validez de los mismos, será determinada durante la carga y únicamente los comprobantes validos serán procedentes para pago.

En caso de que el **"EL PROVEEDOR"** presente su CFDI con errores o deficiencias, conforme a lo previsto en el artículo 90 del reglamento de la LAASSP, el instituto dentro de los 3 días hábiles siguientes a la recepción, indicará por escrito al proveedor las deficiencias que se deberán corregir.

Cuando **"EL PROVEEDOR"** opte por pago en parcialidades o diferido para cada uno de los pagos que efectivamente reciba, de acuerdo con esta cláusula, deberá de expedir a nombre de **"EL INSTITUTO"** el "CFDI con complemento para la recepción de pagos", también denominado "recibo electrónico de pago", el cual elaborará dentro de los plazos establecidos por las disposiciones fiscales vigentes y lo cargará en el portal de servicios a proveedores de la página de **"EL INSTITUTO"**.

**"EL PROVEEDOR"** acepta que **"EL INSTITUTO"** efectuó el pago de los bienes suministrados, a través del esquema de transferencia electrónica que el IMSS tiene en operación, con las instituciones bancarias siguientes: Banamex, Banorte, Scotiabank, Santander, BBVA Bancomer, HSBC, Afirme y Banco Azteca, para tal efecto deberá realizar el trámite en el Departamento de la Tesorería del OOAD Regional Michoacán sitio en Av. Francisco I. Madero Pte. No. 1200 Colonia Centro C.P. 58000 Morelia, Michoacán en horario de 9:00 a las 15:00 horas de lunes a viernes, en días hábiles.

Asimismo **"EL INSTITUTO"** aceptará del proveedor, que en el supuesto de que tenga cuentas liquidas y exigibles a su cargo, aplicarlas contra los adeudos que, en su caso, tuviera por concepto de cuotas obrero patronales, conforme a lo previsto en el artículo 40 b, de la del seguro social.

**"EL PROVEEDOR"** que celebre contratos de cesión de derechos de cobro, deberá notificarlo por escrito a **"EL INSTITUTO"**, con un mínimo de 5 (cinco) días naturales anteriores a la fecha de pago programada, entregando invariablemente una copia de los contra-recibos cuyo importe se cede, además de los documentos sustantivos de dicha cesión. El mismo procedimiento aplicará en el caso de que **"EL PROVEEDOR"** celebre cesión de derechos de cobro a través de factoraje financiero conforme al programa de cadenas productivas de nacional financiera, S.N.C., institución de banca de desarrollo.

El pago de los bienes quedará condicionado proporcionalmente al pago que el proveedor deba efectuar por concepto de penas convencionales por atraso.

SGR

Página | 5

OFICINA DE CONTRATOS

"Este instrumento jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala"



GOBIERNO DE MEXICO  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCENTRALIZADA  
JEFATURA DE SERVICIOS JURIDICOS  
DEPARTAMENTO CONSULTIVO  
OFICINA DE CONSULTAS JURIDICAS

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron analizados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, con base en la revisión realizada por el Departamento Consultivo en cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 7.1.3.1, párrafo 9, del Manual de Organización de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos, a solicitud del área tratante, del Organismo de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Michoacán, en consecuencia, se registró con el número: /2024/ 217 / S4M0026 MICH/JJS./DC/ SUMINISTRO. La revisión jurídica se efectuó, sin prejuzgar sobre la justificación, procedimiento, términos y condiciones de la contratación, ni del resultado de la investigación de hechos que sustentan el contrato, así como de los aspectos técnicos, económicos y demás circunstancias que determinaron procedentes las áreas requerentes, técnicas y/o contratantes.

*a fue*



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACAN  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO**

**Número de Contrato Interno  
050GYR033N2224-072-00  
Número de Contrato SAI  
S4M0026**

"El Proveedor acepta que el IMSS le efectúe el pago mediante transferencia electrónica, para tal efecto el proveedor deberá proporcionar el número de cuenta clabe, banco y sucursal".

Para cualquier duda o aclaración referente a la consulta de opinión cumplimiento de obligaciones en materia de seguridad social, puede solicitar informes a la siguiente dirección de correo electrónico [constancia32d.aclara@imss.gob.mx](mailto:constancia32d.aclara@imss.gob.mx)

**QUINTA. LUGAR, PLAZOS Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.**

La prestación de los servicios se realizará conforme a los plazos, condiciones y entregables establecidos por "EL INSTITUTO" en el Anexo Técnico y en los Términos y Condiciones integrados en el **Anexo Dos (2)** de este instrumento jurídico, apegándose a las condiciones, alcances y características detalladas en la convocatoria, en su caso junta de aclaraciones y acta de fallo del procedimiento del cual deriva el presente contrato, disponibles para su consulta en el Portal de Compras Gubernamentales CompraNet.

**MECANISMOS DE COMPROBACIÓN, SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS Y EFECTIVAMENTE PRESTADOS, ASÍ COMO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS REQUISICIONES DE CADA ENTREGABLE.**

El administrador del contrato o en su caso sus auxiliares validaran los servicios contratados a través del cotejo de la facturación del proveedor con el formato 4-30-2/03 "solicitud de subrogado de servicios" (anexo) y las notas médicas de atención del paciente descritas en la tabla 1 y que estén debidamente validadas por los directivos de la unidad médica que envía, dicha verificación se realizara cada vez que el proveedor presente facturación para firma del administrador del contrato, documentación que quedara bajo el resguardo de los auxiliares del administrador del contrato, así como toda aquella que acredite la prestación del servicio, sin que los mismos se encuentren vinculados para el trámite de pago ante la jefatura de servicios de finanzas.

PARTIDA	DESCRIPCIÓN	TIPO DE DOCUMENTO
2	RESONANCIA MAGNÉTICA	NOTA DE INTERPRETACIÓN Y RESULTADO EN CD LEÍBLE EN CUALQUIER EQUIPO
12	ESTUDIOS DE NEUROLOGÍA	NOTA DE INTERPRETACIÓN Y RESULTADO EN CD LEÍBLE EN CUALQUIER EQUIPO RESULTADO DE ESTUDIO

**SEXTA. VIGENCIA.**

"LAS PARTES" convienen en que la vigencia del presente contrato será a partir del 20 de febrero del 2024 y hasta el 31 de diciembre del 2024.

**SÉPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO.**

"LAS PARTES" están de acuerdo que la "EL INSTITUTO" por razones fundadas y explícitas podrá ampliar el monto o la cantidad de los servicios, de conformidad con el artículo 52 de la "LAASSP", siempre y cuando las modificaciones no rebasen en su conjunto el 20% (veinte por ciento) de los establecidos originalmente, el precio unitario sea igual al originalmente pactado y el contrato esté vigente. La modificación se formalizará mediante la celebración de un Convenio Modificatorio.

"EL INSTITUTO", podrá ampliar la vigencia del presente instrumento, siempre y cuando, no implique incremento del monto contratado o de la cantidad del servicio, **siendo necesario que se obtenga el previo consentimiento de "EL PROVEEDOR"**.

De presentarse caso fortuito o fuerza mayor, o por causas atribuibles a "EL INSTITUTO", se podrá modificar el plazo del presente instrumento jurídico, debiendo acreditar dichos supuestos con las

SGR

OFICINA DE CONTRATOS

Página | 6

"Este instrumento jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala"



ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCENTRALADA  
JEFATURA DE SERVICIOS JURÍDICOS  
OFICINA DE CONTRATOS, CONVENCIONES Y CONSULTAS JURÍDICAS

GOBIERNO DE MEXICO

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron analizados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, con base en la revisión realizada por el Departamento Consultivo, en cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 7.1.3.1, párrafo 9, del Manual de Organización de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos, a solicitud del área de Organización de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos, en el área de Michoacán, a solicitud de la unidad administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró con el número: MICH/JJS/JDC/ SUMINISTRO /2024/ 217 / S4M0026. La revisión jurídica se efectuó, sin prejuzgar sobre la justificación, procedimiento, oportunidad de la contratación, ni el resultado de la investigación de mercado correspondiente ni se pronunció sobre la procedencia de los aspectos técnicos, económicos y demás circunstancias que determinaron procedentes las áreas requerientes, técnicas y/o contratantes.

*afue*



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACAN  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO**

**Número de Contrato Interno  
050GYR033N2224-072-00  
Número de Contrato SAI  
S4M0026**

constancias respectivas. La modificación del plazo por caso fortuito o fuerza mayor podrá ser solicitada por cualquiera de "LAS PARTES".

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, no procederá la aplicación de penas convencionales por atraso.

Cualquier modificación al presente contrato deberá formalizarse por escrito y deberá suscribirse por el servidor público de "EL INSTITUTO" que lo haya hecho, o quien lo sustituya o esté facultado para ello, para lo cual "EL PROVEEDOR" realizará el ajuste respectivo de la garantía de cumplimiento, en términos del artículo 91, último párrafo del Reglamento de la LAASSP, salvo que por disposición legal se encuentre exceptuado de presentar garantía de cumplimiento.

"EL INSTITUTO" se abstendrá de hacer modificaciones que se refieran a precios, anticipos, pagos progresivos, especificaciones y, en general, cualquier cambio que implique otorgar condiciones más ventajosas a un proveedor comparadas con las establecidas originalmente.

**OCTAVA. GARANTÍA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.**

Para la prestación de los servicios materia del presente contrato, no se requiere que "EL PROVEEDOR" presente una garantía por la calidad de los servicios contratados.

**NOVENA. GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO.**

Conforme a los artículos 48, fracción II, 49, fracción II, de la "LAASSP"; 85, fracción III, y 103 de su Reglamento; y 166 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, "EL PROVEEDOR" se obliga a constituir una garantía la cual podrá ser indivisible, por el cumplimiento fiel y exacto de todas las obligaciones derivadas de este contrato, mediante fianza expedida por compañía afianzadora mexicana autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, a favor de "EL INSTITUTO", por un importe equivalente al 10% (diez por ciento) sobre el importe máximo que se indica en la Cláusula Segunda del presente contrato o por el 10% (diez por ciento) del monto máximo del ejercicio fiscal que corresponda, ambas en moneda nacional, sin incluir impuestos. **Anexo Cinco (5).**

Dicha fianza deberá ser entregada a "EL INSTITUTO", a más tardar dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la firma del presente contrato.

"EL PROVEEDOR" queda obligado a entregar a "EL INSTITUTO" la póliza de fianza antes señalada, en la Oficina de Contratos, dependiente de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento de la Delegación Regional Michoacán, ubicada en Calle Manuel Pérez Coronado N° 200, Esq. Jesús Sansón Flores, Col. Infonavit Camelinas, C.P. 58,290, Morelia, Michoacán, apegándose al formato que para tal efecto se entregará en la referida oficina.

Dicha póliza de garantía de cumplimiento del contrato se liberará de forma inmediata a "EL PROVEEDOR" una vez que "EL INSTITUTO" le otorgue autorización por escrito, para que éste pueda solicitar a la afianzadora correspondiente la cancelación de la fianza, autorización que se entregará a "EL PROVEEDOR" siempre que demuestre haber cumplido con la totalidad de las obligaciones adquiridas por virtud del presente contrato; para lo anterior deberá presentar mediante escrito la solicitud de liberación de la fianza en la Oficina de Contratos, misma que llevará a cabo el procedimiento para su liberación y entrega.

**ENDOSO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.-** En el supuesto de que "EL INSTITUTO" y por así convenir a sus intereses, decidiera modificar en cualquiera de sus partes el presente contrato, "EL PROVEEDOR" se obliga a otorgar el endoso de la póliza de garantía originalmente entregada, en el que conste las modificaciones o cambios en la respectiva fianza, observándose los mismos términos y condiciones señalados en la presente cláusula para la entrega de la garantía de cumplimiento, debiéndola

SGR

Página | 7

OFICINA DE CONTRATOS

"Este instrumento jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala"

*@fce*

GOBIERNO DE MÉXICO  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCENTRALADA  
 REGIONAL EN MICHOACÁN  
 DEPARTAMENTO CONSULTIVOS  
 JEFE DE DEPARTAMENTO CONSULTIVOS  
 OFICINA DE CONTRATOS, CONVENIOS Y CONSULTAS JURÍDICAS  
 MICHUAS/DC/ SUMINISTRO /2024/ 217 / S4M0026  
 Los aspectos jurídicos del presente documento fueron analizados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, con base en el Manual de Organización y Procedimientos de la Organización de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos, a solicitud del área contratante, del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Michoacán, a solicitud de la unidad administrativa responsable del mismo. En consecuencia, el número /2024/ 217 / S4M0026  
 La revisión jurídica se efectuó, sin prejuzgar sobre la justificación, procedimiento, términos y condiciones de la contratación, ni del resultado de la investigación de mercado correspondiente, ni se realiza sobre la procedencia y/o viabilidad de los aspectos técnicos, económicos y demás circunstancias que determinaron procedentes las áreas requeridas, técnicas y/o contratantes.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACAN  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO**

**Número de Contrato Interno  
050GYR033N2224-072-00  
Número de Contrato SAI  
S4M0026**

entregar **"EL PROVEEDOR"** a más tardar dentro de los 10 (diez) días naturales posteriores a la firma del convenio respectivo.

**EJECUCIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO.** - **"EL INSTITUTO"** llevará a cabo la ejecución de la garantía de cumplimiento de contrato en los casos siguientes:

- Se rescinda administrativamente el presente contrato.
- Durante su vigencia se detecten deficiencias, fallas o calidad inferior del servicio prestado, en comparación con lo ofertado.
- Cuando en el supuesto de que se realicen modificaciones al contrato, **"EL PROVEEDOR"** no entregue en el plazo pactado el endoso o la nueva garantía, que ampare el porcentaje establecido para garantizar el cumplimiento del presente instrumento, de conformidad con la presente Cláusula.
- Por cualquier otro incumplimiento de las obligaciones contraídas en este contrato.

En caso de que **"EL PROVEEDOR"** incumpla con la entrega de la garantía en el plazo establecido, **"EL INSTITUTO"** podrá rescindir el contrato y dará vista al Órgano Interno de Control para que proceda en el ámbito de sus facultades.

La garantía de cumplimiento no será considerada como una limitante de responsabilidad de **"EL PROVEEDOR"**, derivada de sus obligaciones y garantías estipuladas en el presente instrumento jurídico, y no impedirá que **"EL INSTITUTO"** reclame la indemnización por cualquier incumplimiento que pueda exceder el valor de la garantía de cumplimiento.

En caso de incremento al monto del presente instrumento jurídico o modificación al plazo, **"EL PROVEEDOR"** se obliga a entregar a **"EL INSTITUTO"**, dentro de los 10 (diez días) naturales siguientes a la formalización del mismo, de conformidad con el último párrafo del artículo 91, del Reglamento de la **"LAASSP"**, los documentos modificatorios o endosos correspondientes, debiendo contener en el documento la estipulación de que se otorga de manera conjunta, solidaria e inseparable de la garantía otorgada inicialmente.

Una vez cumplidas las obligaciones a satisfacción, el servidor público facultado por **"EL INSTITUTO"** procederá inmediatamente a extender la constancia de cumplimiento de las obligaciones contractuales y dará inicio a los trámites para la cancelación de la garantía de cumplimiento del contrato, lo que comunicará a **"EL PROVEEDOR"**.

**DÉCIMA. OBLIGACIONES DE "EL PROVEEDOR".**

- Prestar los servicios en las fechas o plazos y lugares establecidos conforme a lo pactado en el presente contrato y anexos respectivos.
- Cumplir con las especificaciones técnicas, de calidad y demás condiciones establecidas en el presente contrato y sus respectivos anexos.
- Asumir la responsabilidad de cualquier daño que llegue a ocasionar a **"EL INSTITUTO"** o a terceros con motivo de la ejecución y cumplimiento del presente contrato.
- Proporcionar la información que le sea requerida por la Secretaría de la Función Pública y el Órgano Interno de Control, de conformidad con el artículo 107 del Reglamento de la **"LAASSP"**.
- Así, como a lo señalado en el Anexo Técnico y Términos y Condiciones que se integran en el **Anexo Dos (2)** del presente contrato.

**DÉCIMA PRIMERA. OBLIGACIONES DE "EL INSTITUTO".**

- Otorgar todas las facilidades necesarias, a efecto de que **"EL PROVEEDOR"** lleve a cabo en los términos convenidos la prestación de los servicios objeto del contrato.

SGR

OFICINA DE CONTRATOS

Página | 8

"Este instrumento jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala"

*@fue*



GOBIERNO DE MEXICO  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCENTRALIZADA  
JEFATURA DE SERVICIOS JURÍDICOS  
OFICINA DE CONTRATOS, CONVENIOS Y CONSULTAS JURÍDICAS

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron analizados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, con base en la revisión realizada por el Departamento Consultivo, en cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 7.1.3.1, párrafo 9, del Manual de Organización y Función del Órgano de Operación Administrativa Regional Michoacán, a solicitud del Órgano de Operación Administrativa Regional Michoacán, a solicitud de la unidad administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró con el número: MICH/JS/JDC/ SUMINISTRO /2024/ 217 / S4M0026. La revisión jurídica se efectuó, sin prejuzgar sobre la justificación, procedimiento, términos y condiciones del contrato, ni se realiza sobre la procedencia y/o viabilidad de los mercados correspondientes, ni se realiza sobre la procedencia y/o viabilidad de los aspectos técnicos, económicos y demás circunstancias que determinaron precedentes en las áreas requeridas, técnicas y/o contratantes.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACAN  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO**

**Número de Contrato Interno  
050GYR033N2224-072-00  
Número de Contrato SAI  
S4M0026**

- b) Realizar el pago correspondiente en tiempo y forma.
- c) Extender a **"EL PROVEEDOR"**, por conducto del Administrador del Contrato, la constancia de cumplimiento de obligaciones contractuales inmediatamente que se cumplan éstas a satisfacción expresa de dicho servidor público para que se dé trámite a la cancelación de la garantía de cumplimiento del presente contrato.
- d) Así como a lo señalado en el Anexo Técnico y Términos y Condiciones que se integran en el **Anexo Dos (2)** del presente contrato.

**DÉCIMA SEGUNDA. ADMINISTRACIÓN, VERIFICACIÓN, SUPERVISIÓN Y ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS.**

**"EL INSTITUTO"** designa como Administrador del presente Contrato a la Dra. María Leticia Hernández Uribe, Encargada de la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Michoacán, con R.F.C. [REDACTED] quien dará seguimiento y verificará el cumplimiento de los derechos y obligaciones establecidos en este instrumento.

En el caso de que se lleve a cabo un relevo institucional temporal o permanente con dicho servidor público de **"EL INSTITUTO"** tendrá carácter de **ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO** la persona que sustituya al servidor público en el cargo, conforme a la designación correspondiente.

Los servicios se tendrán por recibidos previa revisión del administrador del presente contrato, la cual consistirá en la verificación del cumplimiento de las especificaciones establecidas y en su caso en los anexos respectivos, así como las contenidas en la propuesta técnica.

**"EL INSTITUTO"**, a través del administrador del contrato, rechazará los servicios, que no cumplan las especificaciones establecidas en este contrato y en sus Anexos, obligándose **"EL PROVEEDOR"** en este supuesto a realizarlos nuevamente bajo su responsabilidad y sin costo adicional para **"EL INSTITUTO"**, sin perjuicio de la aplicación de las penas convencionales o deducciones al cobro correspondientes.

**"EL INSTITUTO"**, a través del administrador del contrato, podrá aceptar los servicios que incumplan de manera parcial o deficiente las especificaciones establecidas en este contrato y en los anexos respectivos, sin perjuicio de la aplicación de las deducciones al pago que procedan, y reposición del servicio, cuando la naturaleza propia de éstos lo permita.

**DÉCIMA TERCERA. DEDUCCIONES.**

**"EL INSTITUTO"** aplicará deducciones al pago por el incumplimiento parcial o deficiente, en que incurra **"EL PROVEEDOR"** conforme a lo estipulado en las cláusulas del presente contrato y sus anexos respectivos, las cuales se calcularán por el 1% (uno por ciento) conforme a lo establecido en Términos y Condiciones que se integran en el **Anexo Dos (2)** del presente contrato. Las cantidades a deducir se aplicarán en el CFDI o factura electrónica que **"EL PROVEEDOR"** presente para su cobro, en el pago que se encuentre en trámite o bien en el siguiente pago.

De no existir pagos pendientes, se requerirá a **"EL PROVEEDOR"** que realice el pago de la deductiva, en términos de la legislación aplicable.

Las deducciones económicas se aplicarán sobre la cantidad indicada sin incluir impuestos.

**"EL INSTITUTO"**, a través del administrador del presente contrato será responsable del cálculo, aplicación y seguimiento de las deducciones. El monto máximo de aplicación de las deducciones no podrá ser mayor al que resulte de aplicar el porcentaje de la garantía de cumplimiento del presente contrato.

SGR

OFICINA DE CONTRATOS

Página | 9

"Este instrumento jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala"

SE CANCELAN DATOS PERSONALES DE PERSONA(S) FÍSICAS IDENTIFICABLE(S) TALES COMO: RFC POR CONSIDERARSE INFORMACIÓN CUYA DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR A LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 113 FRACCIÓN I Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 09-mayo-2016



GOBIERNO DE MEXICO  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA  
JEFATURA DE SERVICIOS JURIDICOS  
OFICINA DE CONTRATOS, CONVENIOS Y CONSULTAS JURIDICAS  
/2024/ 217 / S4M0026

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron analizados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, con base en la revisión realizada por el Departamento Consultivo, en cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 7.1.3.1. párrafo 9, del Manual de Organización y Funciones de los Servicios Jurídicos, a solicitud del área contratante del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Michoacán, a solicitud de la Unidad Administrativa Responsable del mismo. En consecuencia, se registró con el número: MICH/JRS/JDC/ SUMINISTRO /2024/ 217 / S4M0026. La revisión jurídica se efectuó, sin perjuicio de la justificación, procedimiento, términos y condiciones de referencia, así como de la viabilidad de los aspectos técnicos, económicos y demás circunstancias que determinaron precedentes las áreas requerientes, técnicas y/o contratantes.

*afue*



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACAN  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO**

**Número de Contrato Interno  
050GYR033N2224-072-00  
Número de Contrato SAI  
S4M0026**

En caso de que se exceda se podrá proceder a la rescisión del presente contrato.

**DÉCIMA CUARTA. PENAS CONVENCIONALES.**

En caso de que **"EL PROVEEDOR"** incurra en atraso en el cumplimiento conforme a lo pactado para la prestación de los servicios, objeto del presente contrato, conforme a lo establecido en el **Anexo Dos (2)**, de los términos y condiciones que forma parte integral del presente contrato, **"EL INSTITUTO"** por conducto del administrador del contrato aplicará la pena convencional equivalente al **1% (uno por ciento)**, de atraso sobre la parte de los servicios no prestados, sin incluir el importe al valor agregado, conforme a lo señalado en el apartado Penas Convencionales por atraso en la Prestación de los Servicios de los Términos y Condiciones que se integran en el **Anexo Dos (2)** del presente contrato, de conformidad con este instrumento legal y sus respectivos anexos.

El administrador del presente contrato será el responsable de determinar, calcular y aplicar las penas convencionales, vigilando los correspondientes registros o captura y validación en el sistema PREI Millenium, así como de notificarlas a **"EL PROVEEDOR"** personalmente, mediante oficio o por medios de comunicación electrónica.

**"EL INSTITUTO"** descontará las cantidades que resulten de aplicar la pena convencional, sobre los pagos que deba cubrir a **"EL PROVEEDOR"**. Por lo tanto, **"EL PROVEEDOR"** autoriza a descontar las cantidades que resulten de aplicar las sanciones señaladas en párrafos anteriores, sobre los pagos que éste deba cubrirle a **"EL INSTITUTO"** durante el período en que incurra y/o se mantenga en atraso con motivo de la prestación del servicio.

Para autorizar el pago de la prestación del servicio, previamente **"EL PROVEEDOR"** tiene que haber cubierto las penas convencionales aplicadas conforme a lo dispuesto en el presente contrato. El administrador del presente contrato será el responsable de verificar que se cumpla esta obligación, dentro de los 5 (cinco) días hábiles siguientes a la conclusión del atraso.

El importe de la pena convencional no podrá exceder el equivalente al monto total de la garantía de cumplimiento del contrato, y en el caso de no haberse requerido esta garantía, no deberá exceder del 20% (veinte por ciento) del monto total del contrato.

Cuando **"EL PROVEEDOR"** quede exceptuado de la presentación de la garantía de cumplimiento, en los supuestos previsto en la **"LAASSP"**, el monto máximo de las penas convencionales por atraso que se puede aplicar será del 20% (veinte por ciento) del monto de los servicios prestados fuera de la fecha convenida, de conformidad con lo establecido en el tercer párrafo del artículo 96 del Reglamento de la **"LAASSP"**.

**DÉCIMA QUINTA. LICENCIAS, AUTORIZACIONES Y PERMISOS.**

**"EL PROVEEDOR"** se obliga a observar y mantener vigentes las licencias, autorizaciones, permisos o registros requeridos para el cumplimiento de sus obligaciones.

**DÉCIMA SEXTA. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL.**

Para la prestación de los servicios materia del presente contrato, se requiere que **"EL PROVEEDOR"** salvaguarde la integridad física de los derechohabientes del Instituto que sean objeto de la prestación del servicio, asumiendo la responsabilidad de daños que pudieran causarse a éstos o a terceros, derivados del descuido, negligencia o mala aplicación de las condiciones del servicio por parte del personal que emplee, eximiendo al Instituto de toda responsabilidad, obligándose a restituir la cantidad que el Instituto

SGR

OFICINA DE CONTRATOS

"Este instrumento jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala"

Página | 10



GOBIERNO DE MICHUACÁN  
OFICINA DE CONTRATOS, CONVENIOS Y CONSULTAS JURIDICAS  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
DESCONCENTRADA REGIONAL EN MICHOACÁN

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron analizados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, con base en la revisión realizada por el Departamento de Asesoría Jurídica y el Departamento de Asesoría Jurídica, a solicitud del área Organizadora de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos, a solicitud del área Organizadora del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Michoacán, a solicitud de la unidad administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró con el número: 12024/ 217 / S4M0026 MICH/JS/JDC/ SUMINISTROS, sin prejuicio sobre la justificación, procedimiento, términos y condiciones de la contratación, ni del resultado de la investigación de mercado correspondiente, ni se realiza sobre la procedencia y/o viabilidad de los aspectos técnicos, económicos y demás circunstancias que determinaron procedentes las áreas requerientes, técnicas y/o contratantes.





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACAN  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO**

**Número de Contrato Interno  
050GYR033N2224-072-00  
Número de Contrato SAI  
S4M0026**

se viera precisado a erogar por tal concepto.

**"EL PROVEEDOR"**, será directamente responsable de los daños y perjuicios que cause directamente a **"EL INSTITUTO"** y/o terceros por negligencia, impericia o dolo en la prestación de los servicios que se obliga a realizar en términos de lo ordenado por el artículo 2615 del Código Civil para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia federal. Para tal efecto, deberá proporcionar una póliza de seguro de responsabilidad civil que garantice indemnizaciones en caso de siniestro, eximiendo a **"EL INSTITUTO"** de toda responsabilidad que pudiera resultar de este motivo.

Tendrá que presentar **"EL PROVEEDOR"** seguro de responsabilidad civil, por lo que la póliza respectiva será del 5% del importe total del contrato, o en su defecto cuando el proveedor llegase a contar con una póliza de responsabilidad civil global, podrá entregar al área contratante el endoso que garantice el contrato o convenio que se celebre, mismo que deberá corresponder porcentaje establecido, sin que sea necesario exigirle la presentación, exhibición o entrega de la póliza original.

**DÉCIMA SÉPTIMA. TRANSPORTE.**

**"EL PROVEEDOR"** se obliga bajo su costa y riesgo, a transportar los bienes e insumos necesarios para la prestación del servicio, desde su lugar de origen, hasta las instalaciones señaladas en el Anexo Técnico y en los Términos y Condiciones, que se agregan en el **Anexo Dos (2)** del presente contrato.

**DÉCIMA OCTAVA. IMPUESTOS Y DERECHOS.**

Los impuestos, derechos y gastos que procedan con motivo de la prestación de los servicios, objeto del presente contrato, serán pagados por **"EL PROVEEDOR"**, mismos que no serán repercutidos a **"EL INSTITUTO"**.

**"EL INSTITUTO"** sólo cubrirá, cuando aplique, lo correspondiente al Impuesto al Valor Agregado (IVA), en los términos de la normatividad aplicable y de conformidad con las disposiciones fiscales vigentes.

**DÉCIMA NOVENA. PROHIBICIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES.**

**"EL PROVEEDOR"** no podrá ceder total o parcialmente los derechos y obligaciones derivados del presente contrato, a favor de cualquier otra persona física o moral, con excepción de los derechos de cobro, en cuyo caso se deberá contar con la conformidad previa y por escrito de **"EL INSTITUTO"**.

**VIGÉSIMA. DERECHOS DE AUTOR, PATENTES Y/O MARCAS.**

**"EL PROVEEDOR"** se obliga para con **"EL INSTITUTO"**, a responder por los daños y/o perjuicios que pudiera causar a **"EL INSTITUTO"** y/o a terceros, si con motivo de la prestación del servicio se violan derechos de autor, de patentes y/o marcas u otro derecho reservado a nivel Nacional o Internacional.

Por lo anterior, **"EL PROVEEDOR"** manifiesta en este acto bajo protesta de decir verdad, no encontrarse en ninguno de los supuestos de infracción a la Ley Federal del Derecho de Autor, ni a la Ley Federal de Protección a la Propiedad Industrial.

En caso de que sobreviniera alguna reclamación en contra de **"EL INSTITUTO"** por cualquiera de las causas antes mencionadas, la única obligación de éste será la de dar aviso en el domicilio previsto en este instrumento jurídico a **"EL PROVEEDOR"**, para que éste lleve a cabo las acciones necesarias que garanticen la liberación de **"EL INSTITUTO"** de cualquier controversia o responsabilidad de carácter civil, mercantil, penal o administrativa que, en su caso, se ocasione.

SGR

OFICINA DE CONTRATOS

Página | 11

"Este instrumento jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala"

*afue*



GOBIERNO DE MEXICO  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCENTRALIZADA  
JEFATURA DE SERVICIOS JURIDICOS  
OFICINA DE CONTRATOS, CONVOCATORIAS Y CONSULTAS JURIDICAS

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron analizados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, con base en la revisión realizada por el Departamento Consultivo, en cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 7.1.3.1, párrafo 9, del Manual de Organización de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos, a solicitud del área de Contratos, Convocatorias y Consultas Jurídicas, de la Jefatura de Servicios Jurídicos de la Jefatura de Servicios Jurídicos de la Delegación Regional Michoacán, a solicitud de la Unidad administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró con el número: MICH/JJS/JDC/ SUMINISTRO /2024/ 217 / S4M0026. La revisión jurídica se efectuó, sin prejuzgar sobre la justificación, procedimiento, términos y condiciones de la contratación ni el resultado de la investigación de hechos y circunstancias que determinaron procedentes los aspectos técnicos, económicos y demás circunstancias que determinaron procedentes las áreas requerientes, técnicas y/o contratantes.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACAN  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO**

**Número de Contrato Interno  
050GYR033N2224-072-00  
Número de Contrato SAI  
S4M0026**

Lo anterior de conformidad a lo establecido en el artículo 45, fracción XX de la "LAASSP".

Asimismo, en caso de aplicar, "EL PROVEEDOR" deberá observar lo establecido en el Anexo aplicable a los Derechos de autor, patentes y/o marcas del presente Contrato.

**VIGÉSIMA PRIMERA. CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.**

"LAS PARTES" acuerdan que la información que se intercambie de conformidad con las disposiciones del presente instrumento, se tratarán de manera confidencial, siendo de uso exclusivo para la consecución del objeto del presente contrato y no podrá difundirse a terceros de conformidad con lo establecido en la Ley General y Federal, respectivamente, de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados y demás legislación aplicable.

Para el tratamiento de los datos personales que "LAS PARTES" recaben con motivo de la celebración del presente contrato, deberá de realizarse con base en lo previsto en los Avisos de Privacidad respectivos.

Por tal motivo, "EL PROVEEDOR" asume cualquier responsabilidad que se derive del incumplimiento de su parte, o de sus empleados, a las obligaciones de confidencialidad descritas en el presente contrato.

Asimismo, en caso de aplicar, "EL PROVEEDOR" deberá observar lo establecido en el Anexo aplicable a la Confidencialidad de la información del presente Contrato.

**VIGÉSIMA SEGUNDA. SUSPENSIÓN TEMPORAL DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.**

Con fundamento en el artículo 55 Bis de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 102, fracción II, de su Reglamento, la "EL INSTITUTO" en el supuesto de caso fortuito o de fuerza mayor o por causas que le resulten imputables, podrá suspender la prestación de los servicios, de manera temporal, quedando obligado a pagar a "EL PROVEEDOR", aquellos servicios que hubiesen sido efectivamente prestados, así como, al pago de gastos no recuperables previa solicitud y acreditamiento.

Una vez que hayan desaparecido las causas que motivaron la suspensión, el contrato podrá continuar produciendo todos sus efectos legales, si "EL INSTITUTO" así lo determina; y en caso de que subsistan los supuestos que dieron origen a la suspensión, se podrá iniciar la terminación anticipada del contrato, conforme lo dispuesto en la cláusula siguiente.

**VIGÉSIMA TERCERA. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.**

"EL INSTITUTO" cuando concurren razones de interés general, o bien, cuando por causas justificadas se extinga la necesidad de requerir los servicios originalmente contratados y se demuestre que de continuar con el cumplimiento de las obligaciones pactadas, se ocasionaría algún daño o perjuicio a "EL INSTITUTO", o se determine la nulidad total o parcial de los actos que dieron origen al presente contrato, con motivo de la resolución de una inconformidad o intervención de oficio, emitida por la Secretaría de la Función Pública, podrá dar por terminado anticipadamente el presente contrato sin responsabilidad alguna para "EL INSTITUTO", ello con independencia de lo establecido en la cláusula que antecede.

Cuando "EL INSTITUTO" determine dar por terminado anticipadamente el contrato, lo notificará a "EL PROVEEDOR" hasta con 30 (treinta) días naturales anteriores al hecho, debiendo sustentarlo en un dictamen fundado y motivado, en el que, se precisarán las razones o causas que dieron origen a la misma y pagará a "EL PROVEEDOR" la parte proporcional de los servicios prestados, así como los gastos no recuperables en que haya incurrido, previa solicitud por escrito, siempre que éstos sean razonables, estén debidamente comprobados y se relacionen directamente con el presente contrato, limitándose según corresponda a los conceptos establecidos en la fracción I, del artículo 102 del

SGR

Página | 12

OFICINA DE CONTRATOS

"Este instrumento jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala"



GOBIERNO DE MEXICO  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCENTRALIZADA REGIONAL EN MICHOACAN  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
DEPARTAMENTO CONSULTIVO  
OFICINA DE CONTRATOS, CONVENIOS Y CONSULTAS JURIDICAS

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron analizados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, con base en la revisión realizada por el Departamento Consultivo, el cual emite su opinión sobre la legalidad de los actos de la Jefatura de Servicios Jurídicos de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos a solicitud del área contratante, del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Michoacán, a solicitud de la unidad administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró con el número: 2024/ 217 / S4M0026. La revisión jurídica se efectuó, sin prejuzgar sobre la justificación, procedimiento, términos y condiciones de la contratación, ni del resultado de la investigación de mercado correspondiente, ni se realiza sobre la procedencia y/o viabilidad de los aspectos técnicos, económicos y demás circunstancias que determinaron procedentes las áreas requerientes, técnicas y/o contratantes.





Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

#### VIGÉSIMA CUARTA. RESCISIÓN.

"EL INSTITUTO" podrá en cualquier momento rescindir administrativamente el presente contrato y hacer efectiva la fianza de cumplimiento, cuando "EL PROVEEDOR" incurra en incumplimiento de sus obligaciones contractuales, sin necesidad de acudir a los tribunales competentes en la materia, por lo que, de manera enunciativa, más no limitativa, se entenderá por incumplimiento:

- a) La contravención a los términos pactados para la prestación de los servicios, establecidos en el presente contrato.
- b) Si transfiere en todo o en parte las obligaciones que deriven del presente contrato a un tercero ajeno a la relación contractual.
- c) Si cede los derechos de cobro derivados del contrato, sin contar con la conformidad previa y por escrito de "EL INSTITUTO".
- d) Si suspende total o parcialmente y sin causa justificada la prestación de los servicios del presente contrato.
- e) Si no se realiza la prestación de los servicios en tiempo y forma conforme a lo establecido en el presente contrato y sus respectivos anexos.
- f) Si no proporciona a los Órganos de Fiscalización, la información que le sea requerida con motivo de las auditorías, visitas e inspecciones que realicen.
- g) Si es declarado en concurso mercantil, o por cualquier otra causa distinta o análoga que afecte su patrimonio.
- h) Si se comprueba la falsedad de alguna manifestación, información o documentación proporcionada para efecto del presente contrato;
- i) En general, incurra en incumplimiento total o parcial de las obligaciones que se estipulen en el presente contrato y sus anexos o de las disposiciones de la "LAASSP" y su Reglamento.
- j) Cuando "EL PROVEEDOR" y/o su personal, impidan el desempeño normal de labores de "EL INSTITUTO";
- k) Si no entrega dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha de firma del presente contrato, la garantía de cumplimiento del mismo.
- l) Si la suma de las penas convencionales o las deducciones al pago, igualan el monto total de la garantía de cumplimiento del contrato y/o alcanzan el 20% (veinte por ciento) del monto total de este contrato cuando no se haya requerido la garantía de cumplimiento.
- m) Si divulga, transfiere o utiliza la información que conozca en el desarrollo del cumplimiento del objeto del presente contrato, sin contar con la autorización de "EL INSTITUTO" en los términos de lo dispuesto en la CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES del presente instrumento jurídico.

Para el caso de optar por la rescisión del contrato, "EL INSTITUTO" comunicará por escrito a "EL PROVEEDOR" el incumplimiento en que haya incurrido, para que en un término de 5 (cinco) días hábiles

SGR

OFICINA DE CONTRATOS

"Este instrumento jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala"

Página | 13



GOBIERNO DE  
MEXICO  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA  
JEFATURA DE SERVICIOS JURÍDICOS  
OFICINA DE CONTRATOS, CONVENIOS Y CONSULTAS JURÍDICAS

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron analizados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, con base en la revisión realizada por el Departamento Consultivo, en cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 7.1.3.1, párrafo 9, del Manual de Organización de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos, a solicitud del área contratante, del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Michoacán, a solicitud de la unidad administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró con el número: MICH/JJS/JDC/ SUMINISTRO /2024/ 217 / S4M0026. La revisión jurídica se efectuó, sin prejuzgar sobre la justificación, procedimiento, términos de referencia de la adquisición ni el resultado de la investigación de mercado correspondiente ni se realizó sobre los aspectos técnicos, económicos y demás circunstancias que determinaron procedentes las áreas requerientes, técnicas y/o contratantes.

@fue



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACAN  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO**

**Número de Contrato Interno  
050GYR033N2224-072-00  
Número de Contrato SAI  
S4M0026**

contados a partir del día siguiente de la notificación, exponga lo que a su derecho convenga y aporte en su caso las pruebas que estime pertinentes.

Transcurrido dicho término **"EL INSTITUTO"**, en un plazo de 15 (quince) días hábiles siguientes, tomando en consideración los argumentos y pruebas que hubiere hecho valer **"EL PROVEEDOR"**, determinará de manera fundada y motivada dar o no por rescindido el contrato, y comunicará a **"EL PROVEEDOR"** dicha determinación dentro del citado plazo.

Cuando se rescinda el contrato, se formulará el finiquito correspondiente, a efecto de hacer constar los pagos que deba efectuar **"EL INSTITUTO"** por concepto del contrato hasta el momento de rescisión, o los que resulten a cargo de **"EL PROVEEDOR"**.

Iniciado un procedimiento de conciliación **"EL INSTITUTO"** podrá suspender el trámite del procedimiento de rescisión.

Si previamente a la determinación de dar por rescindido el contrato se realiza la prestación de los servicios, el procedimiento iniciado quedará sin efecto, previa aceptación y verificación de **"EL INSTITUTO"** de que continúa vigente la necesidad de la prestación de los servicios, aplicando, en su caso, las penas convencionales correspondientes.

**"EL INSTITUTO"** podrá determinar no dar por rescindido el contrato, cuando durante el procedimiento advierta que la rescisión del mismo pudiera ocasionar algún daño o afectación a las funciones que tiene encomendadas. En este supuesto, **"EL INSTITUTO"** elaborará un dictamen en el cual justifique que los impactos económicos o de operación que se ocasionarían con la rescisión del contrato resultarían más inconvenientes.

De no rescindirse el contrato, **"EL INSTITUTO"** establecerá con **"EL PROVEEDOR"**, otro plazo, que le permita subsanar el incumplimiento que hubiere motivado el inicio del procedimiento, aplicando las sanciones correspondientes. El convenio modificatorio que al efecto se celebre deberá atender a las condiciones previstas por los dos últimos párrafos del artículo 52 de la **"LAASSP"**.

No obstante, de que se hubiere firmado el convenio modificatorio a que se refiere el párrafo anterior, si se presenta de nueva cuenta el incumplimiento, **"EL INSTITUTO"** quedará expresamente facultada para optar por exigir el cumplimiento del contrato, o rescindirlo, aplicando las sanciones que procedan.

Si se llevara a cabo la rescisión del contrato, y en el caso de que a **"EL PROVEEDOR"** se le hubieran entregado pagos progresivos, éste deberá de reintegrarlos más los intereses correspondientes, conforme a lo indicado en el artículo 51, párrafo cuarto, de la **"LAASSP"**.

Los intereses se calcularán sobre el monto de los pagos progresivos efectuados y se computarán por días naturales desde la fecha de su entrega hasta la fecha en que se pongan efectivamente las cantidades a disposición de **"EL INSTITUTO"**.

#### **VIGÉSIMA QUINTA. RELACIÓN Y EXCLUSIÓN LABORAL.**

**"EL PROVEEDOR"** reconoce y acepta ser el único patrón de todos y cada uno de los trabajadores que intervienen en la prestación del servicio, deslindando de toda responsabilidad a **"EL INSTITUTO"** respecto de cualquier reclamo que en su caso puedan efectuar sus trabajadores, sea de índole laboral, fiscal o de seguridad social y en ningún caso se le podrá considerar patrón sustituto, patrón solidario, beneficiario o intermediario.

**"EL PROVEEDOR"** asume en forma total y exclusiva las obligaciones propias de patrón respecto de cualquier relación laboral, que el mismo contraiga con el personal que labore bajo sus órdenes o intervenga o contrate para la atención de los asuntos encomendados por **"EL INSTITUTO"**, así como en

SGR

OFICINA DE CONTRATOS

"Este instrumento jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala"

Página | 14



GOBIERNO DE MEXICO  
ORGANO DE OPERACION ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA  
JEFATURA DE SERVICIOS JURIDICOS  
OFICINA DE CONTRATOS, CONVENCIONES Y CONSULTAS JURIDICAS

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron analizados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, con base en la revisión realizada por el Departamento Consultivo en cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 7.1.3.1, párrafo 9, del Manual de Organización de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos, a solicitud del área de Organización y Control de Servicios Administrativos Desconcentrada Regional Michoacán, a solicitud de la unidad administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró con el número: /2024/ 217 / S4M0026 MICH/JJS/JDC/ SUMINISTRO

La revisión jurídica se efectuó, sin prejuzgar sobre la justificación, procedimiento, términos y condiciones de la contratación, ni del resultado de la investigación de mercado correspondiente, así como la idoneidad, solvencia y/o viabilidad de los aspectos técnicos, económicos y demás circunstancias que determinaron procedentes las áreas requeridas, técnicas y/o contratantes.

*@fce*



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACAN  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO**

**Número de Contrato Interno  
050GYR033N2224-072-00  
Número de Contrato SAI  
S4M0026**

la ejecución de los servicios.

Para cualquier caso no previsto, "EL PROVEEDOR" exige expresamente a "EL INSTITUTO" de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal o de cualquier otra especie que en su caso pudiera llegar a generarse, relacionado con el presente contrato.

Para el caso que, con posterioridad a la conclusión del presente contrato, "EL INSTITUTO" reciba una demanda laboral por parte de trabajadores de "EL PROVEEDOR", en la que se demande la solidaridad y/o sustitución patronal a "EL INSTITUTO", "EL PROVEEDOR" queda obligado a dar cumplimiento a lo establecido en la presente cláusula.

**VIGÉSIMA SEXTA. DISCREPANCIAS.**

"LAS PARTES" convienen que, en caso de discrepancia entre la convocatoria a la licitación pública, la invitación a cuando menos tres personas, o la solicitud de cotización y el modelo de contrato, prevalecerá lo establecido en la convocatoria, invitación o solicitud respectiva, de conformidad con el artículo 81, fracción IV, del Reglamento de la "LAASSP".

**VIGÉSIMA SÉPTIMA. CONCILIACIÓN.**

"LAS PARTES" acuerdan que para el caso de que se presenten desavenencias derivadas de la ejecución y cumplimiento del presente contrato podrán someterse al procedimiento de conciliación establecido en los artículos 77, 78 y 79 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 126 al 136 de su Reglamento.

**VIGÉSIMA OCTAVA. DOMICILIOS.**

"LAS PARTES" señalan como sus domicilios legales para todos los efectos a que haya lugar y que se relacionan en el presente contrato, los que se indican en el apartado de Declaraciones, por lo que cualquier notificación judicial o extrajudicial, emplazamiento, requerimiento o diligencia que en dichos domicilios se practique, será enteramente válida, al tenor de lo dispuesto en el Título Tercero del Código Civil Federal.

**VIGÉSIMA NOVENA. LEGISLACIÓN APLICABLE.**

"LAS PARTES" se obligan a sujetarse estrictamente para la prestación de los servicios objeto del presente contrato a todas y cada una de las cláusulas que lo integran, sus anexos que forman parte integral del mismo, a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento; Código Civil Federal; Ley Federal de Procedimiento Administrativo, Código Federal de Procedimientos Civiles; Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento.

**TRIGÉSIMA. JURISDICCIÓN.**

"LAS PARTES" convienen que, para la interpretación y cumplimiento de este contrato, así como para lo no previsto en el mismo, se someterán a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Federales en la Ciudad de **Morelia, Michoacán**, renunciando expresamente al fuero que pudiera corresponderles en razón de su domicilio actual o futuro.

**FIRMANTES O SUSCRIPCIÓN.**

Previa lectura y debidamente enteradas "LAS PARTES" del contenido, alcance y fuerza legal del presente contrato, en virtud de que se ajusta a la expresión de su libre voluntad y que su consentimiento

SGR

OFICINA DE CONTRATOS

Página | 15

"Este instrumento jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala"

GOBIERNO DE MEXICO  
 ORGANISMO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCENTRALIZADA  
 DEPARTAMENTO CONSULTIVO  
 JEFATURA DE SERVICIOS JURIDICOS  
 OFICINA DE CONSULTAS JURIDICAS  
 Los aspectos jurídicos del presente documento fueron analizados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, con base en la revisión realizada por el Departamento Consultivo en cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 7.1.3.1. párrafo 9, del Manual de Organización de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos, a solicitud del Área de Asesoría Jurídica del Organismo de Operación Administrativa Descentralizada Regional Michoacán, a fin de validar la validez jurídica de la solicitud de contratación. En consecuencia, se registró con el número: /2024/ 217 / S4M0026  
 MICH/JS/JDC/ SUMINISTRO  
 La revisión jurídica se efectuó, sin prejuzgar sobre la justificación, procedimiento, términos y condiciones de la contratación, ni del resultado de la investigación de hechos y circunstancias que motivaron la procedencia y/o viabilidad de los aspectos técnicos, económicos y demás circunstancias que determinaron procedentes las áreas requerientes, técnicas y/o contratantes.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCENCRADA REGIONAL MICHOACAN  
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO**

**Número de Contrato Interno  
 050GYR033N2224-072-00  
 Número de Contrato SAI  
 S4M0026**

no se encuentra afectado por dolo, error, mala fe, ni otros vicios de la voluntad, lo firman y ratifican en todas sus partes, por cuadruplicado, en la **Ciudad de Morelia, Michoacán**, el **23 de Febrero del 2024**, quedando un ejemplar en poder de "EL PROVEEDOR" y los restantes en poder de "EL INSTITUTO".

**POR: "EL INSTITUTO"**  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
 De conformidad con el artículo 144 fracción I y XXIII del  
 Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social

  
**DR. JOSÉ MIGUEL ÁNGEL VAN-DICK PUGA**  
 Titular del Órgano de Operación  
 Administrativa Desconcentrada  
 Regional Michoacán  
 R.F.C.: [REDACTED]

**POR: "EL INSTITUTO"**  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
 De conformidad con el artículo 84 penúltimo párrafo del RLAASSP y numeral 5.3.15 de las Políticas, Bases y  
 Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios  
**ADMINISTRADOR DEL CONTRATO**

  
**DRA. MARIA LETICIA HERNÁNDEZ URIBE**  
 Coordinadora de Prevención y Atención a la Salud  
 R.F.C.: [REDACTED]

**POR: "EL INSTITUTO"**  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
 Por el área contratante en los términos del artículo 2 fracción I, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones,  
 Arrendamientos y Servicios del Sector Público

  
**L.I. SERGIO RAFAEL ABREGO GARCÍA**  
 Titular de la Coordinación  
 de Abastecimiento y Equipamiento  
 R.F.C.: [REDACTED]

SE CANCELAN DATOS PERSONALES DE PERSONA(S) FÍSICAS IDENTIFICABLE(S) TALES COMO:  
 RFC POR CONSIDERARSE INFORMACIÓN CUYA DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR A LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA,  
 DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 113 FRACCIÓN I Y 118 DE LA  
 LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 09-mayo-2016



GOBIERNO DE MEXICO  
 ORGANISMO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCENCRADA REGIONAL EN MICHOACAN  
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 DEPARTAMENTO CONSULTIVO  
 OFICINA DE CONTRATOS, CONVENIOS Y CONSULTAS JURIDICAS

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron analizados por la Jefatura de Asesoría Jurídica del Organismo de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Michoacán, a solicitud de la unidad administrativa responsable del mismo. En cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 7.1.3.1 párrafo 9 del Manual de Organización de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos, a solicitud del área contratante, del Organismo de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Michoacán, a solicitud de la unidad administrativa responsable del mismo. En cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 217 del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social (RIS) y el numeral 217 del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social (RIS). La revisión jurídica se efectuó, sin perjuicio de la justificación, procedimiento, términos y condiciones de la contratación, ni del resultado de la investigación de mercado correspondiente, ni se realiza sobre la procedencia y/o viabilidad de los aspectos jurídicos/contractuales/contables/contingencias que determinaron precedentes las áreas requeridas, técnicas y/o contratantes.

SGR

Página | 16

OFICINA DE CONTRATOS  
 "Este instrumento jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala"



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACAN  
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Número de Contrato Interno  
 050GYR033N2224-072-00  
 Número de Contrato SAI  
 S4M0026

POR: "EL PROVEEDOR"  
 CDC de Uruapan, S.A. DE C.V.  
 R.F.C.: CUR101108NZ0

*@py*  
*Carlos Alejandro Troyo Escobedo*  
**DR. CARLOS ALEJANDRO TROYO ESCOBEDO**  
 Representante Legal

LAS FIRMAS QUE ANTECEDEN, FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE ADQUISICIÓN DE: "SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS PARTIDA 2 (RESONANCIA MAGNÉTICA) PARA LAS UNIDADES MÉDICAS: HGZ 8 URUAPAN, HGSZ 9 APATZINGÁN, HGZ MF 12 LÁZARO CÁRDENAS, HGSZMF 24 PEDERNALES Y LA PARTIDA 12 (ESTUDIOS DE NEUROLOGÍA) PARA EL HGZ 8 URUAPAN" DEL RÉGIMEN ORDINARIO PERTENECIENTES AL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACÁN PARA EL EJERCICIO FISCAL 2024, A FIN DE CUBRIR NECESIDADES DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACÁN, PARA EL EJERCICIO 2024, CELEBRADO ENTRE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y LA EMPRESA DENOMINADA CDC DE URUAPAN, S.A. DE C.V., EN SU CALIDAD DE PROVEEDOR.



GOBIERNO DE MEXICO  
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ORGANISMO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACÁN  
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 OFICINA DE CONTRATOS, CONVENIOS Y CONTRATOS JURÍDICOS

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron analizados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, con base en la revisión realizada por el Departamento Consultivo, el cual se encuentra en el numeral 3.1 del Manual de Procedimientos del Organismo de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Michoacán, a solicitud de la unidad administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró con el número: **12024/ 217 / S4M0026** en el Sistema de Registro de Contratos, sin perjuicio de la investigación, procedimiento y condiciones de la contratación ni del resultado de la investigación de mercado correspondiente, ni se realiza sobre la procedencia y/o viabilidad de los aspectos técnicos, económicos y demás circunstancias que determinaron procedentes las áreas requeridas, técnicas y/o contractuales.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACAN  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Número de Contrato Interno  
050GYR033N2224-072-00  
Número de Contrato SAI  
S4M0026

## **Anexo Uno (1)**

### **“Dictámenes de Disponibilidad Presupuestales Previos”**

SGR

OFICINA DE CONTRATOS  
“Este instrumento jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos  
correspondientes al procedimiento de contratación que se señala”

**ANEXOS**  
Página |   
**Oficina de Contratos**

SIN TEXTO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCION DE FINANZAS**  
**UNIDAD DE OPERACIÓN FINANCIERA**  
**DELEGACIÓN Michoacan**  
**DICTAMEN DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO**

FOLIO: 0000027263-2024

Dictamen de Inversión

Dictamen de Gasto

Dependencia Solicitante: 17 Michoacan  
179001 Oficina del OOAD MICHUACAN  
250100 Coordinacion de Soporte Médico

Concepto: MEDICO 161 Oficio 0045 de fecha 22-enero-2024

Fecha Elaboración: 23/01/2024

Total Comprometido (en pesos): \$ 435,595.34  
 Cuenta: 42062106 SUBROGACION DE SERV.S DIAG.LAB. Unidad de Información: 170101 Centro de Costos: 200223  
 Partida Presupuestaria SHCP: 33901 Subcontratación de servicios con terceros

COMPROMETIDO MENSUAL (en miles de pesos)											
ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	35.6	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0
RESUMIBLE (en miles de pesos)											
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	839.4	775.0	775.0	775.0	775.0	0.0	0.0

El presente documento de existencia de respaldo presupuestario se emite en términos de lo señalado en el numeral 7.5.9.4 de la Norma Presupuestaria del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y de lo establecido en el artículo 8º, 144 y 148 del Reglamento Interior del IMSS, es responsabilidad del área solicitante el destino y aplicación de los recursos. También se informa que este documento únicamente tendrá validez para el ejercicio fiscal en curso, y que con base en la revisión que se efectuó en el Sistema Financiero PRE-Milenium, en el Módulo de Control de Compromisos, en la combinación unidad de información y centro de costos, los montos señalados quedan comprometidos para dar inicio a las gestiones de adquisición de bienes y servicios con base al marco normativo vigente.

ATENTAMENTE

Michoacan

MANCILLA APASTILLADO ALEJANDRA

DÍA	MES	AÑO

DICTAMINADO DEFINITIVO

**DICTAMEN DEFINITIVO**

CONTRATO No. \_\_\_\_\_

IMPORTE DEFINITIVO (EN PESOS) : \$ \_\_\_\_\_ .00

Clave: 6170-009-001

**ANEXOS**  
 Oficina de Contratos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCION DE FINANZAS  
UNIDAD DE OPERACIÓN FINANCIERA  
DELEGACIÓN Michoacán

ANEXO A: DETALLE DE LINEAS DEL DICTAMEN

Fecha Ejec: 23-JAN-2024

Hora: 02:02 PM

ID Reporte: IMKK004

No. Pag 2 / 2

UN: IMSSR

NRO DICTAMEN: 0000027263-2024

FECHA DICTAMEN: 23/01/2024

Nro Línea	Cuenta Contable	Centro de Costo	Unidad de Explotación	Unidad de Información	Proyecto	Fecha de Presupuesto	Importe Original	Importe Definitivo
1	42062106	200223	17	170101	N/A	01/06/2024	35,595.34	35,595.34
2	42082106	200223	17	170101	N/A	01/07/2024	100,000.00	100,000.00
3	42062106	200223	17	170101	N/A	01/08/2024	100,000.00	100,000.00
4	42082106	200223	17	170101	N/A	01/09/2024	100,000.00	100,000.00
5	42062106	200223	17	170101	N/A	01/10/2024	100,000.00	100,000.00
<b>TOTALES</b>							<b>435,595.34</b>	<b>435,595.34</b>

**ANEXOS**  
Oficina de Contratos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCION DE FINANZAS  
UNIDAD DE OPERACIÓN FINANCIERA  
DELEGACIÓN Michoacan

DICTAMEN DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO

FOLIO: 0000027264-2024

Dictamen de Inversión

Dictamen de Gasto

Dependencia Solicitante: 17 Michoacan

179001 Oficina del OOAD MICHOCAN

250100 Coordinación de Soporte Médico

Concepto: MEDICO 162 Oficio 0046 de fecha 22-enero-2024

Fecha Elaboración: 23/01/2024

Total Comprometido (en pesos): \$ 235,926.59  
Cuenta: 42062106 SUBROGACION DE SERVS.DIAG.LAB. Unidad de Información: 170203 Centro de Costos: 200223  
Partida Presupuestaria SHCP: 33901 Subcontratación de servicios con terceros

COMPROMETIDO MENSUAL (en miles de pesos)												
ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
0.0	0.0	0.0	0.0	10.9	75.0	75.0	75.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
DISPONIBILIDAD (en miles de pesos)												
0.0	0.0	0.0	0.0	184.1	0.0	0.0	7.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

El presente documento de existencia de respaldo presupuestario se emite en términos de lo señalado en el numeral 7.5.9.4 de la Norma Presupuestaria del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y de lo establecido en el artículo 8º, 144 y 148 del Reglamento Interior del IMSS, es responsabilidad del área solicitante el destino y aplicación de los recursos. También se informa que este documento únicamente tendrá validez para el ejercicio fiscal en curso, y que con base en la revisión que se efectuó en el Sistema Financiero PREI-Milenium, en el Módulo de Control de Compromisos, en la combinación unidad de información y centro de costos, los montos señalados quedan comprometidos para dar inicio a las gestiones de adquisición de bienes y servicios con base al marco normativo vigente.

ATENTAMENTE  
*[Signature]*  
Michoacan

*[Signature]*  
MANCILLA APASTILLADO ALEJANDRA

DIA	MES	AÑO

DICTAMINADO DEFINITIVO

DICTAMEN DEFINITIVO

CONTRATO No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IMPORTE DEFINITIVO (EN PESOS) : \$ \_\_\_\_\_ .00

Clave: 8170-008-001

**ANEXOS**  
Oficina de Contratos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE FINANZAS  
UNIDAD DE OPERACIÓN FINANCIERA  
DELEGACIÓN Michoacan  
ANEXO A: DETALLE DE LINEAS DEL DICTAMEN

Fecha Ejec: 23-JAN-2024  
Hora: 02:02 PM  
ID Reporte: IMKK004  
No. Pag 2 / 2

UN: IMSSR

NRO DICTAMEN: 0000027264-2024

FECHA DICTAMEN: 23/01/2024

Nro línea	Cuenta Contable	Centro de Costo	Unidad de Explotación	Unidad de Información	Proyecto	Fecha de Presupuesto	Importe Original	Importe Definitivo
1	42062106	200223	17	170203	N/A	01/05/2024	10,926.59	10,926.59
2	42062106	200223	17	170203	N/A	01/06/2024	75,000.00	75,000.00
3	42062106	200223	17	170203	N/A	01/07/2024	75,000.00	75,000.00
4	42062106	200223	17	170203	N/A	01/08/2024	75,000.00	75,000.00
<b>TOTALES</b>							<b>235,926.59</b>	<b>235,926.59</b>

ANEXOS  
Oficina de Contratos



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCION DE FINANZAS**  
**UNIDAD DE OPERACIÓN FINANCIERA**  
**DELEGACIÓN Michoacan**  
**DICTAMEN DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO**

FOLIO: 0000027265-2024

Dictamen de Inversión

Dictamen de Gasto

Dependencia Solicitante: 17 Michoacan

179001 Oficina del OOAD MICHUACAN

250100 Coordinacion de Soporte Médico

Concepto: MEDICO 163 Oficio 0047 de fecha 22-enero-2024

Fecha Elaboración: 23/01/2024

Total Comprometido (en pesos): \$ 54,904.59  
 Cuenta: 42062106 SUBROGACION DE SERVVS.DIAG.LAB. Unidad de Información: 170401 Centro de Costos: 200223  
 Partida Presupuestaria SHCP: 33901 Subcontratación de servicios con terceros

COMPROMETIDO MENSUAL (en miles de pesos)												
ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
0.0	0.0	0.0	14.1	10.0	10.0	10.0	10.0	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
DISPONIBLE (en miles de pesos)												
0.0	0.0	0.0	69.6	55.0	55.0	55.0	45.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

El presente documento de existencia de respaldo presupuestario se emite en términos de lo señalado en el numeral 7.5.9.4 de la Norma Presupuestaria del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y de lo establecido en el artículo 8°, 144 y 148 del Reglamento Interior del IMSS, es responsabilidad del área solicitante el destino y aplicación de los recursos. También se informa que este documento únicamente tendrá validez para el ejercicio fiscal en curso, y que con base en la revisión que se efectuó en el Sistema Financiero PREI-Millennium, en el Módulo de Control de Compromisos, en la combinación unidad de información y centro de costos, los montos señalados quedan comprometidos para dar inicio a las gestiones de adquisición de bienes y servicios con base al marco normativo vigente.

MENTAMENTE

*[Handwritten Signature]*  
 Michoacan

*[Handwritten Initials]*

MANCILLA APASTILLADO ALEJANDRA

DIA	MES	AÑO

DICTAMINADO DEFINITIVO

**DICTAMEN DEFINITIVO**

CONTRATO No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IMPORTE DEFINITIVO (EN PESOS): \$ \_\_\_\_\_ .00

Clave: 6170-009-001

**ANEXOS**  
 Oficina de Contratos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE FINANZAS  
UNIDAD DE OPERACIÓN FINANCIERA  
DELEGACIÓN Michoacan  
ANEXO A: DETALLE DE LINEAS DEL DICTAMEN

Fecha Ejec: 23-JAN-2024  
Hora: 02:02 PM  
ID Reporte: IMKK004  
No. Pag 2 / 2

UN: IMSSR

NRO DICTAMEN: 0000027266-2024

FECHA DICTAMEN: 23/01/2024

Nro Línea	Cuenta Contable	Centro de Costo	Unidad de Explotación	Unidad de Información	Proyecto	Fecha de Presupuesto	Importe Original	Importe Definitivo
1	42062106	200223	17	170403	N/A	01/04/2024	6,165.28	6,165.28
2	42062106	200223	17	170403	N/A	01/05/2024	10,000.00	10,000.00
3	42062106	200223	17	170403	N/A	01/06/2024	10,000.00	10,000.00
4	42062106	200223	17	170403	N/A	01/07/2024	10,000.00	10,000.00
5	42062106	200223	17	170403	N/A	01/08/2024	10,000.00	10,000.00
6	42062106	200223	17	170403	N/A	01/09/2024	10,000.00	10,000.00
TOTALES							56,165.28	56,165.28

ANEXOS  
Oficina de Contratos



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCION DE FINANZAS**  
**UNIDAD DE OPERACIÓN FINANCIERA**  
**DELEGACIÓN Michoacan**  
**DICTAMEN DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO**

FOLIO: 000027266-2024

Dictamen de Inversión  
 Dictamen de Gasto

Dependencia Solicitante: 17 Michoacan  
179001 Oficina del OOAD MICHOCACAN  
250100 Coordinación de Soporte Médico

Concepto: MEDICO 164 Oficio 004B de fecha 22-enero-2024

Fecha Elaboración: 23/01/2024

Total Comprometido (en pesos): \$ 56,165.28  
 Cuenta: 42062106 SUBROGACION DE SERV.S DIAG.LAB. Unidad de Información: 170403 Centro de Costos: 200223  
 Partida Presupuestaria SHCP: 33901 Subcontratación de servicios con terceros

COMPROMETIDO MENSUAL (en miles de pesos):												
ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
0.0	0.0	0.0	6.2	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0
DISPONIBLE (en miles de pesos):												
0.0	0.0	0.0	43.3	39.5	19.5	19.5	19.5	19.5	0.0	0.0	0.0	0.0

El presente documento de existencia de respaldo presupuestario se emite en términos de lo señalado en el numeral 7.5.9.4 de la Norma Presupuestaria del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y de lo establecido en el artículo 8°, 144 y 148 del Reglamento Interior del IMSS, es responsabilidad del área solicitante el destino y aplicación de los recursos. También se informa que este documento únicamente tendrá validez para el ejercicio fiscal en curso, y que con base en la revisión que se efectuó en el Sistema Financiero PRE-Millennium, en el Módulo de Control de Compromisos, en la combinación unidad de información y centro de costos, los montos señalados quedan comprometidos para dar inicio a las gestiones de adquisición de bienes y servicios con base al marco normativo vigente.

ATENTAMENTE  
  
 Michoacan

MANCILLA APASTILLADO ALEJANDRA

DIA	MES	AÑO

DICTAMINADO DEFINITIVO

DICTAMEN DEFINITIVO

CONTRATO No. \_\_\_\_\_

IMPORTE DEFINITIVO (EN PESOS): \$ \_\_\_\_\_ .00

Clave: 6170-009-001

ANEXOS

Oficina de Contratos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE FINANZAS  
UNIDAD DE OPERACIÓN FINANCIERA  
DELEGACIÓN Michoacan  
ANEXO A: DETALLE DE LINEAS DEL DICTAMEN

Fecha Ejec: 23-JAN-2024  
Hora: 02:02 PM  
ID Reporte: IMKK004  
No. Pag 2 / 2

UN: IMSSR

NRO DICTAMEN: 0000027266-2024

FECHA DICTAMEN: 23/01/2024

Nro Linea	Cuenta Contable	Centro de Costo	Unidad de Explotación	Unidad de Información	Proyecto	Fecha de Presupuesto	Importe Original	Importe Definitivo
1	42062106	200223	17	170403	N/A	01/04/2024	6,165.28	6,165.28
2	42062106	200223	17	170403	N/A	01/05/2024	10,000.00	10,000.00
3	42062106	200223	17	170403	N/A	01/06/2024	10,000.00	10,000.00
4	42062106	200223	17	170403	N/A	01/07/2024	10,000.00	10,000.00
5	42062106	200223	17	170403	N/A	01/08/2024	10,000.00	10,000.00
6	42062106	200223	17	170403	N/A	01/09/2024	10,000.00	10,000.00
TOTALES							56,165.28	56,165.28

**ANEXOS**  
Oficina de Contratos



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCION DE FINANZAS**  
**UNIDAD DE OPERACIÓN FINANCIERA**  
**DELEGACIÓN Michoacan**  
**DICTAMEN DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO**

FOLIO: 0000027278-2024

Dictamen de Inversión

Dictamen de Gasto

Dependencia Solicitante: 17 Michoacan

179001 Oficina del OOAD MICHUACAN

250100 Coordinacion de Soporte Médico

Concepto: MEDICO 176 Oficio 0060 de fecha 22-enero-2024

Fecha Elaboración: 23/01/2024

Total Comprometido (en pesos): \$ 35,022.89  
 Cuenta: 42062108 SUBROGACION DE SERV.SDIAG.LAB. Unidad de Información: 170101 Centro de Costos: 200223  
 Partida Presupuestaria SHCP: 33901 Subcontratación de servicios con terceros

COMPROMETIDO MENSUAL (en miles de pesos):												
ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
0.0	0.0	0.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	0.0	0.0	
DISPONIBLE (en miles de pesos):												
0.0	0.0	0.0	893.4	875.0	838.4	775.0	775.0	775.0	775.0	0.0	0.0	

El presente documento de existencia de respaldo presupuestario se emite en términos de lo señalado en el numeral 7.5.9.4 de la Norma Presupuestaria del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y de lo establecido en el artículo 8°, 144 y 148 del Reglamento Interior del IMSS, es responsabilidad del área solicitante el destino y aplicación de los recursos. También se informa que este documento únicamente tendrá validez para el ejercicio fiscal en curso, y que con base en la revisión que se efectuó en el Sistema Financiero PREI-Millennium, en el Módulo de Control de Compromisos, en la combinación unidad de información y centro de costos, los montos señalados quedan comprometidos para dar inicio a las gestiones de adquisición de bienes y servicios con base al marco normativo vigente.

ATENTAMENTE

*[Firma]*  
Michoacan

*[Firma]*  
**MANCILLA APASTILLADO ALEJANDRA**

DIA	MES	AÑO
DICTAMINADO DEFINITIVO		

**DICTAMEN DEFINITIVO**

CONTRATO No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IMPORTE DEFINITIVO (EN PESOS): \$ \_\_\_\_\_ .00

Clave: 6170-009-001

**ANEXOS**  
Oficina de Contratos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCION DE FINANZAS  
UNIDAD DE OPERACIÓN FINANCIERA  
DELEGACIÓN Michoacan

ANEXO A: DETALLE DE LINEAS DEL DICTAMEN

Fecha Ejec: 23-JAN-2024  
Hora: 02:07 PM  
ID Reporte: IMKK004  
No. Pag 2 / 2

UN: IMSSR

NRO DICTAMEN: 0000027278-2024

FECHA DICTAMEN: 23/01/2024

Nro Linea	Cuenta Contable	Centro de Costo	Unidad de Explotación	Unidad de Información	Proyecto	Fecha de Presupuesto	Importe Original	Importe Definitivo
1	42062106	200223	17	170101	N/A	01/04/2024	5,022.89	5,022.89
2	42062106	200223	17	170101	N/A	01/05/2024	5,000.00	5,000.00
3	42062106	200223	17	170101	N/A	01/06/2024	5,000.00	5,000.00
4	42062106	200223	17	170101	N/A	01/07/2024	5,000.00	5,000.00
5	42062106	200223	17	170101	N/A	01/08/2024	5,000.00	5,000.00
6	42062106	200223	17	170101	N/A	01/09/2024	5,000.00	5,000.00
7	42062106	200223	17	170101	N/A	01/10/2024	5,000.00	5,000.00
<b>TOTALES</b>							<b>35,022.89</b>	<b>35,022.89</b>

**ANEXOS**  
Oficina de Contratos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACAN  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Número de Contrato Interno  
050GYR033N2224-072-00  
Número de Contrato SAI  
S4M0026

## Anexo Dos (2)

### “Anexo Técnico, Términos y Condiciones”

SGR

OFICINA DE CONTRATOS

\*Este instrumento jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala\*

**ANEXOS**  
Página | 19  
**Oficina de Contratos**

SIN TEXTO

ANEXO TECNICO  
SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS, AUXILIARES DE DIAGNOSTICO, LABORATORIO Y ATENCION MEDICA SUBROGADA  
PARA LAS UNIDADES MEDICAS DEL ORGANISMO DE OPERACION ADMINISTRATIVA DESCENTRALIZADA REGIONAL  
MICHOACAN PARA EJERCER DE LA EMISION DEL FALLO AL 31 DICIEMBRE 2024.

a) Descripción amplia y detallada de los bienes a adquirir o arrendar o servicios solicitados, características, especificaciones técnicas, unidad de medida, y en su caso equipos, consumibles y accesorios asociados a la contratación de los bienes requeridos, cantidades por partida, indicando en todos los casos las correspondientes claves SA, PREI Millenium (en el caso de bienes terapéuticos se debe indicar las claves del CBI de Insumos para la Salud o la del Compendio Nacional de Insumos para la Salud; en caso de bienes de consumo, la clave del CGA; y para Servicios Médicos Integrales, la clave del CSMI). En todo caso, los bienes y servicios materia del requerimiento, deben incluir la clave CUCOP que le corresponda.

El Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Michoacán de acuerdo a su estructura no cuenta con suficientes servicios médicos de apoyo al diagnóstico o recursos equivalentes para resolver la demanda de servicios con la oportunidad, calidad requerida y seguridad, tomando en cuenta los criterios de urgencia, pertinencia técnico médica, capacidad resolutive, accesibilidad, distancia, tiempo de recorrido y costo efectividad para satisfacer las necesidades médicas de sus usuarios por lo cual debe recurrir a la contratación de Servicios Médicos Subrogados de acuerdo a la norma que establece las disposiciones generales y criterios técnico médicos para la planeación, contratación, obtención y control de los servicios subrogados de atención médica 2000-001-006, incluyendo 12 (doce) partidas de subrogación. Priorizando la atención del servicio médico y/o subrogado en la premisa de salud, cuando se corra riesgo de perder un órgano, la función o la vida y que requiera atención inmediata.

Los Servicios Médicos Subrogados deberán ser una alternativa para que las Unidades Médicas den respuesta oportuna a las demandas de atención médica, mediante la contratación de servicios otorgados por un tercero. La identificación de servicios a contratar deberán apegarse a las prestaciones médicas que establece la Ley del Seguro Social y su Reglamento de Servicios Médicos, se deberá justificar la necesidad de contratar servicios con base en el diagnóstico situacional del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Michoacán, de la UMAE o de la Unidad Médica y priorizando la problemática médica relevante.

Para la autorización y contratación de servicios, deberá verificarse previamente que en la Unidad Médica solicitante o en la de apoyo, no existan los medios y los recursos equivalentes para resolver el problema con la oportunidad, calidad requerida y seguridad, tomando en cuenta los criterios de: urgencia, pertinencia técnico médica, capacidad resolutive, disponibilidad presupuestal, accesibilidad, distancia y tiempo de recorrido y costo efectividad.

La contratación de servicios deberá ser coincidente con la estructura de los servicios autorizados para cada Unidad Médica y de acuerdo a su nivel de atención; y solo en caso justificable se podrá subrogar considerando los criterios mencionados en el párrafo anterior.

Estos servicios, derivado de su diversidad y de acuerdo a la infraestructura de cada zona, se deben considerar las siguientes precisiones:

- 1.- El subrogatario deberá proporcionar los resultados acorde a sus procedimientos y equipamiento para el caso los estudios debidamente interpretados y con los resultados en cd, fotográfico o acorde a lo establecido en cada una de las partidas requeridas.
- 2.- Los servicios urgentes deberán proporcionarse de manera inmediata a solicitud del instituto.



- 3.- En todos los casos deberá contar con su título, certificación, cedula profesional y cedula profesional de especialista en la materia que cada subrogatario participe.
- 4.- El subrogatario en caso de emergencia, contingencia, vacaciones, mantenimiento, descomposturas y congresos se obliga a prestar el servicio de manera continua y permanente, con la misma calidad contratada, y sin costo adicional de traslado para el instituto.
- 5.- En el caso de los estudios y tratamientos el subrogatario evitara el hacer comentarios o sugerencias ni emitir juicios de valor ni tendenciosas al paciente o familiar para afectar al instituto, y se deberá de apegar a la prescripción de los medicamentos de cuadro básico del instituto.
- 6.- En caso de toma de biopsias el subrogatario deberá de proporcionar los frascos o insumo que el considere necesario para el transporte de las muestras y las mismas deberán ser debidamente identificadas etiquetadas con todos los datos del paciente y en el medio de transporte ya sea solución o fijación de conservación de cada caso.
- 7.- Además se debe anexar cada una de las solicitudes del servicio subrogado debidamente requisitada con sello de vigencia y/o, sello digital reciente y/o impreso de pantalla (acceder) máximo diez días de otorgado con nombre, firma y matrícula de quien valido, nombre, matrícula y firma del médico que solicita, nombre, matrícula y firma del director de unidad, o firma autorizada, nombre y firma de conformidad del paciente; de igual forma se debe anexar una copia de la nota medica elaborada por el subrogatario con firma original
- 8.- Así como el proveedor entregara un control mes a mes de los servicios otorgados y será responsable del proveedor cuidar no superar los importes máximos del contrato considerando el I.V.A.
- 9.- Todos los proveedores ganadores de esta adjudicación al momento de presentar los CFDI o recibo de honorarios para pago, estas deben estar debidamente organizadas y requisitada con los servicios prestados en el mes, cada día último se entregara relación de los servicios médicos subrogados, con los siguientes datos: numero progresivo, nombre del derechohabiente, numero de afiliación, calidad del paciente atendido como asegurado o beneficiario, servicio específico que se otorgó, costo unitario del servicio, total del CFDI o recibo de honorarios, así como cumplir con los requisitos de la Solicitud de Subrogación de Servicios (formato 4-30-2/03), deberá de presentar 2 dos copias del resultado de cada uno de los estudios practicados.
- 10.- Los subrogatarios deberán tener su domicilio preferentemente en las localidades donde se encuentran las unidades médicas anotadas en el requerimiento, por lo tanto, el prestador del servicio deberá contar con instalaciones adecuadas, para realizar las actividades objeto de esta adjudicación.
- 11.- Todos los subrogatarios deberán cumplir al 100% con los requerimientos de unidad médica segura subrogada de lo contrario no podrá ser asignado el contrato.
- 12.- El personal del Instituto podrán realizar visitas de supervisión a las instalaciones asignadas en la presente adjudicación, con la finalidad de verificar que cumpla con las normas establecidas en la presente.
- 13.- En caso de complicaciones de pacientes por una técnica ineficiente del procedimiento, todos los gastos que se deriven correrán por cuenta del subrogatario asignado (traslados, hospitalización, nuevos estudios, cirugías, medicamentos, etc).
- 14.- El subrogatario se debe abstener de prestar el servicio a los pacientes que no presenten la solicitud de subrogación (4-30-2/03) o en su defecto que se presente sin la debida acreditación (firmas del director y/o subdirector médico y jefe de servicio), y sin vigencia de derechos actualizada (sello) o certificado de vigencia digital.
- 15.- El subrogatario deberá obtener listado de firmas de los directivos por unidad médica que puede autorizar la solicitud de subrogación (4-30-2/03).
- 16.- El subrogatario se debe abstener de sugerir tratamiento alterno al derechohabiente en su caso deberá hacer su propuesta por escrito dirigido al director de la unidad requiriente.
- 17.- El administrador del contrato, de acuerdo a las necesidades de las unidades y la demanda de servicios por los derechohabientes, podrá reubicar y reordenar recursos entre unidades.
- 18.- El material, instrumental médico, medicamentos y demás insumos para la prestación del servicio, serán proporcionados totalmente por el

prestador del servicio, sin costo adicional al que fue propuesto y asignado.  
 19.- El costo de material, instrumental e insumos, que el prestador del servicio utilice en demasia por mala aplicación de técnicas o mala calidad de estos, será cubierto por el prestador del servicio, por lo que el instituto no erogará cargo alguno salvo el costo del servicio solicitado, asignado y a los precios ofertados en la licitación pública nacional.  
 20.- No se podrá subcontratar el servicio  
 21.- Por cada servicio prestado, el prestador del servicio entregará invariablemente en sobre cerrado y sellado, ya sea al derechohabiente o al personal del instituto, el reporte de cada atención otorgada, mediante nota médica y resumen clínico bajo las condicionantes indicadas en la columna de observaciones y especificaciones (requisitos).  
 22.- Una vez que el proveedor haya entregado los resultados a la unidad médica o al paciente, una vez revisados por el médico tratante, en caso de que considere que no son de la calidad requerida, se le notificará al proveedor vía correo electrónico o presencial y este deberá realizarlos nuevamente de forma inmediata en un plazo no mayor a 24 horas.  
 23.- El administrador del contrato validará los servicios contratados a través del cotejo de los CFDI del proveedor con el formato 4-30-2/03 "solicitud de subrogado de servicios" y las notas médicas de atención del paciente y que estén debidamente validadas por los directivos de la unidad médica que envía, dicha verificación se realizara cada vez que el proveedor presente los CFDI.

PARTEIDA	DESCRIPCION DEL SERVICIO	CUCOP	NO. SU BP ART IDA	DESCRIPCION DE ESTUDIOS QUE INCLUYE EL SERVICIO	UNIDAD	REQUISITOS	DIAS DE SERVICIO	HORARIO	UNIDADES MEDICAS
2	RESONANCIA MAGNETICA	33900007	1	RESONANCIA MAGNETICA CRANEO SIN GADOLINEO	SESION	DEBERA CONTAR CON EL EQUIPO MEDICO E INSUMOS NECESARIOS PARA LA REALIZACION DE ESTE ESTUDIO DE DIAGNOSTICO PARA BRINDAR A NUESTROS DERECHOHABIENTES UNA ATENCION MEDICA CON OPORTUNIDAD Y CALIDAD, EL LICITANTE DEBERA ENTREGAR AL PACIENTE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO, PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO CORRECTAMENTE IDENTIFICADOS, AL TERMINO DEL MISMO, EN SOBRE CERRADO, EL LICITANTE NO PODRA PRESCRIBIR O SUGERIR TRATAMIENTO DIFERENTE AL PROPUUESTO POR EL MEDICO TRATANTE DEL INSTITUTO, SI EXISTE ALGUNA OPINION O SUGERENCIA POR PARTE DEL LICITANTE QUE REALIZO EL PROCEDIMIENTO ESTE SERA POR ESCRITO Y ENVIADO DIRECTAMENTE AL DIRECTOR O SUBDIRECTOR DE LA UNIDAD MEDICA SOLICITANTE, EL LICITANTE NO ESTA AUTORIZADO PARA PROPORCIONAR DICHA INFORMACION AL DERECHOHABIENTE, EL SERVICIO A PROPORCIONAR DEBERA SER REALIZADO DE PREFERENCIA EN LA	EMISION DEL FALLO AL DE DICIEMBRE 2024	8:00 A 20:00 HRS	8
		33900007	2	RESONANCIA MAGNETICA CRANEO CON GADOLINEO					9
		33900007	3	ANGIORESONANCIA					12
		33900007	4	ANGIORESONANCIA CEREBRAL					
		33900007	5	COLANGIORESONANCIA MAGNETICA					
		33900007	6	ANGIORESONANCIA DE CRANEO					
		33900007	7	ANGIORESONANCIA DE CRANEO CON GADOLINEO					
		33900007	8	RESONANCIA DE ENCEFALO GADOLINEO					
		33900007	9	RESONANCIA DE HIPOFISIS CON GADOLINEO					

SE MICHOACAN, PUEBLO, EL 23 DE AGOSTO DE 2024

2024 Felipe Garrillo PUERTO

33900007	10	RESONANCIA TORAXICA CON GADOLINEO	LOCALIDAD DONDE SE ENCUENTRA UBICADA LA UNIDAD MEDICA REQUIRENTE, EL DOCUMENTO QUE COMPROBARA FIDELMENTE LA RECEPCION DEL SERVICIO PRESTADO AL DERECHOHABIENTE SERA UNICAMENTE EL FORMATO (4-30-2/03), EN AQUELLOS CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE REQUIERA DE SEDACION, LOS INSUMOS Y ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA SERAN PROPORCIONADOS POR EL LICITANTE SE DEBE OTORGAR AL PACIENTE REPORTE DE ESTUDIOS E INTERVENCION EN HOJA MEMBRETADA Y FIRMADA POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA PLASMANDO EL NOMBRE NSS DEL DERECHOHABIENTE. SE DEBERA ANEXAR DISCO COMPACTO CON LAS IMAGENES DEL ESTUDIO, Y AL FINAL DE CADA MES EN LA FACTURACION DEBE LLEVAR UNA COPIA DE LA DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO.
33900007	11	RESONANCIA MAGNETICA CERVICAL	
33900007	12	RESONANCIA MAGNETICA LUMBAR	
33900007	13	RESONANCIA MAGNETICA DORSAL INCLUYENDO COLUMNA	
33900007	14	RESONANCIA MAGNETICA VIAS BILIARES	
33900007	15	RESONANCIA MAGNETICA DE SILLA TURCA	
33900007	16	RESONANCIA MAGNETICA LUMBO SACRA	
33900007	17	RESONANCIA MAGNETICA DE RODILLA	
33900007	18	RESONANCIA MAGNETICA DE CADERA	
33900007	19	RESONANCIA MAGNETICA MANO	
33900007	20	RESONANCIA MAGNETICA DE MUSLO Y PIERNA	
33900007	21	RESONANCIA MAGNETICA DE CUELLO	
33900007	22	RESONANCIA MAGNETICA DE TORAX	
33900007	23	RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN	
33900007	24	RESONANCIA MAGNETICA DE PELVIS	
33900007	25	RESONANCIA MAGNETICA DE HOMBRO	
33900007	26	RESONANCIA MAGNETICA LUMBAR CON GADOLINEO	
33900007	27	RESONANCIA MAGNETICA DE TOBILLO	
33900007	28	RESONANCIA MAGNETICA DE BRAZO	
33900007	29	ANESTESIA PARA RESONANCIA	

SE MICHOACAN, PUEBLO, EL 23 DE AGOSTO DE 2024

2024 Felipe Garrillo PUERTO

ANEXOS  
Cartera de Contratos

	33900007	30	ANGIORESONANCIA TRONCO SUPRA ORTICO					
	33900007	31	RESONANCIA CON ESPECTROMETRIA					
	33900007	32	RESONANCIA DE CAMPO ABIERTO EN CUALQUIER SEGMENTO DEL CUERPO CON GADOLINEO					
	33900007	33	RESONANCIA DE CAMPO ABIERTO EN CUALQUIER SEGMENTO DEL CUERPO SIN GADOLINEO					
4	LITOTRIPSIA INTRA Y/O EXTRACORP OREA	33900007	LITOTRIPSIA INTRACORPOREA	TRATAMIENTO	ES UN PROCEDIMIENTO QUE UTILIZA ONDAS DE CHOQUE PARA DESINTEGRAR CALCULOS EN EL RINON Y PARTES DEL URETER (EL CONDUCTO QUE LLEVA LA ORINA DE LOS RINONES A LA VESIGA). DESPUES DEL PROCEDIMIENTO, LOS DIMINUTOS PEDAZOS DE LOS CALCULOS SALEN DEL CUERPO A TRAVES DE LA ORINA. LA LECO ES UN TRATAMIENTO QUE SE REALIZA DE FORMA AMBULATORIA: EL PACIENTE LLEGA AL HOSPITAL, SE LE APLICA EL PROCEDIMIENTO Y SE VA A CASA. EL MATERIAL INSTRUMENTAL E INSUMOS QUE EL	EMISION FALLO AL 31 DE DICIEMBRE 2024	8:00 A 20:00 HRS	HGR No. 1 CHARO, HGZ 2 ZACAPU, FCZ 4 ZAMORA, HGS27 LA PIEDAD, HGZ 8 URUAPAN, HGSZ 9 APATZINGAN, HGZ MF 12 LAZARO CARDENAS, HGSZ 17 LOS

Av. Magisterio No. 1089, Cdk Centro, C. P. 60000, Ciudad Mexico  
Tel. 643327216, Ext. 0 - www.imss.gob.mx



	33900007	2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA		PRESTADOR DEL SERVICIO UTILICE SERA CUBIERTO POR EL PRESTADOR DEL SERVICIO, POR LO QUE EL INSTITUTO NO EROGARÁ CARGO ALGUNO SALVO EL COSTO DEL SERVICIO SOLICITADO ASIGNADO A LOS PRECIOS OFERTADOS. CONVIENE ACUDIR ACOMPAÑADO POR LA MEDICACION ANALGESICA Y POR TENER QUE MANTENER LA MISMA POSICION, EN OCASIONES EL PACIENTE PUEDE CONCLUIR EL TRATAMIENTO CON MOLESTIAS, MAREADO O DESORIENTADO DE MANERA TEMPORAL Y PASAJERA. EL LICITANTE DEBE CONTAR CON AREA DE RECUPERACION PARA EGRESAR AL DERECHOHABIENTE CON SEGURIDAD. EL LICITANTE DEBE CONTAR CON EL PERSONAL ESPECIALIZADO Y CON CERTIFICACION VICENTE EN UROLOGIA, ASI COMO SI SE REQUIERE QUIEN OTORQUE SEDACION Y RELAJACION, ANESTESIOLOGO TITULADO Y CON CERTIFICACION VICENTE DEBERA CONTAR CON EL EQUIPO MEDICO E INSUMOS NECESARIOS PARA LA REALIZACION DE ESTE TRATAMIENTO PARA BRINDAR A NUESTROS DERECHOHABIENTES UNA ATENCION MEDICA CON OPORTUNIDAD Y CALIDAD. UNA VEZ SOLICITADA LA CITA POR EL IMSS O EL DERECHOHABIENTE ESTÁ DEBERÁ SER INFORMADA EN FORMA INMEDIATA AL MOMENTO DE LA LLAMADA O PRESENCIA DEL PACIENTE Y LA REALIZACION NO DEBERÁ EXCEDER UN MAXIMO DE 24 HRS EN CASO DE URGENCIA Y PROGRAMADO DENTRO DE LOS SIGUIENTES 7 DIAS NATURALES ASI COMO OTORGAR INDICACIONES PARA PRESENTARSE AL PROCEDIMIENTO. EL LICITANTE DEBERA ENTREGAR AL PACIENTE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO, PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO CORRECTAMENTE IDENTIFICADOS, AL TERMINO DEL MISMO, EN SOBRE CERRADO. EL LICITANTE NO PODRA PRESCRIBIR O SUGERIR TRATAMIENTO DIFERENTE AL PROPUUESTO POR EL MEDICO TRATANTE DEL INSTITUTO; SI EXISTE ALGUNA OPINION O			REYES, HGZ 83 MORELIA
	33900007	3	URETERORENOSCOPIA DIAGNOSTICA TERAPEUTICA (RIGIDO Y/O FLEXIBLE)					

Av. Magisterio No. 1089, Cdk Centro, C. P. 60000, Ciudad Mexico  
Tel. 643327216, Ext. 0 - www.imss.gob.mx



	339000 07	4	URETEROLITOTRIPSIA INTRACORPORIA CON LASSER	<p>SUGERENCIA POR PARTE DEL SUBROGATARIO QUE REALIZÓ EL PROCEDIMIENTO ESTA SERA POR ESCRITO Y ENVIADO DIRECTAMENTE AL DIRECTOR O SUBDIRECTOR DE LA UNIDAD MEDICA SOLICITANTE; EL LICITANTE NO ESTA AUTORIZADO PARA PROPORCIONAR DICHA INFORMACION AL DERECHOHABIENTE. EL LICITANTE DEBERA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO INDICADO EN EL FORMATO DE SUBROGACION. ASI MISMO MENSUALMENTE, JUNTO A LA FACTURACION, DEBERA EL LICITANTE ENVIAR A LA UNIDAD MEDICA SOLICITANTE EL FORMATO DE SUBROGADO PREVIAMENTE ELABORADO POR EL IMSS, ADEMAS DE UN INFORME DE TOTAL DE ESTUDIOS POR MES, EL CUAL DEBERA CONTENER POR ESCRITO EL REPORTE DEL RESULTADO. EL SERVICIO A PROPORCIONAR DEBERA SER REALIZADO DE PREFERENCIA EN LA LOCALIDAD DONDE SE ENCUENTRA UBICADA LA UNIDAD MEDICA REQUERIENTE. EL DOCUMENTO QUE COMPROBARA FIDELMENTE LA RECEPCION DEL SERVICIO PRESTADO AL DERECHOHABIENTE SERA UNICAMENTE EL FORMATO [4-30-203] EN CASO DE INCUMPLIMIENTO EL PROVEEDOR DEBERA SUBSANAR LA NEGATIVA DE ATENCION SUBCONTRATANDO EL SERVICIO SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO A FIN DE QUE EL DERECHOHABIENTE RECIBA LOS SERVICIOS SOLICITADOS DE MANERA OPORTUNA. EL TRATAMIENTO DEBERA DE REALIZARSE DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL LICITANTE SE REALIZARA EL NUMERO DE VECES O SESIONES NECESARIO HASTA RESOLVER EL PROBLEMA DE SALUD MOTIVO DE LA SUBROGACION. EN AQUELLOS CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE REQUIERA DE SEDACION, LOS INSUMOS Y ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA SERAN PROPORCIONADOS POR EL LICITANTE. EL LICITANTE DEBERA INFORMAR A LA SUBDIRECCION MEDICA DE LA UNIDAD QUE SOLICITA, LOS CASOS QUE SEGUN SU VALORACION NO SEAN SUCEPTIBLES AL TRATAMIENTO SOLICITADO POR NO</p>			
	339000 07	5	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTANEA LAPAROSCOPICA				

Av. Moctezuma No. 1200, Col. Centro, C. P. 56100, Ciudad Morelia  
Tel. 44332726, Ext. 0. www.imss.gob.mx



				<p>GARANTIZAR LA COMPLETA RESOLUCION DEL PROBLEMA DE SALUD QUE MOTIVÓ LA SUBROGACION. EN CASO DE REQUERIR ADEMAS DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO LA COLOCACION Y/O RETIRO DE CATER DOBLE J, LOS INSUMOS SERAN PROPORCIONADOS POR EL LICITANTE Y EL RETIRO DEL CATER DOBLE J (POSTERIOR A LA RESOLUCION) SERA CONSIDERADO COMO PARTE DEL MISMO PROCESO SUBROGADO SIN QUE ESTO GENERE UN COSTO ADICIONAL AL INSTITUTO. NO ASI LOS CASOS DE LITIASIS DE REPETICION POR ENFERMEDAD O DE NEOFORMACION. SE DEBE OTORGAR AL PACIENTE REPORTE DE ESTUDIOS E INTERVENCION EN HOJA MEMBRETADA Y FIRMADA POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN UROLOGIA PLASMANDO EL NOMBRE NSS DEL DERECHOHABIENTE. SE DEBERA ANEXAR DISCO COMPACTO CON LAS IMAGENES DEL ESTUDIO Y AL FINAL DE CADA MES EN LA FACTURACION DEBE LLEVAR UNA COPIA DE LA DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO.</p>					
7	REHABILITACION	339000 07	1	CONSULTA DE REHABILITACION	CONSULTA	<p>EL LICITANTE DEBE CONTAR CON EL PERSONAL ESPECIALIZADO EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION Y CON CERTIFICACION VIGENTE. DEBERA CONTAR CON EL EQUIPO MEDICO E INSUMOS NECESARIOS PARA LA REALIZACION DE ESTA CONSULTA Y/O TRATAMIENTO PARA BRINDAR A NUESTROS DERECHOHABIENTES UNA ATENCION MEDICA CON OPORTUNIDAD Y CALIDAD. EL LICITANTE DEBERA PRESTAR LOS SERVICIOS CONTRATADOS EN SUS INSTALACIONES LOS SIGUIENTES 7 DIAS</p>	<p>LUNES A VIERNES (DURANTE LA VIENCIA DEL CONTRATO: EMISION FALLO AL 31 DICIEMBRE E 2024)</p>	<p>9:00 A 20:00 HRS</p>	<p>HGZ MF 12 LAZARO CARDENAS</p>

Av. Moctezuma No. 1200, Col. Centro, C. P. 56100, Ciudad Morelia  
Tel. 44332726, Ext. 0. www.imss.gob.mx



	339000 07	2	TRATAMIENTOS SESIONES		<p>NATURALES A QUE SE SOLICITE, DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO ASIGNADO, UNA VEZ SOLICITADA LA CITA POR EL IMSS O EL DERECHOHABIENTE ESTA DEBERA SER INFORMADA EN FORMA INMEDIATA AL MOMENTO DE LA LLAMADA TELEFÓNICA O PRESENCIA DEL PACIENTE. EL LICITANTE DEBERÁ ENTREGAR AL PACIENTE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LA CONSULTA Y/O REHABILITACIÓN, CORRECTAMENTE IDENTIFICADOS, AL TERMINO DEL MISMO, EN SOBRE CERRADO. SI EXISTE ALGUNA OPINIÓN O SUGERENCIA POR PARTE DEL LICITANTE QUE REALIZÓ EL PROCEDIMIENTO ESTA SERÁ POR ESCRITO Y ENVIADO DIRECTAMENTE AL DIRECTOR O SUBDIRECTOR DE LA UNIDAD MEDICA; EL LICITANTE NO ESTA AUTORIZADO PARA PROPORCIONAR DICHA INFORMACION AL DERECHOHABIENTE.</p> <p>ASÍ MISMO MENSUALMENTE, JUNIO A LA FACTURACIÓN, DEBERÁ EL LICITANTE ENVIAR A LA DIRECCIÓN DE LA UNIDAD MEDICA SOLICITANTE EL FORMATO DE SUBCOCADO PREVIAMENTE ELABORADO POR EL IMSS, ADEMAS DE UN INFORME DE TOTAL DE SERVICIOS OTORGADOS POR MES, EL CUAL DEBERA CONTENER EL REPORTE DETALLADO. EL SERVICIO A PROPORCIONAR DEBERÁ SER REALIZADO DE PREFERENCIA EN LA LOCALIDAD DONDE SE ENCUENTRA UBICADA LA UNIDAD MEDICA REQUIRENTE. EL DOCUMENTO QUE COMPROBARA FIEACIENTEMENTE LA RECEPCION DEL SERVICIO PRESTADO AL DERECHOHABIENTE SERA UNICAMENTE EL FORMATO (4-30-2003) EN CASO DE INCUMPLIMIENTO EL PROVEEDOR DEBERA SUBSANAR LA NEGATIVA DE ATENCION SUBCONTRATANDO EL SERVICIO SIN COSTO ADICIONAL PARA EL</p>				
	339000 07	3	TERAPIA DEL LENGUAJE	SESION					
	339000 07	4	ESTIMULACION TEMPRANA						



	339000 07	5	REHABILITACION INTRAHOSPITALARIA		<p>INSTITUTO A FIN DE QUE EL DERECHOHABIENTE RECIBA LOS SERVICIOS SOLICITADOS DE MANERA OPORTUNA EL LICITANTE DEBERÁ CONTAR CON ÁREA DE ELECTROTERAPIA, HIDROTERAPIA Y MECANOTERAPIA, ADEMÁS DEBERÁ CONTAR CON EL PERSONAL ESPECIALIZADO Y CERTIFICADO LOS CUALES DEBERÁN DE SER COMO MÍNIMO AUXILIARES O LICENCIADOS EN TERAPIA FÍSICA, CONTANDO CON EL DOCUMENTO QUE LO ACREDITE (CARTA DE PASANTE O TÍTULO), PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, Y DEBERÁ DE CONTAR COMO MÍNIMO, DE UN MÉDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN, PARA LA VALORACIÓN DE LOS PACIENTES EL CUAL DEBERÁ PRESENTAR SU CERTIFICADO CON TÍTULO Y CÉDULA DE ESPECIALIDAD, ASÍ COMO SU RECERTIFICACIÓN DE LA MISMA. PARA LA REHABILITACIÓN, TERAPIA DE LENGUAJE, DEBERÁ DE CONTAR CON ESPECIALISTA EN MEDICINA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA CON CERTIFICADO, CONTANDO CON EL DOCUMENTO QUE LO ACREDITE (CARTA DE PASANTE O TÍTULO). ADEMÁS, EN CASO DE SER NECESARIO DEBERÁ OTORGAR SESIONES DE REHABILITACIÓN, DE TERAPIA FÍSICA Y TERAPIA OCUPACIONAL.</p>			
B	339000 07	1	ELECTROMIOGRAFIAS DE CUALQUIER PARTE DEL CUERPO	ESTUDIO	<p>EL LICITANTE DEBE CONTAR CON EL PERSONAL NEUROLOGO ESPECIALIZADO Y CON CERTIFICACION VIGENTE. DEBERÁ CONTAR CON EL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS NECESARIOS, PARA LA REALIZACIÓN DE ESTOS ESTUDIOS A NUESTROS DERECHOHABIENTES UNA ATENCIÓN MÉDICA CON OPORTUNIDAD Y CALIDAD. UNA VEZ SOLICITADA LA CITA POR EL IMSS O EL DERECHOHABIENTE, ESTÁ DEBERÁ SER INFORMADA, EN FORMA INMEDIATA, AL MOMENTO DE LA LLAMADA TELEFÓNICA O PRESENCIA DEL PACIENTE Y LA REALIZACIÓN NO DEBERÁ EXCEDER UN MÁXIMO DE 7 DÍAS NATURALES.</p> <p>EL LICITANTE DEBERÁ ENTREGAR AL PACIENTE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO.</p>	LUNES A VIERNES (DURANT E LA VIGENCIA DEL CONTRAT O: 9:00 A 20:00 HRS	HGZ MF 12 LAZARO CARDENAS	EMISION FALLO AL 31 DICIEMBR E 2024)
	339000 07	2	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES					



**ANEXOS**  
Oficina de Contratos

	33900007	3	POTENCIALES EVOCADOS VISUALES	<p>PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO CORRECTAMENTE IDENTIFICADOS, AL TERMINO DEL MISMO, EN SOBRE CERRADO SI EXISTE ALGUNA OPINION O SUGERENCIA POR PARTE DEL LICITANTE QUE REALIZO EL PROCEDIMIENTO ESTA SERA POR ESCRITO Y ENVIADO DIRECTAMENTE AL DIRECTOR O SUBDIRECTOR DE LA UNIDAD MEDICA; EL LICITANTE NO ESTA AUTORIZADO PARA PROPORCIONAR DICHA INFORMACION AL DERECHOHABIENTE.</p> <p>ASI MISMO MENSUALMENTE, JUNTO A LA FACTURACION, DEBERA EL LICITANTE ENVIAR A LA UNIDAD MEDICA SOLICITANTE EL FORMATO DE SUBROGADO PREVIAMENTE ELABORADO POR EL IMSS, ADEMAS DE UN INFORME DE TOTAL DE ESTUDIOS POR MES, EL CUAL DEBERA CONTENER POR ESCRITO EL RESULTADO.</p> <p>EL SERVICIO A PROPORCIONAR DEBERA SER REALIZADO DE PREFERENCIA EN LA LOCALIDAD DONDE SE ENCUENTRA UBICADA LA UNIDAD MEDICA REQUERENTE. EL DOCUMENTO QUE COMPROBARA FIDELICAMENTE LA RECEPCION DEL SERVICIO PRESTADO AL DERECHOHABIENTE SERA UNICAMENTE EL FORMATO (4-30-2/03).</p> <p>ASI MISMO, DEBERA DE CONTAR CON EQUIPAMIENTO NECESARIO PARA REALIZAR ELECTROMIOGRAFIAS, POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES AUDITIVOS Y VISUALES.</p>			
	33900007	4	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS				

Av. Sta. Rosa, Par. Sta. Rosa, Ciudad Hidalgo, Michoacán de Ocampo, México  
Tel: 52 52 222 45 00 00 - www.imss.gob.mx



1 2	ESTUDIOS DE NEUROLOGIA	33900007	ELECTROENCEFALOGRAMA (ADULTO Y/O PEDIATRICO)	ESTUDIO	<p>EL LICITANTE DEBE CONTAR CON EL PERSONAL NEUROLOGO ESPECIALIZADO Y CON CERTIFICACION VIGENTE. DEBERA CONTAR CON EL EQUIPO MEDICO E INSUMOS NECESARIOS, PARA EL TOTAL DE LOS DERECHOHABIENTES, PARA LA REALIZACION DE ESTOS ESTUDIOS PARA BRINDAR A NUESTROS DERECHOHABIENTES UNA ATENCION MEDICA CON OPORTUNIDAD Y CALIDAD.</p> <p>UNA VEZ SOLICITADA LA CITA POR EL IMSS O EL DERECHOHABIENTE, ESTA DEBERA SER INFORMADA, EN FORMA INMEDIATA, AL MOMENTO DE LA LLAMADA O PRESENCIA DEL PACIENTE Y LA REALIZACION NO DEBERA EXCEDER UN MAXIMO DE 7 DIAS NATURALES. EL LICITANTE DEBERA ENTREGAR AL PACIENTE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO, PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO CORRECTAMENTE IDENTIFICADOS, AL TERMINO DEL MISMO, EN SOBRE CERRADO SI EXISTE ALGUNA OPINION O SUGERENCIA POR PARTE DEL LICITANTE QUE REALIZO EL PROCEDIMIENTO ESTA SERA POR ESCRITO Y ENVIADO DIRECTAMENTE AL DIRECTOR O SUBDIRECTOR DE LA UNIDAD MEDICA; EL LICITANTE NO ESTA AUTORIZADO PARA PROPORCIONAR DICHA INFORMACION AL DERECHOHABIENTE.</p> <p>ASI MISMO MENSUALMENTE, JUNTO A LA FACTURACION, DEBERA EL LICITANTE ENVIAR A LA UNIDAD MEDICA SOLICITANTE EL FORMATO DE SUBROGADO PREVIAMENTE ELABORADO POR EL IMSS, ADEMAS DE UN INFORME DE TOTAL DE ESTUDIOS POR MES, EL CUAL DEBERA CONTENER POR ESCRITO EL REPORTE DETALLADO DEL RESULTADO. EL SERVICIO A PROPORCIONAR DEBERA SER REALIZADO DE PREFERENCIA EN LA LOCALIDAD DONDE SE ENCUENTRA UBICADA</p>	LUNES A VIERNES (DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO: EMISION FALLO AL 31 DICIEMBRE 2024)	9.00 A 20.00 HRS	HGZ URUAPAN.	8
--------	------------------------	----------	----------------------------------------------	---------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	------------------	--------------	---

Av. Michoacán, Sta. Rosa, Ciudad Hidalgo, Michoacán de Ocampo, México  
Tel: 52 52 222 45 00 00 - www.imss.gob.mx



				<p>LA UNIDAD MÉDICA REQUERENTE, EL DOCUMENTO QUE COMPROBARE FENACIENTEMENTE LA RECEPCIÓN DEL SERVICIO PRESTADO AL DERECHOHABIENTE SERÁ ÚNICAMENTE EL FORMATO (4-30-2/03) EL LICITANTE DEBE CONTAR CON EL PERSONAL NEUROLOGO ESPECIALIZADO Y CON CERTIFICACION VIGENTE, DEBERÁ CONTAR CON EL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS NECESARIOS, PARA EL TOTAL DE LOS DERECHOHABIENTES, PARA LA REALIZACIÓN DE ESTOS ESTUDIOS PARA BRINDAR A NUESTROS DERECHOHABIENTES UNA ATENCIÓN MÉDICA CON OPORTUNIDAD Y CALIDAD, UNA VEZ SOLICITADA LA CITA POR EL IMSS O EL DERECHOHABIENTE, ESTÁ DEBERÁ SER INFORMADA, EN FORMA INMEDIATA, AL MOMENTO DE LA LLAMADA O PRESENCIA DEL PACIENTE Y LA REALIZACIÓN NO DEBERÁ EXCEDER UN MÁXIMO DE 7 DÍAS NATURALES, EL LICITANTE DEBERÁ ENTREGAR AL PACIENTE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO, PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO CORRECTAMENTE IDENTIFICADOS, AL TÉRMINO DEL MISMO, EN SOBRE CERRADO, SI EXISTE ALGUNA OPINIÓN O SUGERENCIA POR PARTE DEL LICITANTE QUE REALIZÓ EL PROCEDIMIENTO ESTA SERÁ POR ESCRITO Y ENVIADO DIRECTAMENTE AL DIRECTOR O SUBDIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA; EL LICITANTE NO ESTA AUTORIZADO PARA PROPORCIONAR DICHA INFORMACION AL DERECHOHABIENTE, ASI MISMO MENSUALMENTE, JUNTO A LA FACTURACIÓN, DEBERÁ EL LICITANTE ENVIAR A LA UNIDAD MÉDICA SOLICITANTE EL FORMATO DE SUBROGADO PREVIAMENTE ELABORADO POR EL IMSS, ADEMAS DE UN INFORME DE TOTAL DE ESTUDIOS POR MES, EL CUAL DEBERA CONTENER POR ESCRITO EL REPORTE DETALLADO DEL RESULTADO, EL SERVICIO A PROPORCIONAR DEBERÁ SER REALIZADO DE PREFERENCIA EN LA LOCALIDAD DONDE SE ENCUENTRA UBICADA LA UNIDAD MÉDICA REQUERENTE, EL DOCUMENTO QUE COMPROBARE FENACIENTEMENTE LA RECEPCIÓN DEL SERVICIO PRESTADO AL DERECHOHABIENTE</p>			
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Av. Hidalgo No. 1003, Col. Centro, C. P. 58000, Ciudad Morelia  
Tel: 443312714, Ext. 0 www.dofmich.com



				SERÁ ÚNICAMENTE EL FORMATO (4-30-2/03)					
1 4	LABORATORIO 2DO NIVEL	33900007	1	17 ALFAHIDROXIPROGESTERONA	ESTUDIO	EL LICITANTE DEBE CONTAR CON EL PERSONAL ESPECIALIZADO Y CON CERTIFICACION VIGENTE, UNA VEZ SOLICITADA LA CITA POR EL IMSS O EL DERECHOHABIENTE ESTÁ DEBERÁ SER INFORMADA EN FORMA INMEDIATA AL	LUNES A VIERNES DURANTE LA VIGENCIA DEL	9:00 A 20:00 HRS	HGR T CHARO, HGZMF ZACAPULCAN, HGZMF LAZARO CARDENAS
		33900007	2	AC ANTI B2 GLUCOPROTEINAS IGG					
		33900007	3	AC ANTIFOSFATIDILSERINA IGG					

Av. Hidalgo No. 1003, Col. Centro, C. P. 58000, Ciudad Morelia  
Tel: 443312714, Ext. 0 www.dofmich.com



**ANEXOS**  
Oficina de Contratos

33900007	4	AC ANTIFOSFATIDILSERINA IGM	<p>MOMENTO DE LA LLAMADA O PRESENCIA DEL PACIENTE Y LA REALIZACION NO DEBERA EXCEDER UN MAXIMO DE 24 HRS. EL LICITANTE DEBERA ENTREGAR AL PACIENTE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO, PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO CORRECTAMENTE IDENTIFICADOS, AL TERMINO DEL MISMO, EN SOBRE CERRADO. SI EXISTE ALGUNA OPINION O SUGERENCIA POR PARTE DEL LICITANTE QUE REALIZO EL PROCEDIMIENTO ESTA SERA POR ESCRITO Y ENVIADO DIRECTAMENTE AL DIRECTOR O SUBDIRECTARIO DE LA UNIDAD MEDICA. EL SUBROGATARIO NO ESTA AUTORIZADO PARA PROPORCIONAR DICHA INFORMACION AL DERECHAHABIENTE. ASI MISMO MENSUALMENTE, JUNTO A LA FACTURACION, DEBERA EL LICITANTE ENVIAR A LA UNIDAD MEDICA SOLICITANTE EL FORMATO DE SUBROGADO PREVIAMENTE ELABORADO POR EL IMSS, ADEMAS DE UN INFORME DE TOTAL DE ESTUDIOS POR MES, EL CUAL DEBERA CONTENER POR ESCRITO EL REPORTE DETALLADO DEL RESULTADO. EL SERVICIO A PROPORCIONAR DEBERA SER REALIZADO DE PREFERENCIA EN LA LOCALIDAD DONDE SE ENCUENTRA UBICADA LA UNIDAD MEDICA REQUERENTE. EL DOCUMENTO QUE COMPROBARE FIDELICITAMENTE LA RECEPCION DEL SERVICIO PRESTADO AL DERECHAHABIENTE SERA UNICAMENTE EL FORMATO (4-30-2/03).</p>	<p>CONTRATO EMISION FALLO AL 31 DICIEMBRE 2024)</p>	<p>HGSZMF 24 PEDERNALES, HGZ 03 MORELIA</p>
33900007	5	AC ANTIPEPTIDO CITRILINADO			
33900007	6	AC ANTIMICOBACTERIA TUBERCULOT			
33900007	7	AC ANTIMICOBACTERIA TUBERCULOSIS			
33900007	8	ACC ANTIFOSFOLIPIDO			
33900007	9	ACC ANTIRUBEOLA Ig G			
33900007	10	ACC ANTIRUBEOLA IGM			
33900007	11	ACC C.ITOME GALUVIRUS Ig G			
33900007	12	ACC TIL COENZIMA A			
33900007	13	ACIDO CITRICO EN ORINA			
33900007	14	ACIDO FOLICO (FOLATOS)			
33900007	15	ACIDO GLUTAMICO			
33900007	16	ACIDO VAI PROICO			
33900007	17	ACIDO VINIL MALDELICO			
33900007	18	ACS ANITOXO Ig M			
33900007	19	ACS ANIBO			
33900007	20	ACS ANTITOXO Ig G			
33900007	21	ACS TORCH			
33900007	22	ADA (ADENOSINDEAMINASA)			
33900007	23	AMILASA URINARIA			
33900007	24	ANCA			
33900007	25	ANDROSTENDIONA			
33900007	26	ANTIFCOAG LUTICO			
33900007	27	ANTI CLAMIDIA			

El presente es un archivo de respaldo. No debe utilizarse para fines legales.



33900007	28	ANTI JO-1	<p>MOMENTO DE LA LLAMADA O PRESENCIA DEL PACIENTE Y LA REALIZACION NO DEBERA EXCEDER UN MAXIMO DE 24 HRS. EL LICITANTE DEBERA ENTREGAR AL PACIENTE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO, PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO CORRECTAMENTE IDENTIFICADOS, AL TERMINO DEL MISMO, EN SOBRE CERRADO. SI EXISTE ALGUNA OPINION O SUGERENCIA POR PARTE DEL LICITANTE QUE REALIZO EL PROCEDIMIENTO ESTA SERA POR ESCRITO Y ENVIADO DIRECTAMENTE AL DIRECTOR O SUBDIRECTARIO DE LA UNIDAD MEDICA. EL SUBROGATARIO NO ESTA AUTORIZADO PARA PROPORCIONAR DICHA INFORMACION AL DERECHAHABIENTE. ASI MISMO MENSUALMENTE, JUNTO A LA FACTURACION, DEBERA EL LICITANTE ENVIAR A LA UNIDAD MEDICA SOLICITANTE EL FORMATO DE SUBROGADO PREVIAMENTE ELABORADO POR EL IMSS, ADEMAS DE UN INFORME DE TOTAL DE ESTUDIOS POR MES, EL CUAL DEBERA CONTENER POR ESCRITO EL REPORTE DETALLADO DEL RESULTADO. EL SERVICIO A PROPORCIONAR DEBERA SER REALIZADO DE PREFERENCIA EN LA LOCALIDAD DONDE SE ENCUENTRA UBICADA LA UNIDAD MEDICA REQUERENTE. EL DOCUMENTO QUE COMPROBARE FIDELICITAMENTE LA RECEPCION DEL SERVICIO PRESTADO AL DERECHAHABIENTE SERA UNICAMENTE EL FORMATO (4-30-2/03).</p>	<p>CONTRATO EMISION FALLO AL 31 DICIEMBRE 2024)</p>	<p>HGSZMF 24 PEDERNALES, HGZ 03 MORELIA</p>
33900007	29	ANTICUERPO SSA LA			
33900007	30	ANTICUERPO SSA RO			
33900007	31	ANTICUERPO IGM PARA VIRUS DE HEPATITIS E			
33900007	32	ANTICUERPOS ANTI DNA			
33900007	33	ANTICUERPOS ANTI EPSTEIN BAAR IgG			
33900007	34	ANTICUERPOS ANTI VIH			
33900007	35	ANTICUERPOS ANTI-AQUAPURINA (ANTI-NMO)			
33900007	36	ANTICUERPOS ANTI-CANGLIOSIDO (CM), COIB			
33900007	37	ANTICUERPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI			
33900007	38	ANTICUERPOS ANTI-ROTAVIRUS			
33900007	39	ANTICUERPOS CITOTOXICOS ANTI HLA (PRA) PRUEBA DE AC ESPECIFICO			
33900007	40	ANTICUERPOS CITOTOXICOS ANTI HLA (PRA) PRUEBA DE ESCRUTINIO			
33900007	41	ANTICUERPOS CONTRA LA GLICOPROTEINA ASOCIADA A LA MIELINA (MAG)			
33900007	42	ANTICUERPOS CONTRA QUINASA MUSCULO ESPECIFICA (MUSK)			
33900007	43	ANTICUERPOS CONTRA RECEPTOR DE ACETIL COLINA (ACHR)			
33900007	44	ANTICUERPOS CONTRA RECEPTOR NMDA			
33900007	45	ANTICUERPOS COR DE HEPATITIS B (AC CHB)			
33900007	46	ANTICUERPOS HEPATITIS A ICG			
33900007	47	ANTICUERPOS HEPATITIS C			
33900007	48	ANTICUERPOS MPO			
33900007	49	ANTICUERPOS PR3			

El presente es un archivo de respaldo. No debe utilizarse para fines legales.



07									
339000 07	50	ANTICUERPOS VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO IgM							
339000 07	51	ANTIESTREPTOLISINA							
339000 07	52	ANTIGENO 199							
339000 07	53	ANTIGENO CA 15.3							
339000 07	54	ANTIGENO CA 19.9							
339000 07	55	ANTIGENO CA125							
339000 07	56	ANTIGENO DE LA HEPATITIS B							
339000 07	57	ANTISCL 70							
339000 07	58	ANTITROMBINA							
339000 07	59	ANTITROMBINA III ACTIVIDAD							
339000 07	60	BANDAS OLIGOCLONALES EN LCR							
339000 07	61	BETA II GLICOPROTEINA IGG							
339000 07	62	BETA MICROGLOBULINA							
339000 07	63	BH,QS,EGO							
339000 07	64	BK VIRUS DNA CUANTITATIVO POR PCH EN SANGRE							
339000 07	65	CADENAS KAPPA Y LAMBDA EN SUERO							
339000 07	66	CALCIO							
339000 07	67	CALCIO EN ORINA							
339000 07	68	CALPROTECTINA FECAL							
339000 07	69	CANCA							
339000 07	70	CARBAMAZEPINA							
339000 07	71	CARCA VIRAL							
339000 07	72	CARGA VIRAL DE CMV P65							

339000 07	73	CARIOTIPO DE LEUCEMIAS (CPA)							
339000 07	74	CH 50							
339000 07	75	CH50 FRACCION C3							
339000 07	76	CH50 FRACCION C4							
339000 07	77	CICLOSPORINA							
339000 07	78	CIRIOLIMUS							
339000 07	79	CITOMETRIA HEMATICA							
339000 07	80	CITOMETRIAFLUJO PARA HIV							
339000 07	81	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL							
339000 07	82	COLESTEROL DE BAJA ENSIDAD DHL							
339000 07	83	COMPLEMENTO FRACCION C2							
339000 07	84	COMPLEMENTO FRACCION C3							
339000 07	85	COMPLEMENTO FRACCION C4							
339000 07	86	COMPLEMENTO HEMOLITICO 100%							
339000 07	87	COMPLEMENTO HEMOLITICO 50%							
339000 07	88	CORE							
339000 07	89	CORTISOL SERICO							
339000 07	90	CPK TOTAL							
339000 07	91	CULTIVO DE BORDET GENGOU							
339000 07	92	CULTIVO DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS							
339000 07	93	CUIVIVOS BACTERIOLÓGICOS EN GENERAL CON ANTIBIOGRAMA							
339000 07	94	DEPURACION DE CREATININA EN ORINA DE 24 HRS							
339000 07	95	DETERMINACION DE ACS. ANT. DNA							
339000 07	96	DETERMINACION DE PPD							

07		
339000	97	0- HIDROXIEPIANDROSTENDIONA
339000	98	DIGOXINA
339000	99	ELECTROLITOS URINARIOS
339000	100	EPSTEINBAAR
339000	101	ESTROGENOS ORINA
339000	102	ESTROGENOS SERICOS
339000	103	FACTOR XII
339000	104	FENILALANINA
339000	105	FENITOINA
339000	106	FENOBARBITAL
339000	107	FIBRINOGENO
339000	108	FORMULA BLANCA
339000	109	FORMULA ROJA
339000	110	FOSFATASA ACIDA
339000	111	FRACCION BETA SUERO
339000	112	FRACCION PROSTATICA
339000	113	GLUCAGON
339000	114	GRUPO Y RH
339000	115	H.C.G. CUANTITATIVA
339000	116	HIDROXICORTICOSTEROIDES URIN ORINA
339000	117	HILA
339000	118	HOMOCISTEINA
339000	119	HORMONA ADRENO CORTICOTROPA (ACTH)

Av. Morelos Pre. 3422B, Cal. Eximio, C. D. 58000, Ciudad Morelia, Mich.  
Tel: 443372216, E.d.O. [www.mich.gob.mx](http://www.mich.gob.mx)



339000	120	HORMONA DE CRECIMIENTO
339000	121	Ig F
339000	122	INMUNOFENOTIPO PARA SÍNDROME MIELODISPLÁSICO
339000	123	INSULINA
339000	124	LIPIDOS
339000	125	MUTACIÓN DEL FACTOR V DE LAIDEN
339000	126	NT- PRO - BNP
339000	127	PARATHORMONA
339000	128	PARVOVIRUS B19
339000	129	PERFIL TIROIDEO
339000	130	PIAQUETAS
339000	131	PPD
339000	132	PRO BNP PEPTIDO NATRIURETICOS
339000	133	PROCALCITONINA
339000	134	PROTEINAS ORINA-LCR
339000	135	PROTEUS
339000	136	PRUEBA CRUZADA DE CITOTOXICIDAD DEPENDIENTE DE COMPLEMENTO
339000	137	PRUEBAS CRUZADAS
339000	138	PRUEBAS DE HISTOCOMPATIBILIDAD (PROGRAMA DE TRASPLANTES) LOCUS A,B,C / DR, DQ DE BAJA Y MEDIANA RESO
339000	139	QUANTIFERON
339000	140	REACCIONES FEBRILES
339000	141	SENSIBILIDAD A LEVADURAS

Av. Morelos Pre. 3422B, Cal. Eximio, C. D. 58000, Ciudad Morelia, Mich.  
Tel: 443372216, E.d.O. [www.mich.gob.mx](http://www.mich.gob.mx)



**ANEXOS**  
Anexo de Contratos

33900007	142	TACHROLIMUS					
33900007	143	TAMIZ METABOLICO AMPLIADO					
33900007	144	TESTOSTERONA TOTAL Y LIBRE					
33900007	145	TGO					
33900007	146	TGP					
33900007	147	TIROGLOSULINA					
33900007	148	TRANSFERRINA					
33900007	149	TROPONINA					
33900007	150	TROPONINA-JIC					
33900007	151	TROPONINA-JJC					
33900007	152	VITAMINA B 12					
33900007	153	MUTACION DEL GEN DE LA THER					
33900007	154	ANTI TROMBINA III					
33900007	155	INMUNO FIJACION SERICA (MIELOMA)					
33900007	156	FREE LIGHT CHAIN					
33900007	157	ESTUDIO FISH					
33900007	158	DETERMINACION DE CDSS Y CD 59 (INMUNOFENOTIPO)					
33900007	159	DIMERO D					
33900007	160	BNP					
33900007	161	GALACTOMANANO					
33900007	162	CULTIVOS PARA BACTERIAS	PARA MICO				
33900007	163	CULTIVOS PARA HONGOS					
33900007	164	ADA (ADENOSINDEAMINASA EN LIQUIDO PLEURAL)					
33900007	165	LACTATO					

Dr. Mariano Pita, R62720, Col. Carrizal, T.P. 58000, Ciudad de México  
Tel. 523319793, Ext. 5000, www.gob.mx



33900007	166	ANTIDOPING (7 SUSTANCIAS)								
33900007	167	PCR (ALTA SENSIBILIDAD) MARCADOR DE ISQUEMIA CUANTITATIVA								
33900007	168	CONADOTROPINA COREONICA HUMANA CUANTITATIVA								
33900007	169	MARCADORES TUMORALES CA 125, AFP, ACE								
33900007	170	HORMONA DE CRECIMIENTO CON CLONIDINA								
33900007	171	AZUCARES REDUCTORES EN EVACUACIONES								
33900007	172	COPROLOGICO								
33900007	173	SANGRE OCULTA EN HECES								
33900007	174	ELECTROLITOS EN SUDOR								
33900007	175	CULTIVO CLAMIDIA								
33900007	176	CULTIVO PARA MYCOPLASMA								
33900007	177	AMONIO								
33900007	178	NIVELES SERICOS DE LEVETIRACETAM								
33900007	179	NIVELES SERICOS DE METRORTEXATE								
33900007	180	NIVELES SERICOS DE CARBAMAZEPINA								
33900007	181	CARIOTIPO GENETICO								
33900007	182	ANTICUERPOS HELICOBACTER PYLORI PARA								
33900007	183	GASOMETRIA								
33900007	184	CARIOTIPO GENETICO								
33900007	185	AC ANTELICOBACTER								
33900007	186	IGM PARA TREPONEMA PALLIDUM								
1	LABORATORIO PRIMER NIVEL	33900007	1	GLUCOSA	ESTUDIO	EL LICITANTE DEBE CONTAR CON EL PERSONAL ESPECIALIZADO Y CON CERTIFICACION VIGENTE. DEBERA CONTAR CON EL EQUIPO MEDICO E	LUNES A VIERNES (DURANTE LA	9:00 A 20:00 HRS	A	UMFH 19 CD. HIDALGO PAFH PATZCUARO
5		33900007	2	UREA						

Dr. Mariano Pita, R62720, Col. Carrizal, T.P. 58000, Ciudad de México  
Tel. 523319793, Ext. 5000, www.gob.mx



**ANEXOS**  
Oficina de Contratos

33900007	3	CREATININA	<p>INSUMOS NECESARIOS PARA LA REALIZACION DE ESTOS ESTUDIOS PARA BRINDAR A NUESTROS DERECHOHABIENTES UNA ATENCION MEDICA CON OPORTUNIDAD Y CALIDAD.</p> <p>EL LICITANTE DEBERA PRESTAR LOS SERVICIOS CONTRATADOS EN SUS INSTALACIONES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO ASIGNADO.</p> <p>UNA VEZ SOLICITADA LA CITA POR EL IMSS O EL DERECHOHABIENTE ESTA DEBERA SER INFORMADA EN FORMA INMEDIATA AL MOMENTO DE LA LLAMADA O PRESENCIA DEL PACIENTE Y LA REALIZACION NO DEBERA EXCEDER UN MAXIMO DE 24 HRS.</p> <p>EL LICITANTE DEBERA ENTREGAR AL PACIENTE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO, PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO CORRECTAMENTE IDENTIFICADOS, AL TERMINO DEL MISMO, EN SOBRE CERRADO SI EXISTE ALGUNA OPINION O SUGERENCIA POR PARTE DEL LICITANTE QUE REALIZO EL PROCEDIMIENTO ESTA SERA POR ESCRITO Y ENVIADO DIRECTAMENTE AL DIRECTOR O SUBDIRECTOR DE LA UNIDAD MEDICA; EL LICITANTE NO ESTA AUTORIZADO PARA PROPORCIONAR DICHA INFORMACION AL DERECHOHABIENTE.</p> <p>ASI MISMO MENSUALMENTE, JUNTO A LA FACTURACION, DEBERA EL LICITANTE ENVIAR A LA UNIDAD MEDICA SOLICITANTE EL FORMATO DE SUBROGADO PREVIAMENTE ELABORADO POR EL IMSS, ADEMAS DE UN INFORME DE TOTAL DE ESTUDIOS POR MES, EL CUAL DEBERA CONTENER POR ESCRITO EL REPORTE DETALLADO DEL RESULTADO.</p> <p>EL SERVICIO A PROPORCIONAR DEBERA SER REALIZADO DE PREFERENCIA EN LA LOCALIDAD DONDE SE ENCUENTRA UBICADA LA UNIDAD MEDICA REQUERENTE. EL DOCUMENTO QUE COMPROBARE EFICAZMENTE LA RECEPCION DEL SERVICIO PRESTADO AL DERECHOHABIENTE SERA UNICAMENTE EL FORMATO (4-30-2/03)</p>	<p>VIENCIA DEL CONTRAT O. EMISION FALLO AL 31 DE DICIEMBR E 2024)</p>	<p>UMFER VISTA HERMOSA UMF 72 YURECUARO.</p>
33900007	4	ACIDO URICO			
33900007	5	COLESTEROL TOTAL			
33900007	6	TRIGLICERIDOS			
33900007	7	COLESTEROL HDL			
33900007	8	BILIRRUBINA DIRECTA			
33900007	9	BILIRRUBINA TOTAL			
33900007	10	GLUCOSA POSTPRANDIAL			
33900007	11	PROTEINAS EN ORINA			
33900007	12	COAGULACION TP			
33900007	13	COAGULACION TPT			
33900007	14	HEMATOLOGIA BIOMETRIAS RUFINA / PLAQUETAS			
33900007	15	GPO. RH			
33900007	16	FORMULA ROJA			
33900007	17	FORMULA BLANCA			
33900007	18	COOVBS DIRECTA			
33900007	19	COOMBS INDIRECTA			
33900007	20	VDRL			
33900007	21	FACTOR REUMATOIDE			
33900007	22	INFECCIONES FEBRILES			
33900007	23	PRUEBA INMUNOLOGICA DE EMBARAZO			
33900007	24	CUANTIFICACION DE GONADOTROFINA CORIONICA			
33900007	25	EXAMEN GENERAL DE ORINA			
33900007	26	COPRO PARACITOSCOPICOS 1,2,3 MUESTRAS			



33900007	27	COPROLOGICO	<p>EL CALENDARIO PODRA SER MODIFICADO DE ACUERDO A NECESIDADES DEL SERVICIO; SEMAFORO EPIDEMIOLOGICO DE COVID-19 DEL ESTADO DE MICHOACAN O A LAS NECESIDADES DE COBERTURA EN LAS UNIDADES MEDICAS CON AVISO PREVIO DEL CAMBIO AL PROVEEDOR.</p>	<p>EMISION FALLO AL 31 DE DICIEMBR E 2024</p>	<p>LUNES A VIERNES DE 8:00 A 20:00 HRSSABADO UMF</p>			
33900007	28	AMIBA ENFRESCO						
33900007	29	CITOLOGIA DE MOCO FECAL						
33900007	30	SANGRE OCULTA EN HECES						
33900007	31	ESPERMATOBIOSCOPIAS						
33900007	32	UROCULTIVOS						
33900007	33	EXUDADOS FARINGEOS						
33900007	34	CULTIVO DE SECRECION VAGINAL						
33900007	35	CULTIVOS VARIOS CON ANFIBIOGRAMA						
33900007	36	COPRO CULTIVOS						
33900007	37	BAAR 3						
33900007	38	PLAQUETAS						
33900007	39	CITOLOGIA DE MOCO NASAL						
33900007	40	QUIMICA SANGUINEA						
33900007	41	ELECTROLITOS (SODIO, POTASIO Y CLORO)						
33900007	42	PRUEBAS DE FUNCION TIROIDEA						
33900007	43	ANTIGENO PROSTATICO						
33900007	44	GLOBULINA						
33900007	45	CREATININA EN ORINA DE 24 HRS.						
33900007	46	HB GLUCOSILADAS						
1	MASTOGRAFIA	33900007	1	TOMA E INTERPERTACION DE MASTOGRAFIA	ESTUDIO	EL CALENDARIO PODRA SER MODIFICADO DE ACUERDO A NECESIDADES DEL SERVICIO; SEMAFORO EPIDEMIOLOGICO DE COVID-19 DEL ESTADO DE MICHOACAN O A LAS NECESIDADES DE COBERTURA EN LAS UNIDADES MEDICAS CON AVISO PREVIO DEL CAMBIO AL PROVEEDOR.	EMISION FALLO AL 31 DE DICIEMBR E 2024	LUNES A VIERNES DE 8:00 A 20:00 HRSSABADO UMF

**ANEXOS**  
Oficina de Contratos



			<p>EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, COMO ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACÁN DEL GOBIERNO FEDERAL, EN SUS ACTIVIDADES DE SUMINISTRO, ARRENDAMIENTOS Y/O SERVICIOS Y CUYO OBJETO PREPONDERANTE SEA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO SUBROGADO DE "MASTOGRAFÍA AMBULATORIA DE TAMIZAJE CON INTERPRETACIÓN PARA EL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA DEL IMSS- RÉGIMEN ORDINARIO" DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACÁN, PARA EJERCER A PARTIR DE LA EMISIÓN FALLO AL 31 DICIEMBRE 2024, MISMAS QUE SE ENCUENTRAN REGULADAS POR LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO (LAASSP) Y SU REGLAMENTO, OBTENER INFORMACIÓN PARA CONTRATAR BAJO LAS MEJORES CONDICIONES DISPONIBLES PARA EL ESTADO.</p> <p>EL SERVICIO MÉDICO SUBROGADO DE TOMA E INTERPRETACIÓN DE MASTOGRAFÍA MÓVIL DIGITAL SE OTORGARÁ A DERECHOHABIENTES DEL PROGRAMA DEL IMSS RÉGIMEN ORDINARIO, Estrictamente a MUJERES DE 40 A 69 AÑOS DE EDAD QUE NO SE HAN PRACTICADO LA MASTOGRAFÍA EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS O QUE NUNCA EN SU VIDA SE LA HAN REALIZADO.</p> <p>EL SISTEMA RADIOGRÁFICO UTILIZADO PARA OBTENER IMÁGENES DE LAS MAMAS DEBE HABER SIDO DISEÑADO ESPECÍFICAMENTE PARA ESTE FIN. LA INTERPRETACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LAS MASTOGRAFÍAS SERÁ EN FUNCIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN RADIOLÓGICA PARA LA IMAGEN DE LA MAMA: BIRADS (POR SUS SIGLAS EN INGLÉS: BREAST IMAGING REPORTING AND DATA SYSTEM), CONCRETÁNDOSE EXCLUSIVAMENTE, A LA EMISIÓN DEL DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO, EN IDIOMA ESPAÑOL, CON DESCRIPCIÓN, CONCLUSIÓN Y DEBIDAMENTE AVALADA POR</p>	<p>DOMINGO EN HORARIO QUE INDIQUE LA UNIDAD</p>	<p>QUIROGA, UMFH 20 PATZCUARO, UMF 71 MORELIA CFE, UMF 75 MORELIA, UMF 80 MORELIA, UMF 70 ZINAPÉCUARO, UMFH 25 PURUARÁN, HGSZMF 9 APATZINGÁN, UMF 73 URUAPAN CFE, UMF 6 JIQUILPAN, UMFH 5 SAHUAYO, UMF 21 JACONA, UMF 77 LA PIEDAD, HGSZMF 2 ZACAPU, UMFH 19 HIDALGO, UMFH 18 ZITACUARO, UMF 61 TUZANTLA, HGSZMF 24 PEDERNALES, UMF 23 INFIERNILLO, UMF 37 ANGANGUEO, UMFH 26 TARETAN, UMF 52 NUEVO URECHO, UMF 28 STA CLARA TOCUMBO, UMF 78 LAZARO CARDENAS, UMF 10</p>
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



			<p>UN PROFESIONAL MÉDICO.</p> <p>UNA VEZ QUE HA SIDO TOMADA LA MASTOGRAFÍA, EL MÉDICO ESPECIALISTA ESTUDIARÁ LA IMAGEN Y DE ACUERDO A LO QUE OBSERVE, LE DARÁ UN VALOR AL ESTUDIO, ESTOS VALORES SON EXPRESADOS MEDIANTE UNA CLASIFICACIÓN LLAMAS BIRADS Y VAN DEL 0 AL 5:</p> <p>BIRADS 1: HALLAZGOS NORMALES. SE OBSERVAN MAMAS SIMÉTRICAS, SIN NÓDULOS, SIN DISTORSIONES NI CALCIFICACIONES SOSPECHOSAS. CORRESPONDE A LA MASTOGRAFÍA NORMAL SE RECOMIENDA CONTROL CADA 2 AÑOS</p> <p>BIRADS 2: RESULTADO CON LESIONES CLARAMENTE BENIGNAS. SE RECOMIENDA CONTROL CADA DOS AÑOS</p> <p>BIRADS 3: RESULTADO CON LESIÓN PROBABLEMENTE BENIGNA. SEGÚN INDICACIÓN MÉDICA SE SOLICITARÁN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (EXAMEN CLÍNICO, ULTRASONIDO O NUEVAS IMÁGENES POR MASTOGRAFÍA) O INCLUSO BIOPSIA. SE DEBE DAR SEGUIMIENTO CADA 6 MESES</p> <p>BIRADS 4 (A, B, C): RESULTADO ANORMAL, SOSPECHOSO A MALIGNIDAD, SE TRATA DEL HALLAZGO QUE NO TIENE EL ASPECTO TÍPICO DE MALIGNIDAD, PERO LA PROBABILIDAD DE MALIGNIDAD ES LO SUFICIENTEMENTE ALTA PARA REALIZAR BIOPSIA Y CONFIRMAR O DESCARTAR LA SOSPECHA. SI LA BIOPSIA ES NEGATIVA SE DEBERÁ REALIZAR SEGUIMIENTO AL AÑO.</p> <p>BIRADS 5: RESULTADO ANORMAL, CON MÁS DEL 95 % DE PROBABILIDAD DE MALIGNIDAD, SE OBSERVA UNA LESIÓN CON CARACTERÍSTICAS CLARAMENTE MALIGNAS Y SE REQUIERE REALIZAR UNA BIOPSIA PARA CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO</p> <p>BIRADS 0: SE REFIERE AL ESTUDIO QUE ES INSUFICIENTE O TÉCNICAMENTE DEFICIENTE, POR LO QUE SE NECESITAN ADEMÁS DE LA EXPLORACIÓN CLÍNICA, PRUEBAS ADICIONALES COMO ULTRASONIDO O NUEVAS IMÁGENES POR MASTOGRAFÍA, SI SE CUENTA CON ESTUDIOS PREVIOS DEBERÁN VALORARSE COMPARATIVAMENTE, TRAS LA</p>		<p>JUNGAPEO, UMF 11 NUEVA ITALIA, UMF 57 TANCITARO, UMF 58 TEPALCATEPE C, UMF 40 COALCOMAN, UMF 46 LA HUACANA, UMF 43 CHURUMUCO, UMF 65 VILLA MADERO, UMF 48 HUETAMO, UMF 13 COTIJA, UMF 42 CUITZE, UMF 50 MARAVATIO, UMFH 64 PURUANDIRO, UMF 27 LA MIRA, UMF 68 VISTA HERMOSA, UMF 66 VILLAMAR, UMF 54 PUREPERO, UMF 72 YURECUARO, UMF 74 TACAMBARO, UMF 31 GUACAMAYAS, UMF 79 TLALPUJAHUA, UMF 85 TARIMBARO</p>
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



ANEXOS  
Oficina de Contratos

			<p>EVALUACIÓN DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, SERA CATALOGADA DE MANERA DEFINITIVA COMO BIRADS DEL 1 AL 5. BIRADS 3, 4, Y 5 = INDICE DE ANORMALIDAD DEL 3-7%</p> <p>CUANDO EL DIAGNÓSTICO SE ENCUENTRA DENTRO DE LA CATEGORÍA BIRADS 0 Y BIRADS 3, EL LICITANTE ADJUDICADO INVARIABLEMENTE REPORTARÁ LAS CAUSAS DENTRO DE LA INTERPRETACIÓN Y AGENDARÁ EN UN PLAZO NO MAYOR A 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES, A PARTIR DEL RESULTADO DE LA MASTOGRAFÍA, UNA CITA PARA REALIZAR UN ULTRASONIDO, O PROYECCIÓN COMPLEMENTARIA REPETICIÓN DE PROYECCIÓN ERRÓNEA O NO SUSCEPTIBLE DE ADECUADA LECTURA SIN CARGO EXTRA PARA EL INSTITUTO.</p> <p>CUANDO EL DIAGNOSTICO SE ENCUENTRE EN CATEGORÍA BIRADS 4 O 5, CON FINES DE CONTROL DE CALIDAD EL LICITANTE ADJUDICADO DEBERÁ REALIZAR UNA SEGUNDA LECTURA DE LOS ESTUDIOS POR MEDICO CERTIFICADO EN MAMA, ANEXANDO EN EL REPORTE LA FIRMA DE AMBOS MEDICOS, A LA ENTREGA DEL ESTUDIO.</p> <p>EN CASO DE QUE LOS RESULTADOS CON DIAGNOSTICO BIRADS 0 REBASAN EL 3% Y BIRADS 3 REBASAN EL 5% (INDICE DE ANORMALIDAD) DEL TOTAL DE LOS ESTUDIOS INTERPRETADOS, EL LICITANTE ADJUDICADO SE OBLIGA A REALIZAR UNA LECTURA ADICIONAL CON INTERPRETACION, POR OTRO MEDICO RADIOLOGO CERTIFICADO PARA RATIFICAR O RECTIFICAR EL DIAGNÓSTICO, EN EL TOTAL DE LOS ESTUDIOS ADICIONALES CON DICHA CARACTERÍSTICA, SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO, EN BASE AL CONTROL DE CALIDAD EXTERNO.</p> <p>YA QUE EL FIN NO ES REALIZAR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS A LOS PACIENTES CON BIRADS 0, SINO QUE ES EVITAR QUE SE REALICEN PROYECCIONES ADICIONALES SIN JUSTIFICACIÓN A ESTOS PACIENTES, DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN LA</p>			
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Av. Anáhuac No. 229, Col. Centro, C. P. 58000, Toluca, México  
Tel: 413 432710, Ext. 6. [www.institutogob.mx](http://www.institutogob.mx)



			<p>NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-041-SSA2-2011 EN SU APÉNDICE F ESTÁNDARES DE REFERENCIA, INDICA QUE DEBE SER MENOR AL 3%.</p> <p>NO SE ACEPTAN RESULTADOS DE MASTOGRAFÍA NO CONCLUYENTE, BIRADS 0; DEBERÁN RECLASIFICARSE ANTES DE ENVIAR EL RESULTADO DE MASTOGRAFÍA SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO.</p> <p>TODOS LOS RESULTADOS SERÁN ENTREGADOS EN PAPEL MEMBRETADO DEL LICITANTE ADJUDICADO BAJO EL NUMERAL 7.4.1. DE LA NOM-229-SSA1-2009 EN LAS UNIDADES MÉDICAS DESCRITAS EN EL ANEXO 14 (SEGÚN CORRESPONDAN) EN UN SOBRE DEBIDAMENTE ROTULADO CON EL NOMBRE, NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL CON AGREGADO MÉDICO, UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN, ADJUNTANDO EL FORMATO "DETECCIÓN DEL CÁNCER DE LA MAMA, SOLICITUD DE MASTOGRAFÍA" (ANEXO FORMATO DE SOLICITUD DE MASTOGRAFIA) DEL INSTITUTO, ADECUADAMENTE REQUISITADO, CORRESPONDIENTE A CADA ESTUDIO, ASÍ COMO, LAS IMÁGENES QUE AVALEN EL RESULTADO DE LA PRUEBA PRACTICADA, CONCENTRANDO EL TOTAL DE ESTUDIOS ENTREGADOS A LA UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN EN EL "FORMATO DE REPORTE", EN UN TÉRMINO DE 3 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA TOMA DEL ESTUDIO.</p> <p>PARA EL CASO DE LOS ESTUDIOS PRODUCTO DE LAS JORNADAS EN LAS EMPRESAS CON CONVENIO PARA ACTIVIDADES PREVENIMOS Ó EMPRESAS GESTIONADAS POR LAS UNIDADES MÉDICAS, LAS INTERPRETACIONES SERÁN ENTREGADAS EN LA UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN DE LA PACIENTE Ó SEGÚN INDIQUE LA COORDINACIÓN DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD AL PROVEEDOR DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL INSTITUTO.</p> <p>EL HORARIO DE RECEPCIÓN DE RESULTADOS</p>			
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Av. Anáhuac No. 229, Col. Centro, C. P. 58000, Toluca, México  
Tel: 413 432710, Ext. 6. [www.institutogob.mx](http://www.institutogob.mx)



		<p>EN LAS UNIDADES MÉDICAS SERÁ DE 9:00 A 16:00 HORAS, DE LUNES A VIERNES, EN DÍAS HÁBILES PARA EL INSTITUTO.</p> <p>LA TRANSPORTACIÓN, ASEGURAMIENTO Y ENTREGA DE LOS RESULTADOS MOTIVOS DEL SERVICIO ESTARÁ A CARGO DEL LICITANTE ADJUDICADO HASTA QUE SEAN RECIBIDOS DE CONFORMIDAD POR EL INSTITUTO.</p> <p>EL PROVEEDOR ADJUDICADO ENTREGARÁ A LA COORDINACIÓN DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD, DE FORMA SEMANAL LOS DÍAS MARTES, UN REPORTE EN ARCHIVO EXCEL DE LOS SERVICIOS PRESTADO CON RESULTADOS DE LA SEMANA INMEDIATA ANTERIOR, UTILIZANDO EL FORMATO EL REGISTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD "TIPO RAIS" PARA MASTOGRAFIA DE LAS PRESENTES BASES.</p> <p>NOTIFICACIÓN INMEDIATA VÍA CORREO ELECTRÓNICO EN LAS PRIMERAS 24 HORAS A PARTIR DE LA INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO DE MASTOGRAFÍAS BIRADS 4 Y 5 A LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS Y A LA DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN QUE CORRESPONDA A CADA PACIENTE CON ESTOS RESULTADOS CON LA ENTREGA DEL REPORTE IMPRESO Y DISCO DE IMÁGENES EN LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRELSTACIONES MÉDICAS DEBERÁ ENVIARSE VÍA CORREO ELECTRÓNICO AL COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD, D<sup>CA</sup> MARIA LETICIA HERNANDEZ URIBE, AL CORREO <a href="mailto:MARIA.HERNANDEZU@IMSS.GOB.MX">MARIA.HERNANDEZU@IMSS.GOB.MX</a> ; DR. CARLOS DAVID AVILÉS LAREDO COORDINADOR AUXILIAR DE SALUD PÚBLICA <a href="mailto:CARLOS.AVILES@IMSS.GOB.MX">CARLOS.AVILES@IMSS.GOB.MX</a> EN CASO DE CAMBIO DE CORREO ELECTRÓNICO, SE LE NOTIFICARÁ AL PROVEEDOR.</p> <p>REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA</p> <p>EL MECANISMO DE REFERENCIA DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO</p>		
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p>MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL IMSS AL "EL PROVEEDOR" ES MEDIANTE EL FORMATO "SOLICITUD DE MASTOGRAFIA", Y EL FORMATO 4-30-2/03 "SOLICITUD DE SERVICIOS SUBROGADOS" Y EN EL CUAL SE INDICARÁ EL ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA, DERIVADO DEL RESULTADO SEGÚN SE INDIQUE EN LA INTERPRETACIÓN DE LA MASTOGRAFÍA CON RESULTADOS BIRADS 4 Y BIRADS 5. SE REALIZARÁ ULTRASONIDO Y TOMA DE BIOPSIA EN EL INSTITUTO, PREVIA NOTIFICACIÓN INMEDIATA POR EL PROVEEDOR DEL RESULTADO.</p> <p>1.2. EL MECANISMO DE CONTRA REFERENCIA DE "EL PROVEEDOR" A LAS UNIDADES MÉDICAS DEL IMSS SOLICITANTES Y AL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN, ES EN LA "SOLICITUD DE MASTOGRAFIA" DONDE SE CONSIGNARÁN LOS DATOS COMPLETOS EN EL APARTADO DE RESULTADOS ADICIONANDO INTERPRETACIÓN RADIOLOGICA ESPECIALIZADA EN IMAGENOLÓGIA DE LA MAMA Y EN MEDIO MAGNÉTICO (CD) CON IMÁGENES DIGITALIZADAS DE LA MAMA EN PROYECCIONES SEÑALADAS EN ESTE ANEXO, PARA EL CASO DE LOS RESULTADOS DE LOS ULTRASONIDOS SE CONSIGNARÁN LOS DATOS COMPLETOS EN EL APARTADO DE RESULTADOS ADICIONANDO INTERPRETACIÓN DE ULTRASONIDO EN MEDIO MAGNÉTICO (CD) Y PARA EL CASO DE LAS TOMAS DE BIOPSIA SE ENTREGARÁ NOTA CON LA INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO.</p> <p>1.3. "EL PROVEEDOR" DEBERÁ ENVIAR RESULTADOS CON BIRADS 1, 2, 3, 4 Y 5 AL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA SOLICITANTE VÍA CORREO ELECTRÓNICO Y FÍSICO EN UN LAPSO NO MAYOR A 3 DÍAS HÁBILES DE HABERSE PRACTICADO EL ESTUDIO, ASÍ COMO EL REPORTE INMEDIATO EN RESULTADOS BIRADS 4 Y BIRADS 5 EN LAS PRIMERAS 24 HRS A LAS CUENTAS DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA CPAS; DEBERÁ SER ENTREGADO AL COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD (CPAS) D<sup>CA</sup> MARIA LETICIA HERNANDEZ URIBE, AL</p>		
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

ANEXOS  
Plana de Contratos

									<p>CORREO: MARIA.HERNANDEZ@IMSS.GOB.MX : DR CARLOS DAVID AVILES LAREDO COORDINADOR AUXILIAR DE SALUD PÚBLICA CARLOS.AVILES@IMSS.GOB.MX EL REPORTE MENSUAL DE TODOS LOS ESTUDIOS REALIZADOS, LOS PRIMEROS CINCO DÍAS DEL MES INMEDIATO POSTERIOR DEL MES REPORTADO</p> <p>UNIDADES MÓVILES PARA LA TOMA DE MASTOGRAFÍAS REQUISITOS:</p> <p>SE REQUIEREN 3 UNIDADES MÓVILES DE MASTOGRAFÍA, CUBRAN LAS 4 ZONAS DE LA OOAD MICHOACÁN, APEGÁNDOSE AL CALENDARIO DE SERVICIOS A REALIZAR, CON LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES MÓVILES DE MASTOGRAFÍA QUE SE DESCRIBE EN:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VEHÍCULO AUTOMOTOR NO MAYOR A 5 AÑOS CON LAS SIGUIENTES DIMENSIONES MÍNIMAS (SIMILARES A LAS DEL TAMAÑO DE UN MICROBÚS):</li> </ul> <p>LARGO: 6 METROS APROXIMADO ANCHO: 3 METROS APROXIMADO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ALTURA DEL PRIMER ESCALÓN DE LA PUERTA DE ACCESO A LA UNIDAD: 50 CM. CON UN Peldaño MÓVIL DE APOYO CON ALTURA MÁXIMA DE 20 CM., Y OPCIONAL QUE CUENTE CON RAMPA DE ACCESO PARA DISCAPACITADOS.</li> <li>• EN PERFECTAS CONDICIONES DE LIMPIEZA, ASÍ COMO VENTILACIÓN ADECUADA EN CADA UNA DE LAS ÁREAS.</li> <li>• CADA UNA DE LAS ÁREAS DEBERÁ CONTAR CON EXTRACTOR DE AIRE.</li> <li>• LAS UNIDADES DEBERÁN DE ESTAR EN PERFECTAS CONDICIONES DE HOJALATERÍA Y PINTURA.</li> <li>• ROTULADO CON EL LOGOTIPO DEL IMSS (SE ENVIARÁN</li> </ul>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



									<p>ESPECIFICACIONES)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SEÑALIZACIÓN EN UN ÁREA VISIBLE EN EL EXTERIOR DEL VEHICULO DE LOS REQUISITOS Y LAS CONDICIONES EN LAS QUE SE DEBERÁ PRESENTAR LA PACIENTE PARA LA TOMA DE LA MASTOGRAFÍA.</li> <li>• DEBERÁ CONTAR CON PLANTA DE ENERGÍA, ASÍ COMO INSTALACIÓN PARA CONECTARSE A LA CORRIENTE ELÉCTRICA.</li> </ul> <p>LAS UNIDADES MÓVILES DEBERÁN CONTAR CON 3 ÁREAS FÍSICAS ESPECÍFICAS:</p> <p>ÁREA DE RECEPCIÓN DE PACIENTES (CONSULTORIO) CON DIMENSIONES MÍNIMAS DE 2 X 3 METROS, EN LA QUE SE CUENTE CON EQUIPO DE CÓMPUTO PARA LA TOMA DE DATOS Y UN ÁREA CONFORTABLE PARA LAS PACIENTES (SILLONES).</p> <p>ÁREA DE VESTIDOR CON DIMENSIONES MÍNIMAS DE 1X1 MTS. QUE CUENTE CON PUERTA O CORTINA Y QUE GARANTICE LA PRIVACIDAD PARA LAS PACIENTES, OPCIONAL QUE CUENTE CON SANITARIO</p> <p>ÁREA DE TOMA DE MASTOGRAFÍA CON DIMENSIONES MÍNIMAS DE 3 X 3 METROS, EN LAS QUE SE ENCUENTRE INSTALADO EL MASTÓGRAFO DIGITAL (UNO POR CADA UNIDAD MÓVIL) Y EN LA QUE TAMBIÉN SE DEBE DE GARANTIZAR LA PRIVACIDAD DE LAS PACIENTES.</p> <p>ESTAS UNIDADES MÓVILES DEBERÁN CONTAR CON EL SIGUIENTE EQUIPAMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ÁREA DE RECEPCIÓN PARA EL REGISTRO DE LAS PACIENTES Y ENTREGA DE RESULTADOS.</li> <li>• ÁREA DE VESTIDOR QUE ASEGURE LA PRIVACIDAD DE LAS PACIENTES Y OPCIONAL QUE CUENTE CON UN SANITARIO.</li> <li>• ÁREA PARA LA TOMA DE MASTOGRAFÍA. CONTAR CON 1 MASTÓGRAFO DIGITAL NO MAYOR A 5 AÑOS</li> </ul>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



**ANEXOS**  
Sistema de Contratos

				<p>POR UNIDAD MÓVIL</p> <p>LAS UNIDADES MÓVILES DEBERÁN CONTAR MÍNIMO CON LOS SIGUIENTES RECURSOS MATERIALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>MATERIAL E INSUMOS NECESARIOS PARA LA TOMA E INTERPRETACIÓN DE LA MASTOGRAFÍA.</li> <li>CUANDO MENOS 150 BATAS DESECHABLES PARA LAS DERECHAHABIENTES CON LAS CUAL PASARÁN DEL ÁREA DEL VESTIDOR AL ÁREA DE LA TOMA DE MASTOGRAFÍA.</li> <li>CADA UNIDAD MÓVIL DEBERÁ GARANTIZAR UNA PRODUCTIVIDAD MÍNIMA DE 50 MASTOGRAFÍAS DIARIAS.</li> </ul> <p>LAS UNIDADES MÓVILES O FIJAS DEBERÁN CONTAR MÍNIMO CON LOS SIGUIENTES RECURSOS HUMANOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>AL MENOS UNA (1) RECPIONISTA POR UNIDAD MÓVIL O FIJA CON NIVEL MÍNIMO DE SECUNDARIA CONCLUIDA, PARA ELLO SE REQUIERE COPIA DEL CERTIFICADO O DIPLOMA QUE AVALEN EL NIVEL.</li> <li>AL MENOS UN (1) TÉCNICO RADIOLOGO POR UNIDAD MÓVIL O FIJA EXPERIENCIA MÍNIMA DE DOS AÑOS, PARA ELLO SE REQUIERE COPIA DEL CERTIFICADO O DIPLOMA QUE AVALEN EL NIVEL DE RADIOLOGO EXPEDIDO POR UNA INSTITUCIÓN RECONOCIDA, ASÍ COMO EL CURRÍCULO, ACREDITAR ADICIONALMENTE LA CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN MASTOGRAFÍA O CURSO TUTORIAL O DEMOSTRATIVO (TÉCNICO-PRACTICO).</li> <li>AL MENOS UN (1) MÉDICO RADIOLOGO PARA EL PROCESO DE LA INTERPRETACIÓN DE LA MASTOGRAFÍA, CERTIFICADO POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA Y/O CON CALIFICACIÓN AGREGADA EN MAMA, CON EXPERIENCIA MÍNIMA DE DOS AÑOS, PARA ELLO SE REQUIERE COPIA DE LA CEDULA O TÍTULO PROFESIONAL QUE AVALEN EL NIVEL DE RADIOLOGOS ASÍ COMO EL CURRÍCULUM QUE DEMUESTRE LA EXPERIENCIA EL PERSONAL MÉDICO QUE INTERPRETA LAS MASTOGRAFÍAS DEBERÁ DE TENER UNA</li> </ul>			
--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Av. Madro Pta. No. 1700, Col. Centro, C.P. 58010, Ciudad de México  
Tel. 463312216, E-mail: www.imss.gob.mx



				<p>PRODUCTIVIDAD MÍNIMA DE 2000 ESTUDIOS ANUALES, LAS CUALES DEBERÁ DE DEMOSTRAR LOS ESTUDIOS INTERPRETADOS A TRAVÉS DEL REGISTRO DE LAS MISMAS, PRESENTANDO EL CENSO NOMINAL DE PACIENTES ATENDIDAS</p> <p>PERSONAL TÉCNICO ESPECIALIZADO QUE OTORQUE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO A LAS UNIDADES MÓVILES PARA LA TOMA DE MASTOGRAFÍA, EL CUAL DEBERÁ EFECTUARSE FUERA DEL HORARIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.</p> <p>SE DEBERÁN REALIZAR DOS PROYECCIONES CON APEGO A LA NOM-041-SSA2-2011, PARA CADA MAMA POR PACIENTE: MEDIO LATERAL OBLICUA Y CRÁNEO CAUDAL DEBEN CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES PUNTOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>IMAGEN OBLICUA MEDIO LATERAL       <ol style="list-style-type: none"> <li>IMAGEN MAMARIA COMPLETA</li> <li>ANOTACIONES COMPLETAS</li> <li>COMPRESIÓN ADECUADA</li> <li>PROCESAMIENTO CORRECTO</li> <li>PIEL LIBRE DE ARRUGAS</li> <li>IMÁGENES SIMÉTRICAS</li> <li>PEZÓN PERPENDICULAR</li> <li>EXPOSICIÓN APROPIADA</li> <li>AUSENCIA DE MOVIMIENTO</li> <li>INTERPRETACIÓN ADECUADA</li> <li>AUSENCIA DE ARTIFICIOS EN LA IMAGEN</li> </ol> </li> <li>IMAGEN CRÁNEO CAUDAL       <ol style="list-style-type: none"> <li>BORDE MEDIAL PRESENTE</li> <li>SOMBRA DEL MÚSCULO PECTORAL</li> <li>ANOTACIONES COMPLETAS</li> <li>COMPRESIÓN ADECUADA</li> <li>PROCESAMIENTO CORRECTO</li> <li>PIEL LIBRE DE ARRUGAS</li> <li>IMÁGENES SIMÉTRICAS</li> <li>COLA AXILAR DE LA MAMA VISIBLE</li> <li>PEZÓN PERPENDICULAR</li> <li>EXPOSICIÓN APROPIADA</li> <li>AUSENCIA EN MOVIMIENTO</li> <li>INTERPRETACIÓN ADECUADA</li> <li>AUSENCIA DE ARTIFICIOS EN LA IMAGEN</li> </ol> </li> </ol>			
--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Av. Madro Pta. No. 1700, Col. Centro, C.P. 58010, Ciudad de México  
Tel. 463312216, E-mail: www.imss.gob.mx



ANEXOS  
Módulo de Contratos

				<p>PRESENTAR FÍSICAMENTE A PARTIR DE LA PRESENTACION DE LA PROPUESTA EN UN PERIODO NO MAYOR A 48 HRS, PARA SU EVALUACION EN EL DOMICILIO QUE LA JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS LES INDIQUE, DE LAS 4 UNIDADES MÓVILES (1 MASTÓGRAFO DIGITAL O ANALOGO CON SISTEMA DE CONVERSION DIGITAL MOVIL POR CADA UNIDAD MÓVIL), Y ULTRASONIDO, PARA VERIFICAR EL EQUIPAMIENTO DE LOS MISMOS DE ACUERDO A LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS QUE UTILIZARÁN PARA OTORGAR EL SERVICIO.</p> <p>EL PROVEEDOR DEBE CONTAR Y PRESENTAR UN PROGRAMA DE VERIFICACION, MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PARA GARANTIZAR EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS, LA CALIDAD DE IMÁGENES Y SEGURIDAD RADIOLOGICA.</p> <p>CONTAR CON UN SISTEMA PACS/RIS QUE CUENTA CON COMPONENTE ESPECIALIZADO EN ENCRIPCIÓN DE DATOS, EN ESTE CASO, IMÁGENES, DONDE SU PROPOSITO SEA SEGMENTAR OBJETOS DICOM EN PEQUEÑOS PAQUETES Y ALMACENARLOS PARA QUE LA DATA NO SEA VULNERABLE A CUALQUIER SITUACION RELACIONADA CON SEGURIDAD CIBERNETICA EN DICHO CASO, AL BUSCAR LAS IMÁGENES, SIEMPRE SEAN LOCALIZADAS Y DE EXTRAORDINARIA CALIDAD, AL MISMO TIEMPO ASEGURA QUE LOS DATOS NO SE PERDERAN.</p> <p>CONTAR DE CUATRO UNIDADES DE MASTOGRAFIA MÓVILES DIGITALES O ANALOGAS CON SISTEMA DE CONVERSION DIGITAL, MISMAS QUE TENGAN SU PROPIA PLANTA DE LUZ O CONTAR CON UNA PLANTA DE LUZ PROPIEDAD DE LA EMPRESA QUE GARANTICE EL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS EN CASO DE FALLA ELÉCTRICA EN LA UNIDAD SEDE, LAS CUALES SE UBICARÁN DE ACUERDO A LAS NECESIDADES ESTABLECIDAS POR LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS, MISMAS QUE SERÁN NECESARIAS PARA</p>			
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Módulo de Atención al Ciudadano, C. P. 59000 - Ciudad de México  
Tel: 55 53413777, Fax: 55 53413766



				<p>EVITAR EL TRASLADO DE LOS PACIENTES A LOCALIDADES DISTINTAS A LAS QUE SE PROGRAMEN PARA LA TOMA DE LOS ESTUDIOS, MÁS UN CABINETE FIJO EN ZACAPU EL CUAL SE ENCUENTRA JUSTIFICADO DEBIDO A QUE ES LA ÚNICA LOCALIDAD QUE NO CUENTA CON MASTÓGRAFO PROPIEDAD DEL INSTITUTO, (LOS GABINETES PUEDEN SER UNIDADES MÓVILES MISMAS QUE PERMANECERÁN Fijas EN LA LOCALIDAD MENCIONADA, SIEMPRE Y CUANDO EL PRESTADOR DEL SERVICIO GARANTICE LA ADECUADA LOCALIZACIÓN, ESPACIO, INSTALACIÓN Y ACCESO A LAS USUARIAS DEL SERVICIO).</p> <p>EL SUBROCATARIO DEBERÁ ABSTENERSE DE EMITIR RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS DE PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTOS O ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.</p> <p>REALIZAR MASTOGRAFÍAS CON ESTRICTO APEGO A RECOMENDACIONES SANITARIAS VIGENTES, COMO EL USO DE ALCOHOL EN GEL PARA SUS TRABAJADORES Y POBLACION DERECHAHABIENTE, GARANTIZAR LA "SANA DISTANCIA EN TODO MOMENTO", USO OBLIGATORIO DE CUBRE BOCAS PARA PERSONAL Y PACIENTES, AL INGRESO AL MASTÓGRAFO EL PROVEEDOR DE SERVICIOS ESTABLECERÁ UN FILTRO PARA LA TOMA DE TEMPERATURA CORPORAL Y USO DE ALCOHOL EN GEL, ASEGURAR VENTILACIÓN NATURAL ADECUADA DE SUS INSTALACIONES, ASÍ COMO LA DESINFECCIÓN DE ESPACIOS Y MATERIAL ENTRE CADA PACIENTE.</p> <p>LA TRANSPORTACIÓN DE LA UNIDAD MÓVIL, SERÁ DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DE LA EMPRESA QUE PRESTE EL SERVICIO, POR LO QUE DEBERÁ ASIGNAR UN CHOFER, CON LA EXPERIENCIA SUFICIENTE PARA EL MANEJO DE LA UNIDAD EL CUAL DEBERÁ CONTAR CON LA LICENCIA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD APLICABLE POR LA SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES, LA APLICACIÓN DE LA CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE LA</p>			
--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Módulo de Atención al Ciudadano, C. P. 59000 - Ciudad de México  
Tel: 55 53413777, Fax: 55 53413766



**ANEXOS**  
**Oficina de Contratos**

			<p>UNIDAD MÓVIL DE MASTOGRAFÍA (ANEXO 7) ESTARÁ A CARGO DEL PERSONAL DESIGNADO POR EL TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS, POR LO QUE EL PROVEEDOR DEBERÁ SEÑALAR EL NOMBRE DEL PERSONAL QUE DESIGNE Y QUE ESTARÁ A CARGO DE LAS UNIDADES MÓVILES A VERIFICAR, PROPORCIONANDO TELÉFONO Y DOMICILIO DE LAS INSTALACIONES DONDE EL LICITANTE REALIZARÁ E INTERPRETARÁ LAS MASTOGRAFÍAS, ASÍ COMO LOS ULTRASONIDOS.</p> <p>EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO EN EL PROGRAMA DE ACTOS DE LAS PRESENTES BASES, DEBERÁ PRESENTAR EL SELLO DE VERIFICACIÓN REALIZADO POR PARTE DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS, PARA LO CUAL DEBERÁ UTILIZAR EL ANEXO NÚMERO 7 ANTES MENCIONADO.</p> <p><b>PROPUESTA DE TRABAJO.</b></p> <p>PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA, INTERPRETACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS DE MASTOGRAFÍAS.</p> <p>LA EMPRESA SE COMPROMETE A OTORGAR UN SERVICIO CON CALIDAD Y EXCELENCIA LA CUAL INCLUYE EL TRATO DIGNO Y CORDIAL.</p> <p>EN LA UNIDAD MÓVIL LA RECEPCIONISTA REQUERIRÁ A LAS PACIENTES COPIA DEL FORMATO DE SOLICITUD DE MASTOGRAFÍA DEBIDAMENTE REQUISITADO Y VERIFICARA QUE EL SELLO SE ENCUENTRE VIGENTE, FIRMA Y MATRÍCULA DEL MÉDICO SOLICITANTE DE UNIDADES MÉDICAS DEL OOAD MICHOACÁN; EL ORIGINAL DE LA SOLICITUD DE MASTOGRAFÍA SERÁ REQUISITO INDISPENSABLE PARA LA ENTREGA DEL RESULTADO A LA PACIENTE.</p> <p>EN LAS UNIDADES MÓVILES SE REALIZARÁ LA TOMA Y DIGITALIZACIÓN ASEGURANDO LA CALIDAD DE LA TÉCNICA A CADA PACIENTE ANTES DE QUE ÉSTA SE RETIRE.</p> <p>EL TÉCNICO RADIOLOGO PREVIO A LA</p>		
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

			<p>TOMA DE LA MASTOGRAFÍAS Y CON EL FIN DE SENSIBILIZAR A LA MUJER PARA QUE ACEPTÉ LA PRUEBA, SU POSTERIOR CONTINUIDAD EN LA DETECCIÓN Y DISMINUIR LA ANSIEDAD QUE EL PROCEDIMIENTO GENERA, DEBERÁ DAR UNA EXPLICACIÓN CLARA Y DETALLADA DE QUE EL ESTUDIO DURA APROX. 15 A 20 MINUTOS Y CAUSA MOLESTIAS MENORES, YA QUE SE NECESITA COMPRIMIR EL PECHO PARA LA TOMA DE LA MASTOGRAFÍAS, EN CASO DE QUE LA MASTOGRAFÍA NO ES ADECUADA PARA INTERPRETACIÓN, SE SOLICITARA A LAS MUJERES REPETIR EL ESTUDIO.</p> <p>LAS MASTOGRAFÍAS SERÁN INTERPRETADAS POR PERSONAL CERTIFICADO ANTE EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA Y CON CALIFICACIÓN AGREGADA EN MAMA, O EN LAS INSTALACIONES DE LA PROPIA EMPRESA SUBROGADA QUE PRESTA EL SERVICIO.</p> <p>LA INTERPRETACIÓN DE LA MASTOGRAFÍA DEBERÁ SER DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE BI-RADS 1, 2, 3, 4 O 5 Y EL MÉDICO RADIOLOGO DE LA EMPRESA DEBERÁ DE ABSTENERSE DE HACER RECOMENDACIONES PARA ESTUDIOS SUBSECUENTES, CONCRETÁNDOSE EXCLUSIVAMENTE A LA EMISIÓN DEL DIAGNÓSTICO RADIOLOGICO.</p> <p>EL IMSS ESTABLECERÁ CONTROLES DE CALIDAD PERIÓDICOS Y ALEATORIOS DE LA TOMA E INTERPRETACIÓN.</p> <p><b>DE LOS INFORMES</b></p> <p>LOS SERVICIOS DE RADIOLOGÍA QUE REALIZAN MASTOGRAFÍAS DE TAMIZAJE DEBERÁN TENER UN REGISTRO DE LAS MASTOGRAFÍAS QUE REALIZAN, QUE INCLUYA EL NÚMERO DE MASTOGRAFÍAS QUE SE REPITEN POR FALLA TÉCNICA Y ENTREGARLO FÍSICA Y MENSUALMENTE EN ELECTRÓNICO AL COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD EN LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS DENTRO DE LOS 5 DÍAS SIGUIENTES AL MES</p>		
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

DF REPORTE.	
FORMATO	
INFORME MEN	
MASTOGRAFÍAS REALIZADAS	MASTOGRAFÍAS REPETIDAS POR FALLAS TÉCNICAS
<p>EL RESULTADO DEL ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE DEBE REPORTARSE DE ACUERDO CON LA ÚLTIMA CLASIFICACIÓN DE BIRADS.</p> <p>DEBE CONTAR CON SISTEMA DE REGISTRO O CENSO DE LAS MASTOGRAFÍAS QUE SE REALIZAN COMPATIBLES CON PROGRAMA EXCEL, QUE INCLUYAN POR LO MENOS LAS SIGUIENTES VARIABLES: NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (11 CARACTERES), AGREGADO MEDICO (6 CARACTERES), UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN CORRESPONDIENTE, EDAD, FECHA DE ENVÍO A TOMA DE MASTOGRAFÍA (DD/MM/AAAA), FECHA DE TOMA DE ESTUDIO (DD/MM/AAAA), FECHA DE INTERPRETACIÓN (DD/MM/AAAA) MISMA QUE NO DEBE DE EXCEDER LOS SIETE DÍAS NATURALES A PARTIR DE LA FECHA DE TOMA, TIPO DE ESTUDIO REALIZADO (MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE Y/O ULTRASONIDO), EL DIAGNÓSTICO ACUERDO A ÚLTIMA CLASIFICACIÓN DE BIRADS DEBE ESPECIFICAR EL RESULTADO DE CADA UNA DE LAS MAMAS (MAMA IZQUIERDA Y MAMA DERECHA), NÚMERO TELEFÓNICO DE LA PACIENTE, NOMBRE DEL PROVEEDOR, NÚMERO DE CONTRATO, COSTO CON IVA DEL ESTUDIO.</p>	
REGISTRO/CENSO CONTROL DE MASTOGRAFÍAS	
NÚMERO DE SEGURIDAD	

Módulo de Medición del Centro de Estudios de la Salud

 **2024**  
Felipe Carrillo Puerto  
GOBIERNO FEDERAL

SOCIAL	
AGREGADO MEDICO	
UNIDAD MEDICA DE ADSCRIPCIÓN	
EDAD	
FECHA DE ENVÍO A TOMA DE MASTOGRAFÍA	
FECHA DE TOMA DE MASTOGRAFÍA	
FECHA DE INTERPRETACIÓN DE MASTOGRAFÍA	
TIPO DE ESTUDIO REALIZADO (MASTOGRAFÍA O ULTRASONIDO)	
DIAGNÓSTICO MAMA DERECHA (BIRADS)	
DIAGNÓSTICO MAMA IZQUIERDA (BIRADS)	
NÚMERO TELEFÓNICO DE LA PACIENTE	
NOMBRE DEL PROVEEDOR	
NÚMERO DE CONTRATO	
COSTO CON IVA DEL ESTUDIO	
<p>SE DEBE DE ENTREGAR COPIA DE CENSO DE MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE REALIZADAS A LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS EN FORMATO ELECTRÓNICO LOS PRIMEROS 5 DÍAS DEL MES CALENDARIO DIRIGIDO AL CORREO ELECTRÓNICO AL COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD, DRA. MARIA LETICIA HERNANDEZ LURIBE, AL CORREO MARIA.HERNANDEZL@IMSS.GOB.MX, DR. CARLOS DAVID AVILÉS LAREDO.</p>	

Módulo de Medición del Centro de Estudios de la Salud

 **2024**  
Felipe Carrillo Puerto  
GOBIERNO FEDERAL

ANEXOS

Plana de Contratos

				<p>COORDINADOR AUXILIAR DE SALUD PÚBLICA CARLOS AVILES.I@IMSS.GOB.MX EN CASO DE CAMBIO DE CORREO ELECTRÓNICO, SE LE NOTIFICARÁ AL PROVEEDOR, ASÍ COMO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, LIC. MAURICIO RAFAEL ALVAREZ BEDOLLA MAURICIO.ALVAREZ@IMSS.GOB.MX</p> <p>SE DEBE ENTREGAR REPORTE IMPRESO CON FIRMA ORIGINAL O FIRMA DIGITAL POR EL MÉDICO RADIÓLOGO QUE INTERPRETA, ASÍ COMO DISCO CON IMÁGENES COMPATIBLE CON SOFTWARE DE WINDOWS EN NO MÁS DE TRES DÍAS NATURALES A PARTIR DE LA TOMA DE MASTOGRAFÍA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR QUE CORRESPONDA (DONDE FUE TOMADA), DONDE SE ESPECIFIQUE:</p> <p>A. NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTES, SIN ABREVIATURAS B. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MÉDICO C. NÚMERO TELEFÓNICO DE LA PACIENTE D. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN DE LA PACIENTE E. FECHA DE ENVÍO A MASTOGRAFÍA F. FECHA DE TOMA DE MASTOGRAFÍA G. FECHA DE INTERPRETACIÓN DE MASTOGRAFÍA H. RESULTADO DE MASTOGRAFÍA CON CATEGORIZACIÓN DE BIRADS DE CADA MAMA (MAMA IZQUIERDA Y MAMA DERECHA). I. DIAGNÓSTICO, DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS (NÚDULOS, CALCIFICACIONES, DISTORSIÓN DE LA ARQUITECTURA, ASIMETRÍAS Y CASOS ESPECIALES), DISTRIBUCIÓN, SIMETRÍA Y COMPOSICIÓN DE LA GLÁNDULA MAMARIA Y CONCLUSIONES EN EXTENSO J. NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL, CÉDULA DE ESPECIALIDAD Y FIRMA EN ORIGINAL O DIGITAL DEL MÉDICO QUE INTERPRETE LA MASTOGRAFÍA.</p> <p>ASÍ MISMO DE MANERA MENSUAL LOS CINCO PRIMEROS DÍAS CALENDARIO EL SUBROGATARIO DEBERÁ ENVIAR AL</p>			
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--



				<p>ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD Y A CADA UNIDAD DONDE SE REALICEN ESTUDIOS DE ACUERDO AL FORMATO DE SUBROGADO 4-30-2/03 (ANEXO) PREVIAMENTE ELABORADO POR EL IMSS, UN INFORME DIGITAL MENSUAL DEL TOTAL DE ESTUDIOS REALIZADOS POR MES, EL CUAL DEBERÁ INCLUIR EL COSTO DE LOS MISMO Y EL REPORTE DEL RESULTADO IMPRESO Y EN ELECTRÓNICO.</p> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">REPORTE MENSUAL DE MASTOGRAFÍAS</th> </tr> <tr> <td>CIAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PCIÓN</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MASTOGRAFIA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GRAFIA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DE MASTOGRAFIA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DO (MASTOGRAFIA O</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HA (BIRADS)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>RDA (BIRADS)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>A PACIENTE</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>CANJE O DEVOLUCIÓN:</p> <p>ESTRICTAMENTE EL PRESTADOR DE SERVICIOS DEBERÁ PROPORCIONAR EL SERVICIO SOLICITADO DENTRO DEL REQUERIMIENTO, ANEXO 4 (CUATRO), RELACIONADO CON EL SERVICIO MÉDICO SUBROGADO DE TOMA E INTERPRETACIÓN DE MASTOGRAFÍA.</p> <p>EL PRESTADOR DE SERVICIOS DEBERÁ REPONER LOS ESTUDIOS QUE SE TOMEN DE FORMA INADECUADA DE FORMA INMEDIATA.</p> <p>TODOS LOS GASTOS QUE SE GENEREN CON MOTIVO DEL CANJE O DEVOLUCIÓN,</p>	REPORTE MENSUAL DE MASTOGRAFÍAS		CIAL		PCIÓN		MASTOGRAFIA		GRAFIA		DE MASTOGRAFIA		DO (MASTOGRAFIA O		HA (BIRADS)		RDA (BIRADS)		A PACIENTE										
REPORTE MENSUAL DE MASTOGRAFÍAS																																	
CIAL																																	
PCIÓN																																	
MASTOGRAFIA																																	
GRAFIA																																	
DE MASTOGRAFIA																																	
DO (MASTOGRAFIA O																																	
HA (BIRADS)																																	
RDA (BIRADS)																																	
A PACIENTE																																	



ANEXOS

				<p>CORRERÁN POR CUENTA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS, PREVIA NOTIFICACIÓN DEL IMSS.</p> <p>EL PRESTADOR DE SERVICIOS SE OBLIGA A RESPONDER POR SU CUENTA Y RIESGO DE LOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS QUE POR INOBSERVANCIA O NEGLIGENCIA DE SU PARTE, LLEGUE A CAUSAR AL INSTITUTO Y/O A TERCEROS.</p> <p>EN CASO DE QUE EL INSTITUTO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO O LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO RECIBA COMUNICADO POR PARTE DE LA SSA, EN RESPUESTA A LAS NOTIFICACIONES ENVIADAS, DE QUE HA SIDO SANCIONADO EL PROVEEDOR O SE LE HA REVOCADO EL REGISTRO SANITARIO, SE PODRÁ EN SU CASO, INICIAR EL PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO; DEBIÉNDOSE NOTIFICAR DICHA CIRCUNSTANCIA A LA SECRETARÍA DE SALUD.</p> <p>LOS LUGARES DE ENTREGA SON DIRECTAMENTE EN LAS UNIDADES MEDICAS Y/O UNIDADES MEDICAS SEDES, DESCRITAS EN EL CALENDARIO DE FECHAS DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO, SIENDO EL RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN EL JEFE DE CONSERVACIÓN Y/O EL ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD MEDICA.</p> <p>CALIDAD: LOS LICITANTES DEBERÁN ACOMPAÑAR A SU PROPUESTA TÉCNICA LOS DOCUMENTOS SIGUIENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>NOM-041-SSA2-2011 NORMA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA.</li> <li>NOM-229-SSA1-2002 RESPONSABILIDADES SANITARIAS Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO CON RAYOS X.</li> </ul> <p>ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS O LAS NORMAS MEXICANAS Y A FALTA DE ESTAS, LAS</p>			
--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

				<p>NORMAS INTERNACIONALES O NORMAS DE REFERENCIA, A FALTA DE ESTAS ÚLTIMAS, LAS ESPECIFICACIONES DEL INSTITUTO.</p> <p>PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA APLICABLE A CADA CASO LOS LICITANTES DEBERÁN PRESENTAR CERTIFICADO EMITIDO POR UN ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN ACREDITADO POR UNA ENTIDAD DE ACREDITACIÓN AUTORIZADA PARA OPERAR EN TÉRMINOS DE LA LEY DE LA MATERIA.</p> <p>EN EL CASO DE NORMAS INTERNACIONALES Y NORMAS DE REFERENCIA, LOS LICITANTES DEBERÁN DE PRESENTAR CERTIFICADO EMITIDO POR UN ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN, ACREDITADO EN LA RAMA O SECTOR QUE CORRESPONDA POR UNA ENTIDAD DE ACREDITACIÓN.</p> <p>TODO LOS GASTOS QUE SE GENEREN POR CONCEPTO DE LA VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS, BIENES Y EQUIPOS, ASÍ COMO LAS CONDICIONES EN QUE SE OTORGA EL SERVICIO, QUEDARÁN A CARGO DEL PROVEEDOR.</p> <p>LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA PODRÁ VERIFICAR LA CALIDAD DE LAS ESPECIFICACIONES DE LOS BIENES Y EQUIPOS EMPLEADOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, A TRAVÉS DE LOS LABORATORIOS, INSTITUCIONES EDUCATIVAS Y DE INVESTIGACIÓN O CON LAS PERSONAS QUE DETERMINE EN LOS TÉRMINOS QUE ESTABLECE LA LEY DE INFRAESTRUCTURA DE LA CALIDAD Y QUE PODRÁN SER AQUELLOS DEL IMSS.</p> <p>EL RESULTADO DE LAS COMPROBACIONES SE HARÁ CONSTAR EN UN DICTAMEN QUE SERÁ FIRMADO POR QUIEN HAYA HECHO LA COMPROBACIÓN, COMO REPRESENTANTE DEL IMSS.</p> <p>SIN PERJUICIO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES JURÍDICAS QUE REGULAN EL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE</p>			
--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

				<p>CONTRATACIÓN, EN CUMPLIMIENTO AL ARTICULO PRIMERO DEL ACUERDO POR EL QUE SE EXPIDE EL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN MATERIA DE CONTRATACIONES PÚBLICAS, OTORGAMIENTO Y PRÓRROGA DE LICENCIAS, PERMISOS, AUTORIZACIONES Y CONCESIONES, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN CON FECHA 20 DE AGOSTO DE 2015 Y MODIFICADO CON LA PUBLICACIÓN HECHA EL 19 DE FEBRERO DE 2016 Y 28 DE FEBRERO DEL ACTUAL, SE HACE DEL CONOCIMIENTO A LOS PARTICIPANTES QUE LOS SERVIDORES PÚBLICOS QUE PARTICIPAN, EN SU CONTACTO CON PARTICULARES, ASÍ COMO LA CELEBRACIÓN DE REUNIONES, REALIZACIÓN DE REUNIONES Y VISITAS DEBERÁN DE OBSERVARSE LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN EL ANEXO PRIMERO DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN; ADEMÁS PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE ACTO FUERON REQUERIDOS DE CONFORMIDAD CON LAS PROPIAS REGLAS DE REFERENCIA EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL Y LA JEFATURA DE SERVICIOS JURÍDICOS.</p> <p>EN EL SUPUESTO DE QUE NO EXISTAN ORGANISMOS DE CERTIFICACIÓN ACREDITADOS, LOS LICITANTES DEBERÁN PRESENTAR CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, DE QUE LOS BIENES OFERTADOS CUMPLEN CON LO SOLICITADO.</p> <p>EL LICITANTE ADJUDICADO DEBERÁ DE PROPORCIONAR LAS UNIDADES MÓVILES DE MASTOGRAFIA Y/O REMOLQUE CON LAS CARACTERÍSTICAS OFERTADAS Y ADJUDICADAS CONFORME A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS LAS UNIDADES MÓVILES.</p> <p>EL EQUIPO DE MASTOGRAFÍA Y EL PROCESAMIENTO DE IMÁGENES DEBEN TENER UN ESTRICTO CONTROL DE CALIDAD Y MANTENER NIVELES ÓPTIMOS DE CALIDAD MIENTRAS SE ENCUENTRA EN USO, ACORDE</p>			
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

				<p>AL CAPÍTULO 8 DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-219-SSA1-2002, SALUD AMBIENTAL ASÍ COMO DEBERÁ DE ASEGURAR QUE LA TOMA DE MASTOGRAFÍAS CUBRA LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD Y EXPOSICIÓN DE RADIACIÓN PARA PACIENTES Y TÉCNICOS.</p> <p>ADEMÁS, DEBERÁ CUMPLIR CON LOS CRITERIOS DE CONTROL Y GESTIÓN DE CALIDAD ESTABLECIDA EN EL CAPÍTULO 14 Y DE EVALUACIÓN DEL CAPÍTULO 15 DE LA NOM-041-SSA2-2011.</p> <p>EL INSTITUTO DE ACUERDO A SUS NECESIDADES SOLICITARÁ LA INSTALACIÓN DE LAS UNIDADES MÓVILES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES MÉDICAS INDICADAS EN EL REQUERIMIENTO DE UNIDADES DE LAS PRESENTES BASES O LOCALIDADES QUE CORRESPONDEN A LA CIRCUNSCRIPCIÓN TERRITORIAL DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACAN.</p> <p>LAS UNIDADES MÓVILES DE MASTOGRAFIA Y/O REMOLQUE BRINDARÁN SERVICIO EN UN HORARIO CONTINUO DE 09:00 A 18:00 HORAS A PETICIÓN DEL INSTITUTO, DE LUNES A VIERNES, ADEMÁS DE LOS HORARIOS DE SÁBADO DE LAS 09:00 A 14:00 HORAS QUE SE LE INDIQUEN AL LICITANTE ADJUDICADO PARA AQUELLAS UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO CON CONSULTA LOS DÍAS SÁBADO.</p> <p>EL TRASLADO, INSTALACIÓN Y DESINSTALACIÓN DE LAS UNIDADES MÓVILES MASTOGRAFIA SERÁ EFECTUADA, PREFERENTEMENTE EN SÁBADO POR LA TARDE O DOMINGO, SIN CARGO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO, POR EL LICITANTE ADJUDICADO OBLIGÁNDOSE A CUBRIR TODOS LOS GASTOS Y ABSORBER TODOS LOS</p>			
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

				<p>RIESGOS RELATIVOS A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, POR LO QUE EL ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD MÉDICA INFORMARÁ EL LUGAR DONDE SE PODRÁ LLEVAR A CABO LA CONEXIÓN Y DESCONEXIÓN EN LA INSTALACIÓN ELÉCTRICA MISMA QUE CORRERÁ A CARGO DEL PERSONAL DEL LICITANTE ADJUDICADO.</p> <p>EL CAMBIO Y TRASLADO DE LAS UNIDADES MÓVILES DE MASTOGRAFÍA V/O REVOLQUE SE EFECTUARÁ A PETICIÓN DE LA COORDINACIÓN DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN SALUD, CON UN MÍNIMO DE 24 HORAS, TIEMPO MÁXIMO EN EL QUE LAS UNIDADES DEBEN ESTAR EN FUNCIONAMIENTO Y PRESTANDO EL SERVICIO.</p> <p>EL INSTITUTO SOLICITARÁ EL SERVICIO MEDIANTE EL FORMATO "SOLICITUD DE MASTOGRAFÍA", "DETECCIÓN DEL CÁNCER DE LA MAMA, SOLICITUD DE MASTOGRAFÍA" (ANEXO 1 (JUNO) Y EL FORMATO 4-30-2/03 "SOLICITUD DE SERVICIOS SUBROGADOS" DE LAS PRESENTES BASES, Y SOLICITUD DE PREVIA IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE CON VIGENCIA DE DERECHOS.</p> <p>EL PERSONAL DEL LICITANTE DEBERÁ ESTAR DEBIDAMENTE UNIFORMADO E IDENTIFICADO, MISMO QUE PREVIO A LA TOMA DE LA MASTOGRAFÍA DARÁ UNA EXPLICACIÓN CLARA SOBRE EL PROCESO DEL ESTUDIO, SU DURACIÓN Y LAS MOLESTIAS MENORES CAUSADAS POR EL MISMO, CON EL FIN DE SENSIBILIZAR A LA PACIENTE Y DISMINUIR LA ANSIEDAD QUE EL PROCEDIMIENTO GENERA, RESPECTO A LAS COMPETENCIAS QUE DEBE REUNIR EL PERSONAL TÉCNICO Y MÉDICO RADIOLOGO.</p> <p>SEGÚN SE ESTABLECE EN LA NOM-041-SSA2-2011, SE DEBERÁN REALIZAR DOS</p>			
--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Av. Madero 340 No. 17, Col. Centro, C.P. 58010 - Ciudad Morelia  
Tel. 413397916 - Fax: 413397915 - www.gob.mx/mic



				<p>PROYECCIONES, POR PACIENTE: MEDIO LATERAL OBLICUA Y CRÁNEO CAUDAL DE CADA GLÁNDULA MAMARIA.</p> <p>POR NINGÚN MOTIVO EL PERSONAL DEL LICITANTE ADJUDICADO PODRÁ HACER OBSERVACIONES O INTERPRETACIONES DIAGNÓSTICAS A LAS DERECHAHABIENTES.</p> <p>LAS MASTOGRAFÍAS SERÁN INTERPRETADAS EN LAS INSTALACIONES DEL LICITANTE ADJUDICADO, PARA EL CUAL EL LICITANTE ADJUDICADO DEBERÁ CONTAR EN SUS INSTALACIONES LOS EQUIPOS SOLICITADOS EN LA CÉDULA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS</p> <p>EL RESULTADO DEL ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA DIAGNÓSTICA DEBE REPORTARSE DE ACUERDO CON LA ÚLTIMA CLASIFICACIÓN DE BIRADS, QUE ESTARÁ DISPONIBLE EN LA PÁGINA DEL CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA (<a href="http://WWW.GENEROYSALUDREPRODUCTIVASALUD.GOB.MX">WWW.GENEROYSALUDREPRODUCTIVASALUD.GOB.MX</a>). REALIZAR LA INTERPRETACIÓN DE MASTOGRAFÍA DE CALIDAD Y GENERAR EL REPORTE CON BASE A LO ESTIPULADO</p> <p>EN LA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y A LOS REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN ESTABLECIDOS EN ESTA NORMA Y EN CUMPLIMIENTO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-041-SSA2 2011, PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA APÉNDICE INFORMATIVO F, ESTÁNDARES DE REFERENCIA</p> <p>EL PROVEEDOR DEBE CONTAR CON UN CONTROL PORCENTUAL ESPERADO MÁXIMO PERMITIDO DE LOS RESULTADOS DE</p>			
--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Av. Madero 340 No. 17, Col. Centro, C.P. 58010 - Ciudad Morelia  
Tel. 413397916 - Fax: 413397915 - www.gob.mx/mic



**ANEXOS**  
Oficina de Contratos

				<p>MASTOGRAFÍAS DE TAMIZAJE (BIRADS) DEL TOTAL DE ESTUDIOS CONTRATADOS DE ACUERDO A LO SIGUIENTE:</p> <p>LA INTERPRETACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LAS MASTOGRAFÍAS SERÁ EN FUNCION DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN RADIOLÓGICA PARA LA IMAGEN DE LA MAMA BIRADS (POR SUS SIGLAS EN INGLES: BREAST IMAGING-REPORTING AND DATA SYSTEM), CONCRETÁNDOSE EXCLUSIVAMENTE, A LA EMISIÓN DEL DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO, EN IDIOMA ESPAÑOL, CON DESCRIPCIÓN, CONCLUSIÓN Y DEBIDAMENTE AVAIADA POR UN PROFESIONAL MÉDICO.</p> <p>CUANDO EL DIAGNÓSTICO SE ENCUENTRA DENTRO DE LA CATEGORÍA BIRADS 0 Y BIRADS 3, DESPUÉS DE LA DOBLE LECTURA, EL LICITANTE ADJUDICADO INVARIABLEMENTE REPORTARÁ LAS CAUSAS DENTRO DE LA INTERPRETACIÓN Y AGENDARÁ EN UN PLAZO NO MAYOR A 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES, A PARTIR DEL RESULTADO DE LA MASTOGRAFÍA, UNA CITA PARA REALIZAR UN ULTRASONIDO, O PROYECCIÓN COMPLEMENTARIA REPETICIÓN DE PROYECCIÓN ERRÓNEA O NO SUSCEPTIBLE DE ADECUADA LECTURA SIN CARGO EXTRA PARA EL INSTITUTO.</p> <p>CUANDO EL DIAGNOSTICO SE ENCUENTRE EN CATEGORÍA BIRADS 4 O 5, CON FINES DE CONTROL DE CALIDAD EL LICITANTE ADJUDICADO DEBERÁ REALIZAR UNA SEGUNDA LECTURA DE LOS ESTUDIOS POR MEDICO CERTIFICADO EN MAMA, ANEXANDO FIRMA AUTÓGRAFA O DIGITAL DE AMBOS MÉDICOS, A LA ENTREGA DEL ESTUDIO</p> <p>EN CASO DE QUE LOS RESULTADOS CON DIAGNOSTICO BIRADS 0 REBASEN EL 3% Y BIRADS 3 MENOR 5% DEL TOTAL DE LOS</p>			
--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

				<p>ESTUDIOS INTERPRETADOS, EL LICITANTE ADJUDICADO SE OBLIGA A REALIZAR UNA LECTURA ADICIONAL CON INTERPRETACIÓN, POR OTRO MÉDICO RADIÓLOGO CERTIFICADO PARA RATIFICAR O RECTIFICAR EL DIAGNÓSTICO, EN EL TOTAL DE LOS ESTUDIOS CON DICHA CARACTERÍSTICA, SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO, EN BASE AL CONTROL DE CALIDAD EXTERNO.</p> <p>YA QUE EL FIN NO ES REALIZAR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS A LOS PACIENTES CON BIRADS 0, SINO QUE ES EVITAR QUE SE REALICEN PROYECCIONES ADICIONALES SIN JUSTIFICACIÓN A ESTOS PACIENTES, DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-041-SSA2-2011 EN SU APÉNDICE F ESTÁNDARES DE REFERENCIA, INDICA QUE DEBE SER MENOR AL 3%.</p> <p>LOS ESTUDIOS REALIZADOS CON UNA ADECUADA CALIDAD NO REQUIEREN DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS DE CONFORMIDAD CON LO MENCIONADO EN LOS NUMERALES 14.3, 14.4 Y 14.5.3 DE LA NOM-041-SSA2-2011.</p> <p>TODOS LOS RESULTADOS SERÁN ENTREGADOS EN PAPEL MEMBRETADO DEL LICITANTE ADJUDICADO BAJO EL NUMERAL 7.4.1. DE LA NOM-229-SSA1-2002 EN LAS UNIDADES MÉDICAS DESCRITAS EN EL ANEXO TÉCNICO SEGÚN CORRESPONDAN, EN UN SOBRE DEBIDAMENTE ROTULADO CON EL NOMBRE, NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL CON ACREGADO MÉDICO, UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN, ADJUNTANDO EL FORMATO "DETECCIÓN DEL CÁNCER DE LA MAMA, SOLICITUD DE MASTOGRAFÍA" ADECUADAMENTE REQUISITADO, CORRESPONDIENTE A CADA ESTUDIO, ASÍ COMO, LAS IMÁGENES QUE AVALEN EL</p>			
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

				<p>RESULTADO DE LA PRUEBA PRACTICADA, CONCENTRANDO EL TOTAL DE ESTUDIOS ENTREGADOS A LA UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN EN EL "FORMATO TIPO RAIS", EN UN TÉRMINO DE 3 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA TOMA DEL ESTUDIO.</p> <p>PARA EL CASO DE LOS ESTUDIOS PRODUCTO DE LAS JORNADAS EN LAS EMPRESAS CON CONVENIO PARA ACTIVIDADES PREVENIMIS Ó EMPRESAS GESTIONADAS POR LAS UNIDADES MÉDICAS, LAS INTERPRETACIONES SERÁN ENTREGADAS EN LA UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN DE LA PACIENTE Ó SEGÚN INDIQUE LA COORDINACIÓN DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD AL PROVEEDOR DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL INSTITUTO.</p> <p>EL HORARIO DE RECEPCIÓN DE RESULTADOS EN LAS UNIDADES MÉDICAS SERÁ DE 9:00 A 16:00 HORAS DE LUNES A VIERNES, EN DÍAS HÁBILES PARA EL INSTITUTO.</p> <p>LA TRANSPORTACIÓN, ASEGURAMIENTO Y ENTREGA DE LOS RESULTADOS MOTIVOS DEL SERVICIO ESTARÁ A CARGO DEL LICITANTE ADJUDICADO HASTA QUE SEAN RECIBIDOS DE CONFORMIDAD POR EL INSTITUTO.</p> <p>EL LICITANTE ADJUDICADO ENTREGARÁ A LA COORDINACIÓN DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD, DE FORMA SEMANAL LOS DÍAS MARTES, UN REPORTE EN ARCHIVO EXCEL DE LOS SERVICIOS PRESTADO CON RESULTADOS DE LA SEMANA INMEDIATA ANTERIOR, UTILIZANDO EL FORMATO EL REGISTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD "TIPO RAIS" PARA MASTOGRAFIA (ANEXO) DE LAS PRESENTES BASES.</p> <p>EL LICITANTE ADJUDICADO SE OBLIGARÁ A BRINDAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO A</p>			
--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Av. Miguel Alemán, 44200, Col. Centro, C.P. 44100, Ciudad Morelia, Michoacán, México. Tel. 52 51 3312921. www.imss.gob.mx



				<p>LOS EQUIPOS QUE PRESTARÁN EL SERVICIO DE ACUERDO AL CALENDARIO, PROGRAMA DE VERIFICACIÓN Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PARA GARANTIZAR EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS, LA CALIDAD DE LAS IMÁGENES Y LA SEGURIDAD RADIOLÓGICA, SEGÚN LO MARCADO EN LA NOM-229-SSA1-2002 Y EL APÉNDICE NORMATIVO D, ESTABLECIDO DENTRO DE LA PROPUESTA PRESENTADA EN EL ACTO DE PRESENTACIÓN Y APERTURA DE PROPUESTAS, FUERA DE LOS HORARIOS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO. LOS MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS DEBEN EFECTUARSE EN UN PLAZO NO MAYOR A 8 HORAS, O EN SU DEFECTO, DEBERÁ SUSTITUIRSE LA UNIDAD MÓVIL DE MASTOGRAFÍA</p> <p>EL LICITANTE ADJUDICADO SE OBLIGA A GARANTIZAR EL ADECUADO Y OPORTUNO SUMINISTRO DE TODOS LOS CONSUMIBLES Y MATERIALES NECESARIOS PARA LA PRÁCTICA DE LOS ESTUDIOS MOTIVO DEL SERVICIO CONTRATADO.</p> <p>EL LICITANTE ADJUDICADO SE COMPROMETE A OTORGAR EL SERVICIO CUIDANDO LA CONFIDENCIALIDAD Y PUDOR DE LAS PACIENTES.</p> <p>CABE RESALTAR QUE MIENTRAS NO SE CUMPLA CON TODAS Y CADA UNA DE LAS CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE REQUERIMIENTO, EL INSTITUTO NO DARÁ POR RECIBIDO EL SERVICIO.</p> <p>LAS TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS E INSUMOS EMPLEADOS POR EL LICITANTE ADJUDICADO DEBERÁN SER ACORDES A LOS REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES CON</p>			
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Av. Miguel Alemán, 44200, Col. Centro, C.P. 44100, Ciudad Morelia, Michoacán, México. Tel. 52 51 3312921. www.imss.gob.mx



**ANEXOS**  
Módulo de Contratos

				<p>APEGO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-041-SSA2-2011 PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA.</p> <p>EL LICITANTE ADJUDICADO SE OBLIGA A CUBRIR TODOS LOS GASTOS Y ABSORBER TODOS LOS RIESGOS RELATIVOS A LA TOMA DE ESTUDIOS, INTERPRETACIÓN Y ENTREGA DE LOS RESULTADOS.</p> <p>REPOSICION DE LOS ESTUDIOS.</p> <p>EL INSTITUTO POR CONDUCTO DE LA COORDINACIÓN DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD Y/O LOS DIRECTORES DE LAS UNIDADES MÉDICAS, PODRÁN SOLICITAR AL LICITANTE ADJUDICADO, LA REPOSICIÓN DE LOS ESTUDIOS QUE PRESENTEN DEFECTOS A SIMPLE VISTA, ESPECIFICACIONES DISTINTAS A LAS ESTABLECIDAS, DIAGNÓSTICOS BIRADS O POR MALA CALIDAD DEL ESTUDIO, PROYECCIONES INADECUADAS O DEFICIENTES, AUN POSTERIOR A LA REALIZACIÓN DEL CONTROL DE CALIDAD LO CUAL, LE SERÁ NOTIFICADO AL LICITANTE ADJUDICADO POSTERIOR A SU RECEPCIÓN.</p> <p>EL LICITANTE ADJUDICADO DEBERÁ REPONER LOS ESTUDIOS, EN UN PLAZO NO MAYOR A 3 (TRES) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SU NOTIFICACIÓN, SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO.</p>				
20	CRANEOTOMIA	33900007	SERVICIO DE EQUIPO DE CRANEOTOMIA ELÉCTRICO	ESTUDIO	EL SUBROGADO DE EQUIPO PARA CRANEOTOMIA ELECTRÓNICO QUE CONSTARA DE: CONSOLA, PIEZA BAJA VELOCIDAD DE 1200 REVOLUCIONES POR MINUTO, CON UNA BROCA INICIADORA KEY HOLE PARA 50 TREPANOS (SE DEBERÁ	EMISION FALLO AL 31 DE DICIEMBRE 2024	24 HORAS	HGR 1 CHARO, HGZ MORELIA R3

				<p>CONSIDERAR LA MISMA BROCA PARA TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS, HASTA QUE PRESENTE DESGASTE O SE COMPLETE LA CANTIDAD DE TREPANOS DE REFERENCIA), PIEZA DE MANO DE ALTA VELOCIDAD DE 8000 REVOLUCIONES POR MINUTO, CON UNA FRESA DE CORTE LATERAL PARA CRANEOTOMÍA (UNA POR PACIENTE), INCLUYE: BROCAS, FRESAS Y PIEZAS DE MANO (MOTORES) ESTÉRILES, UN TÉCNICO QUE PRESTE EL SERVICIO POR CADA EVENTO PARA CADA PACIENTE. DEBERÁ PRESTAR EL SERVICIO LOS 365 DÍAS DEL AÑO Y LAS 24 HRS DEL DIA DURANTE LA VIGENCIA DE CONTRATO ASIGNADO, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA UNIDAD MÉDICA.</p> <p>ASÍ MISMO, EL SUBROGATARIO DEBERÁ ENVIAR MENSUALMENTE A LA UNIDAD MÉDICA SOLICITANTE DE ACUERDO AL FORMATO DE SUBROGADO PREVIAMENTE ELABORADO POR EL IMSS, UN INFORME DE TOTAL DE PROCEDIMIENTOS POR MES, AUNADO A LA FACTURACIÓN, EL CUAL DEBERÁ CONTENER POR ESCRITO EL REPORTE DEL RESULTADO.</p>				
21	SELLADO DE VASOS	33900007	EQUIPO DE SELLADO DE VASOS	ESTUDIO	EL SUBROGATARIO DEBE CONTAR CON EL PERSONAL ESPECIALIZADO Y CERTIFICADO. DEBERÁ CONTAR CON EL EQUIPO MÉDICO NECESARIO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE TIPO DE PROCEDIMIENTOS CON LA MEJOR TECNOLOGÍA, BRINDANDO A LOS DERECHOHABIENTES DEL INSTITUTO, UNA ATENCIÓN MÉDICA CON OPORTUNIDAD Y CALIDAD. <p>DEBERÁ PRESTAR EL SERVICIO LOS 365 DÍAS DEL AÑO Y LAS 24 HRS DEL DIA DURANTE LA VIGENCIA DE CONTRATO ASIGNADO, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA UNIDAD MÉDICA.</p> <p>ASÍ MISMO, EL SUBROGATARIO DEBERÁ ENVIAR MENSUALMENTE A LA UNIDAD MÉDICA SOLICITANTE DE ACUERDO AL FORMATO DE SUBROGADO PREVIAMENTE ELABORADO POR EL IMSS, UN INFORME DE TOTAL DE PROCEDIMIENTOS POR MES, AUNADO A LA FACTURACIÓN, EL CUAL</p>	EMISION FALLO AL 31 DE DICIEMBRE 2024	24 HORAS	HGR 1 CHARO, HGZMF 2 ZACAPU, HGZ R3 MORELIA



					DEBERA CONTENER POR ESCRITO EL REPORTE DEL RESULTADO				
2 2	HISTOPATOLOGIA	33900007	1	BIOPSIA PEQUEÑA, CERVIX PIEL, POLIPO, GASTRICAS	ESTUDIO	<p>EL LICITANTE DEBE CONTAR CON EL PERSONAL ESPECIALIZADO EN ANATOMIA PATOLOGICA Y CON CERTIFICACION VIGENTE DEBERA CONTAR CON EL EQUIPO MEDICO E INSUMOS NECESARIOS PARA LA REALIZACION DE ESTOS ESTUDIOS A LOS DERECHOHABIENTES.</p> <p>EL LICITANTE DEBERA PRESTAR LOS SERVICIOS CONTRATADOS EN SUS INSTALACIONES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO ASIGNADO.</p> <p>DEBERA CONTAR CON LOS INSUMOS NECESARIOS PARA EL PROCESAMIENTO DE LAS BIOPSAS, ASI MISMO DE NO PROCESARSE ALGUNA EN FORMA ADECUADA TENDRA QUE REPETIRSE SIN CARGO AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.</p> <p>EL LICITANTE DEBERA ENTREGAR AL PACIENTE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO, PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO CORRECTAMENTE IDENTIFICADOS, AL TERMINO DEL MISMO, EN SOBRE CERRADO, SI EXISTE ALGUNA OPINION O SUGERENCIA POR PARTE DEL LICITANTE QUE REALIZO EL PROCEDIMIENTO ESTA SERA POR ESCRITO Y ENVIADO DIRECTAMENTE AL DIRECTOR O SUBDIRECTOR DE LA UNIDAD MEDICA; EL LICITANTE NO ESTA AUTORIZADO PARA PROPORCIONAR DICHA INFORMACION AL DERECHOHABIENTE.</p> <p>ASI MISMO MENSUALMENTE, JUNTO A LA FACTURACION, DEBERA EL LICITANTE ENVIAR A LA UNIDAD MEDICA SOLICITANTE EL FORMATO DE SUBROGADO PREVIAMENTE ELABORADO POR EL IMSS, ADEMAS DE UN INFORME DE TOTAL DE ESTUDIOS POR MES, EL CUAL DEBERA CONTENER POR ESCRITO EL REPORTE DETALLADO DEL RESULTADO; EL SERVICIO A PROPORCIONAR DEBERA SER REALIZADO DE PREFERENCIA EN LA LOCALIDAD DONDE SE ENCUENTRA UBICADA LA UNIDAD MEDICA REQUIERENTE EL DOCUMENTO QUE COMPROBARA EFICIENTEMENTE LA RECEPCION DEL</p>	LUNES A VIERNES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO. EMISION FALLO AL 31 DE DICIEMBRE 2024	9:00 A 20:00 HORAS	HGR 1 CHARO, HGZMF LAZARO CARDENAS 12

44. Plazo de entrega: 15 días hábiles, contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia del contrato.



					<p>SERVICIO PRESTADO AL DERECHOHABIENTE SERA UNICAMENTE EL FORMATO (4-30-2/03) EL LICITANTE DEBERA ACUDIR A LA UNIDAD MEDICA REQUIERENTE A REALIZAR LA RECOLECCION DEL MATERIAL PARA SU PROCESAMIENTO, SIN QUE ESTO REPRESENTA UN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO, CON LA PERIODICIDAD QUE LA UNIDAD MEDICA DETERMINE.</p> <p>EL LICITANTE DETERMINARA, LAS TECNICAS HISTOPATOLOGICAS ESPECIALES NECESARIAS A REALIZAR PARA ESTABLECER UN DIAGNOSTICO DEFINITIVO, EL INFORME DE INTERPRETACION DE RESULTADOS SE DEBERA ENTREGAR DE MANERA IMPRESA POR TRIPLICADO, ANTES DE 10 DIAS HABILES PARA CASOS ORDINARIOS Y ANTES DE 72 HORAS, EN CASOS URGENTES, ASI MISMO, EL MATERIAL SE DEBERA REGRESAR A LA UNIDAD MEDICA PARA SU RESGUARDO.</p>				
2 3	REUMATOLOGIA	33900010	1	CONSULTA	SESION	<p>LA CONSULTA MEDICA DEBERA OTORGARSE EN LAS INSTALACIONES (CONSULTORIO) DEL SUBROGATARIO.</p> <p>SERA PROPORCIONADA POR MEDICO REUMATOLOGO EL CUAL DEBERA DETERMINAR POR CADA CASO LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD O SI ES DE DIFICIL CONTROL Y SOLO SE PERMITIRAN 3 CITAS SUBSECUENTES Y DEBERA ENVIARLO CON SU MEDICO FAMILIAR O INTERNISTA CON LA CONTRAREFERENCIA.</p> <p>DE TENER LA NECESIDAD EL PACIENTE DE CONTINUAR ATENCION SOLICITAR AL IMSS UNA NUEVA CONSULTA Y DE ASI REQUERIRLO, INFORMAR AL IMSS POR ESCRITO, PRONOSTICO Y EVOLUCION DE CADA CASO, ASI MISMO SI SE TRATA DE ASEGURADOS QUE REQUIEREN DE INCAPACIDAD DEBERA PROPORCIONAR POR ESCRITO EL TIEMPO PROBABLE DE INCAPACIDAD Y PRONOSTICO FUNCIONAL PARA LABORAR Y DE ALTA ASI COMO EVALUACION DE SECUELAS SIEMPRE Y CUANDO SE TRATE DE RIESGO DE TRABAJO. LAS ARTROCENTESIS SE DEBERAN REALIZAR TANTO A PACIENTES HOSPITALIZADOS COMO AMBULATORIOS EN AMBOS CASOS EL SUBROGATARIO DEBERAN CONTAR CON EL EQUIPAMIENTO, PERSONAL E INSUMOS</p>	EMISION FALLO AL 31 DE DICIEMBRE 2024	LUNES A VIERNES 8:00 A 21:00 HRS.	HGZ 8 URUAPAN

44. Plazo de entrega: 15 días hábiles, contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia del contrato.



ANEXOS  
Módulo de Contratos

				<p>SUFICIENTES PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO. LAS INFILTRACIONES, SE DEBERAN REALIZAR TANTO A PACIENTES HOSPITALIZADOS COMO AMBULATORIOS EN AMBOS CASOS EL SUBROGATARIO DEBERAN CONTAR CON EL EQUIPAMIENTO, PERSONAL E INSUMOS SUFICIENTES PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO. UNA VEZ SOLICITADA LA CITA POR EL IMSS O EL DERECHOHABIENTE ESTA DEBERA SER INFORMADA EN FORMA INMEDIATA AL MOMENTO DE LA LLAMADA O PRESENCIA DEL PACIENTE Y LA REALIZACIÓN NO DEBERA EXCEDER UN MAXIMO DE 24 HORAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y DENTRO DE LOS SIGUIENYES 10 DIAS FN PACIENTES ORDINARIOS O DE CONSULTA EXTERNA SOLO SE OTORGARA CITA DE REUMATOLOGIA A PACIENTES DERIVADOS POR MEDICINA INTERNA, CARDIOLOGIA, PEDIATRIA, TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, NO SE OTORGARA CITA A SOLICITUD DEL MEDICO FAMILIAR. SI REQUIRIERAN ALGUN ESTUDIO PARA COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA DEBERA SOLICITARLO EN LOS FORMATOS INSTITUCIONALES Y SOLO LOS QUE SE ENCUENTRAN DENTRO DE LOS REALIZADOS EN EL IMSS. EL TRATAMIENTO MEDICO DEBERA SER APEGADO AL CUADRO BASICO INSTITUCIONAL Y SER SURTIDOS EN LA FARMACIA DEL HOSPITAL UTILIZANDO PARA ELLO RECETARIO PREVIAMENTE AUTORIZADO POR EL DIRECTOR DEL HOSPITAL CORRESPONDIENTE. ASI MISMO MENSUALMENTE DEBERA EL SUBROGATARIO ENVIAR A LA UNIDAD SOLICITANTE DE ACUERDO AL FORMATO DE SUBROGADO PREVIAMENTE ELABORADO POR EL IMSS, UN INFORME DEL TOTAL DE CONSULTAS, INFILTRACIONES, ARTROCENTESIS REALIZADAS POR MES, RELACIONARA POR NOMBRE, NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL, DIAGNOSTICO, TIPO DE CONSULTA. LISTA DE PACIENTES QUE ENVIO PARA</p>			
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Av. Naderero Pte. No.1200, Col. Centro, C. P. 60100, Ciudad Morelia  
Tel. 643317214, Ext. 0. www.imss.gob.mx



				<p>AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTO DE TORRE DE CONTROL PREVIO EXPEDIENTE CLINICO COMPLETO. EL DOCUMENTO QUE COMPROBARA FEHACIENTEMENTE LA RECEPCION DEL SERVICIO PRESTADO AL DERECHOHABIENTE SERA UNICAMENTE EL FORMATO (4-30-2/03). ASI MISMO MENSUALMENTE DEBERA EL SUBROGATARIO ENVIAR AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO Y A LA UNIDAD SOLICITANTE DE ACUERDO AL FORMATO DE SUBROGADO PREVIAMENTE ELABORADO POR EL IMSS, UN INFORME DE TOTAL DE ESTUDIOS POR MES, EL CUAL DEBERA CONTENER COSTO DE LOS MISMOS Y REPORTE DEL RESULTADO IMPRESO Y EN ELECTRONICO</p>			
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Además de las especificaciones técnicas contenidas en la tabla anterior de este requerimiento de cada una de las 12 partidas requeridas deberá considerar las siguientes.

- La descripción amplia y detallada de los servicios solicitados (partidas) donde se indican además las demandas de los servicios mínimos y máximos por cada partida.
- El licitante deberá contar con personal que tenga la capacidad y experiencia técnica probada, instalaciones, equipo expofesos, así como instrumental médico y todos aquellos insumos necesarios para la prestación del servicio que desee proponer, en forma oportuna, suficiente y con las condiciones y especificaciones solicitadas por el instituto en las localidades de las unidades que demandan el servicio.
- El licitante deberá contar con instancias de soporte, para la prestación del servicio bajo las mismas condiciones y especificaciones solicitadas por el instituto, en caso de contingencia en sus instalaciones, quedando bajo su responsabilidad la elección del lugar del proceso y reporte de resultados, en el entendido que la oportunidad de respuesta no será diferente a la establecida.
- Todos los licitantes que oferten servicios para cada una de las partidas requeridas, deberán de contar con instalaciones físicas lo más cercano donde se encuentre ubicada la Unidad Médica solicitante.
- El licitante de servicio deberá contar con instalaciones adecuadas, las cuales podrán ser supervisadas en cualquier momento por el área usuaria y contratante, para constatar la correcta y oportuna atención al derechohabiente realizando las actividades correspondientes objeto de esta licitación.
- El licitante deberá cumplir con las Normas Oficiales Mexicanas, Norma Internacional, norma de referencia o especificación técnica que resulte aplicable a los bienes o servicios requeridos, conforme a la LIC.

Desviaciones en el servicio:



- El prestador del servicio, se responsabilizará en realizar los servicios médicos, con calidad, en condiciones especificadas en la presente convocatoria
- Para aquellos materiales, instrumental, insumos y equipos que durante la prestación del servicio presenten deficiencia o mala calidad, o que tanto las autoridades competentes como el área usuaria manifiesten alguna queja, en el sentido de que el uso de éstos puede afectar las condiciones y especificaciones del servicio contratado, el prestador del servicio deberá subsanar dicha situación, mediante la sustitución por materiales, instrumental, insumos y equipos de inmejorable calidad así como de ser necesario, realizar nuevamente los procedimientos sin costo para el IMSS.
- En el caso de que el instituto durante la vigencia del contrato o la garantía de cumplimiento reciba comunicado por parte de las autoridades competentes, de que el prestador del servicio ha sido sancionado o se han revocado sus registros, permisos o licencias con motivo de quejas presentadas por la prestación del servicio o de los materiales, instrumental y demás insumos empleados se procederá por consecuencia a iniciar un procedimiento de rescisión administrativa del contrato.
- Todos los gastos que se generen por motivo de complicaciones o accidentes en los periodos preoperatorios, trans-operatorio o postoperatorios, correrán por cuenta del prestador del servicio, previa notificación del IMSS.

b) En caso de que se requieran pruebas, deberá indicar el método de evaluación, el responsable de llevarlas a cabo, el tiempo requerido para su realización, la unidad de medida con la cual se determinará y el resultado mínimo que debe obtenerse al ejecutar las pruebas, si se requiere verificar el cumplimiento de las especificaciones solicitadas de acuerdo con la LIC, cuando ésta resulte aplicable. Dicha comprobación será elaborada por el Área Técnica.

Únicamente se podrá solicitar la presentación de muestras cuando se cuente con el personal técnico capacitado y certificado para realizar las pruebas, mismas que deberán realizarse conforme a la LIC, a las Normas: Oficial Mexicana, Estándar (antes Mexicana), Internacional, de Referencia, o Especificación Técnica.

En el caso de insumos para la salud, las piezas requeridas para prueba de la CCIE deberán entregarse dentro del plazo que ésta establezca y serán con cargo al proveedor, lo cual estará previsto en la convocatoria del procedimiento de contratación.

NO APLICA

c) En aquellos casos en que el Área Requiriente modifique la especificación técnica de algún bien que no se encuentre regulado por el Compendio Nacional de Insumos para la Salud expedido por el Consejo de Salubridad General, el Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico emitidos por la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y el CBI respecto de las especificaciones estipuladas para ese mismo bien en el ejercicio anterior, deberá acompañar a su requisición, un dictamen mediante el cual el Área Técnica acredite que con ello no se limita la libre participación, concurrencia y competencia económica.

NO APLICA
d) En aquellos casos en que el Área Requiriente, modifique las especificaciones técnicas de un bien respecto de las estipuladas en el ejercicio anterior, deberá presentar un dictamen en el que justifique que los requisitos contenidos en las especificaciones técnicas del bien, no limitan de ninguna forma la libre participación, concurrencia y competencia económica; dichos cambios deberán ser validados durante la etapa de la investigación de mercado con objeto de que los cambios efectuados no limiten la libre participación, concurrencia y competencia económica, y de ser el caso, los cambios deberán desprenderse de ésta.
NO APLICA
e) Normas: Oficial Mexicana, Estándar (antes Mexicana), Internacional, de Referencia o Especificación Técnica, que resulte aplicable a los bienes o servicios requeridos, conforme a la LIC con base en lo señalado en el numeral 4.28.4 de las presentes POBALINES y, en su caso, el Registro Sanitario correspondiente.
<p><b>RESONANCIA MAGNETICA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. NOM-007-NUCL-2014 REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD RADIOLOGICA QUE DEBEN SER OBSERVADOS EN LOS IMPLANTES PERMANENTES EN MATERIA RADIOACTIVO CON FINES TERAPEUTICOS A SERES HUMANOS.</li> </ol> <p><b>LITOTRIPSIA INTRA Y/O EXTRACORPOREA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. NOM-005-SSA3-2010 QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS MINIMOS NECESARIOS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO PARA ATENCION MEDICA DE PACIENTE AMBULATORIO.</li> </ol> <p><b>REHABILITACION</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA.</li> <li>4. NOM-197-SSAI-2000 QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS MINIMOS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE HOSPITALES Y CONSULTORIOS DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA</li> <li>5. NOM-178-SSAI-1998 QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS MINIMOS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS PARA LA ATENCION MEDICA DE PACIENTES AMBULATORIOS.</li> </ol> <p><b>ELECTROMIOGRAFIA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA.</li> <li>7. NOM-197-SSAI-2000 QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS MINIMOS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE HOSPITALES Y CONSULTORIOS DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA</li> <li>8. NOM-178-SSAI-1998 QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS MINIMOS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS PARA</li> </ol>

**ANEXOS**  
Mesa de Contratos

LA ATENCION MEDICA DE PACIENTES AMBULATORIOS.

NEUROLOGIA

9. NOM-027-SSA003-2013 REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS DE FUNCIONAMIENTO Y ATENCION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS PARA LA ATENCION MEDICA
10. NOM-016-SSA3-2012, QUE ESTABLECE LAS CARACTERISTICAS MINIMAS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE HOSPITALES Y CONSULTORIOS DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA.

ELECTROENCEFALOGRAMA

11. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA.
12. NOM-197-SSA1-2000 QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS MINIMOS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE HOSPITALES Y CONSULTORIOS DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
13. NOM-178-SSA1-1998 QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS MINIMOS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS PARA LA ATENCION MEDICA DE PACIENTES AMBULATORIOS.

LABORATORIO SEGUNDO NIVEL

14. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA
15. NOM-166-SSA1 PARA LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS LABORATORIOS CLINICOS.
16. NOM-007-SSA3-2011 PARA LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS LABORATORIOS CLINICOS,
17. NOM-078-SSA1-1994 QUE ESTABLECE LAS ESPECIFICACIONES SANITARIAS DE LOS ESTANDARES DE CALIBRACION UTILIZADOS EN LAS MEDICIONES REALIZADAS EN LOS LABORATORIOS DE PATOLOGIA CLINICA.

LABORATORIO PRIMER NIVEL

18. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA
19. NOM-166-SSA1 PARA LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS LABORATORIOS CLINICOS.
20. NOM-007-SSA3-2011 PARA LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS LABORATORIOS CLINICOS
21. NOM-078-SSA1-1994 QUE ESTABLECE LAS ESPECIFICACIONES SANITARIAS DE LOS ESTANDARES DE CALIBRACION UTILIZADOS EN LAS MEDICIONES REALIZADAS EN LOS LABORATORIOS DE PATOLOGIA CLINICA.

MASTOGRAFIA

22. NOM-041-SSA2-2011, PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA.
23. NOM-229-SSA1-2002, SALUD AMBIENTAL. REQUISITOS TÉCNICOS PARA LAS INSTALACIONES, RESPONSABILIDADES SANITARIAS, ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LOS EQUIPOS Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO CON RAYOS X.
24. NOM-004-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO
25. ISO 9001:2015 CUYO ALCANCE ESTÉ RELACIONADO CON EL SERVICIO DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MOVILES

CRANEOTOMO Y SELLADO DE VASOS

Av. Madero Pte. No.1905, Col. Centro, C.P. 58000, Ciudad Morelia  
Tel. 443912706, Ext. 0. www.msa.gob.mx



26. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA.

HISTOPATOLOGIA

27. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA.
28. NOM-197-SSA1-2000 QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS MINIMOS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE HOSPITALES Y CONSULTORIOS DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
29. NOM-178-SSA1-1998 QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS MINIMOS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS PARA LA ATENCION MEDICA DE PACIENTES AMBULATORIOS.

REUMATOLOGIA

30. NOM-004-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

El Anexo Técnico no deberá contener información relativa a la suficiencia presupuestaria, precios de contratación, o al tipo de procedimiento de contratación.

FIRMA  
Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui  
Titular de la Jefatura de los Servicios de Prestaciones Médicas

FORMATO DE SOLICITUD DE MASTOGRAFIA

**DETECCION DEL CANCER DE LA MAMA SOLICITUD DE MASTOGRAFIA**

**I. Identificación de la unidad:** Delegación: \_\_\_\_\_ Subdelegación: \_\_\_\_\_

**II. Identificación de la paciente:** No. identificación: \_\_\_\_\_ **II. Fecha de la solicitud:** [ ] / [ ] / [ ]

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ **III. Datos de la paciente:** Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: [ ] F [ ] M [ ]

Fecha de nacimiento: [ ] / [ ] / [ ] **IV. Datos de la institución:** Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**IV. Datos de la exploración:** Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

**IV. Datos de la exploración:** Fecha de la exploración: [ ] / [ ] / [ ]

**IV. Datos de la exploración:** Tipo de exploración: [ ] Normal [ ] Anomala

**IV. Datos de la exploración:** Nombre, categoría y firma del solicitante: \_\_\_\_\_

**RESULTADOS**

**V. Fecha de la mastografía:** [ ] / [ ] / [ ] **VI. Fecha de la interpretación:** [ ] / [ ] / [ ]

**VI. Calidad de la mastografía:**

[ ] Incluye completa de la mama [ ] Posición perpendicular a la mama [ ] Compresión adecuada  
 [ ] Incluye simétrica de la mama [ ] Disposición apropiada [ ] Intelecto para interpretación  
 Si es necesario especificar: \_\_\_\_\_

**VII. Hallazgos radiológicos:**

[ ] Normal [ ] Anomala [ ] No [ ]

[ ] Lesión tubérea y cista [ ] Lesión quística [ ] Lesión sólida [ ] Lesión calcificada [ ] Lesión microcalcificada [ ] Lesión macrocalcificada [ ] Lesión microcalcificada [ ] Lesión macrocalcificada [ ] Lesión microcalcificada [ ] Lesión macrocalcificada

**VIII. Diagnóstico (clasificación BIRADS):**

[ ] Requiere proyecciones adicionales [ ] Hallazgos positivos benignos [ ] Hallazgos positivos malignos [ ] Hallazgos negativos [ ] Hallazgos negativos [ ] Hallazgos negativos

**IX. Comentarios a seguir:**

[ ] Detectada en otro año [ ] Evaluación en corto tiempo (6 meses) [ ] Referencia para más estudios diagnósticos  
 [ ] Requiere repetir esta mamografía [ ] Referencia para más estudios diagnósticos

**X. Nombre y firma del radiólogo:** \_\_\_\_\_ **XI. Fecha de entrega de resultados a la mujer:** [ ] / [ ] / [ ]

**XII. Referencia:** [ ] No [ ] Sí

**XIII. Notas:** [ ] No [ ] Sí

A. Mediana Pte. Hospital. C. Centro. C. D. MEXICO. Ciudad de México  
 Tel. 443317216, Ext. D. www.imss.gob.mx



USO DEL FORMATO

- El médico de enfermería de salud pública, hospital y solicitar la mastografía a través de este formato en original y copia.
- En el servicio de radiología, el auxiliar de radiología de salud pública (ALRO) recibe la solicitud y progresa el estudio.
- El médico radiólogo llenará la solicitud en original y copia a las placas de mastografía y las entrega al médico radiólogo para la interpretación.
- El médico radiólogo registra los resultados (original y copia) y los entrega al auxiliar universitario de enfermería.
- El auxiliar universitario de enfermería, entrega todos los originales al personal de salud pública. El resultado es forma entrega la copia a la mujer. El auxiliar universitario de enfermería, entrega la copia al médico radiólogo para que este informe a la mujer y lleva al control de los resultados entregados.
- El personal de salud pública recibe el formato de solicitud en original con el resultado de la mastografía, elabora un registro mensual de las mamografías con resultado anormal y entrega formales originales al servicio de archivo para que se integren al expediente médico.

INSTRUCCIONES DE LLENADO

- Este es un formato y letra de molde legible. No debe imprimirse en computadora. Marque con una cruz sobre la opción u opciones correctas y anote las fechas si son variables.
- Fecha:** Anote que se aumenta en el modelo de medicación para el control de la mastografía.
- I. Identificación de la unidad:** Anote correctamente el nombre y tipo de la unidad médica, y de la delegación que presta el servicio a la paciente. Anote el número que tiene la CCA correspondiente.
- II. Identificación de la paciente:** Datos de la mujer que solicita la detección.
- Nombre de identificación:** Anote el número de afiliación correspondiente.
- Conseiller:** Anote número de consejero y nombre para tener seguimiento.
- Nombre:** Anote el nombre completo de la paciente de la parte de arriba de su apellido no pariente.
- Edad:** Registre la edad en años cumplidos; si la mujer tiene la edad exacta, registre la edad aproximada.
- Fecha de nacimiento:** Anote el día, mes y año de nacimiento. En caso de no tenerse la fecha de nacimiento, registre con precisión y veracidad los datos que permitan regularizar la misma, no siendo necesario el número de nacimiento.
- III. Fecha de la solicitud:** Anote correctamente con números arábigos (día, mes y año).
- IV. Datos de la exploración:**
- IV.1. Tipo de exploración:** Anote con una cruz (X) o No según la respuesta de la paciente, si la respuesta es afirmativa y registre la fecha del estudio registrada con números arábigos (día, mes y año).
- IV.2. Fecha de la exploración:** Anote la fecha en que un médico o una enfermera le realizó la mamografía a la paciente (la exploración correcta de las mamas y entregue con una cruz el resultado de la misma 1. Normal o 2. Anomala).
- Nombre, categoría y firma del solicitante:** Registre correctamente los datos relativos por apellido y primer nombre, categoría y firma.
- Notas:** Registre número de estudio de del solicitante.
- RESULTADOS:**
- V. Fecha de la mastografía:** Registre la fecha en números arábigos (día, mes y año) en la que fue tomada la mastografía.
- VI. Fecha de la interpretación:** Registre la fecha en números arábigos (día, mes y año) en la que el estudio es interpretado.
- VII. Hallazgos radiológicos:** Marque con una cruz (X) o No las opciones que definen la calidad de la mastografía.
- VIII. Hallazgos radiológicos:** Con base en la evaluación radiológica marque con una cruz (X) las alteraciones anormales encontradas en el cuadro o cuadros de la exploración de la mama (D), marca (M) si es (B) y (M) si es (M).
- IX. Diagnóstico (clasificación BIRADS):** Si el diagnóstico radiológico se basará en la clasificación BIRADS, marque con una cruz los cuadros correspondientes: mama sana (D), mama sospechosa (S) y anomalías (M). Según la mamografía obtenida y el diagnóstico en el cuadro.
- X. Comentarios a seguir:** Marque con una cruz la conducta de acuerdo a la valoración radiológica.
- Nombre y firma del radiólogo:** Anote correctamente el nombre del radiólogo que realizó la interpretación de la mastografía y su firma.
- Notas:** Registre número de muestra a ser radiólogo que realizó la interpretación de la mamografía.
- XI. Fecha de entrega de resultados a la mujer:** Anote la fecha con números arábigos (día, mes y año) en la que se proporcionan los resultados de la mastografía a la mujer.
- XII. Referencia:**
- XII.1. Fecha:** Anote la fecha con números arábigos (día, mes y año) en que se refiere la paciente a otra unidad para continuar con los estudios de su enfermedad.
- XII.2. Unidad a la que fue referida:** Registre correctamente el nombre de la unidad médica a la que se refiere la paciente.
- Figura:** Marque la ocupación y tamaño aproximado de los hallazgos radiológicos encontrados.

FORMATO  
INFORME MENSUAL DE MASTOGRAFÍAS REALIZADAS

INFORME MENSUAL DE MASTOGRAFÍAS REALIZADAS			
MASTOGRAFÍAS REALIZADAS	MASTOGRAFÍAS REPETIDAS POR FALLAS TÉCNICAS	CAUSAS DE REPETICION DE MASTOGRAFIA	PORCENTAJE DE ESTUDIOS INADECUADOS



REGISTRO/CENSO CONTROL DE MASTOGRAFÍAS	
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	
AGREGADO MÉDICO	
UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN	
EDAD	
FECHA DE ENVÍO A TOMA DE MASTOGRAFÍA	
FECHA DE TOMA DE MASTOGRAFÍA	
FECHA DE INTERPRETACIÓN DE MASTOGRAFÍA	
TIPO DE ESTUDIO REALIZADO (MASTOGRAFÍA O ULTRASONIDO)	
DIAGNÓSTICO MAMA DERECHA (BIRADS)	
DIAGNÓSTICO MAMA IZQUIERDA (BIRADS)	
NÚMERO TELEFÓNICO DE LA PACIENTE	
NOMBRE DEL PROVEEDOR	
NÚMERO DE CONTRATO	
COSTO CON IVA DEL ESTUDIO	



REPORTE MENSUAL DE MASTOGRAFÍAS	
MES DEL REPORTE	
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	
AGREGADO MÉDICO	
UNIDAD MÉDICA DE	
ADSCRIPCIÓN	
EDAD	
FECHA DE ENVÍO A TOMA DE	
MASTOGRAFÍA	
FECHA DE TOMA DE	
MASTOGRAFÍA	
FECHA DE INTERPRETACIÓN DE	
MASTOGRAFÍA	
TIPO DE ESTUDIO REALIZADO	
(MASTOGRAFÍA O ULTRASONIDO)	
DIAGNÓSTICO MAMA DERECHA	
(BIRADS)	
DIAGNÓSTICO MAMA IZQUIERDA	
(BIRADS)	
NÚMERO TELEFÓNICO DE LA	
PACIENTE	
NOMBRE DEL PROVEEDOR	
NÚMERO DE CONTRATO	
COSTO CON IVA DEL ESTUDIO	

Av. Medicina Pte. 2da Etapa, Col. Cuatrecasas, P. San Juan, Ciudad de México  
Tel: 463242424, Ext: 463242424



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
REGION DE PRESTACIONES MEDICAS  
SOLICITUD DE SUBROGACION DE SERVICIOS (430-2/03)

DELEGACION UBAE: (1) FECHA: (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

ORDEN MEDICA: (11) CLAVE PRESUPUESTAL: (12) PACIENTE: (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20)

TPO Y TIPO DE LOCALIDAD: (21) SEXO: (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30)

SERVICIO QUE DURVA: (31) HOMBRE: (32) DIRECCION: (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40)

TIPO DE SERVICIO: (41) ORDENARIO: (42) URGENCIA: (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50)

INDICADOR DE SUBROGACION: (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60)

DIAGNOSTICO Y RE SERVICIO CLINICO: (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70)

GRUPO A SUBROGACION: (71) CONSULTA FAMILIAR: (72) CONSULTA ESPECIALIZADA: (73) CONSULTA MENTAL: (74)

HOSPITALIZACION MEDICA: (75) HOSPITALIZACION QUIRURGICA: (76) ESPERMO HOSPITAL: (77)

ATA DE CELEBRACION: (78) ATA DE BA EL GARANTE: (79) ATA DE TRATAMIENTO: (80)

SERVICIO EN LA SUBROGACION: (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90)

PROVEEDOR: (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100)

PROVEEDOR O RAZON SOCIAL: (101) (102) (103) (104) (105) (106) (107) (108) (109) (110)

INDICAR SI: (111) (112) (113) (114) (115) (116) (117) (118) (119) (120)

CONTRATO TIPO: (121) URGENCIA DEL: (122) (123) (124) (125) (126) (127) (128) (129) (130)

PROFESOR: (131) (132) (133) (134) (135) (136) (137) (138) (139) (140)

MATRICULA: (141) (142) (143) (144) (145) (146) (147) (148) (149) (150)

FECHA: (151) (152) (153) (154) (155) (156) (157) (158) (159) (160)

CONSTATANCIA DE QUE EL SERVICIO SE RECIBIO: (161) (162) (163) (164) (165) (166) (167) (168) (169) (170)

PACIENTE: (171) (172) (173) (174) (175) (176) (177) (178) (179) (180)

DIRECCION: (181) (182) (183) (184) (185) (186) (187) (188) (189) (190)

FECHA: (191) (192) (193) (194) (195) (196) (197) (198) (199) (200)

"Formato (4-30-2/03)"

ANEXOS  
Oficina de Contratos



INSTRUCTIVO DE LLENADO  
No. DATO ANOTAR

- 1 Delegación y UMAE El nombre de la, Delegación o UMAE de las cuales depende la unidad médica.
- 2 Folio El número consecutivo que corresponda, estructurados de seis dígitos; de izquierda a derecha, los cuatro primeros serán continuos utilizando ceros a la izquierda para no dejar espacios en blanco, los dos siguientes serán los dos últimos dígitos de la terminación del año respectivo. Su corte será por año natural.  
NOTA: Deberá procurarse sea preimpreso. El dato servirá a la Dirección de la Unidad para el control diario de las solicitudes que se expidan y su correlación con la estadística mensual que se genere con base en los servicios médicos subrogados pagados.
- 3 Fecha Con números arábigos el día, mes y año en que se solicita el servicio. Si el dato es de un dígito, anteponer un 0. Para referir el año, invariablemente se utilizarán cuatro dígitos.  
(Ejem. 08-02-2002).
- 4 Unidad Médica La clave presupuestal, el tipo, número y su localidad. (Ejem. UMF 14, Silao, Gto.).
- 5 Paciente Los datos que identifican al paciente como son: apellido paterno, materno y el o los nombres, sexo y número de seguridad social con su agregado y su CURP.
- 6 Servicio que deriva El nombre del departamento donde se genera la solicitud del servicio (consulta externa de medicina familiar o especialidad, urgencias, cirugía, medicina interna, pediatría o ginecología y obstetricia y en su caso, la sub especialidad).
- 7 Tipo de servicio Con una X ordinario o urgente, de acuerdo a la oportunidad con la que determine el médico tratante debe recibir el servicio el paciente.
- 8 Motivo de subrogación CS: carencia del servicio, FP: falta de personal, FE: falta de equipo o descompuesto, FI: falta de insumos.
- 9 Ramo de seguro que se afecta Con una X el recuadro que corresponda, apoyándose de los medios propicios para su adecuada identificación, inclusive con interrogatorio al paciente o su acompañante.(RT: riesgo de trabajo; EC: enfermedad general MAT maternidad; IV: invalidez y vida; PEN: pensionado; SpFAM: seguro de salud para la familia).
- 10 Vigencia de derechos La certificación que hace el área de control de prestaciones antes del visto bueno del Jefe de Servicio o Jefe de Departamento Clínico.
- 11 Diagnóstico o datos El nombre de los procedimientos o los diagnósticos de certeza o presuncional, o todos aquellos signos o síntomas que sustenten la solicitud del servicio, los cuales serán evaluados y

Al. Madara Pto. Michoacán, C.P. 58005, Ciudad Morelia  
Tel. 05130704, Ext. 0. www.msa.gob.mx



- sancionados en su oportunidad por el Jefe de Departamento Clínico y/o el Director o encargado de la unidad médica.
- 12 Grupo a subrogar Con una X en el grupo a subrogar que corresponda el estudio a practicar ejemplo: Tomografía pertenece a Auxiliares de Diagnostico Gabinete.
  - 13 Servicio (s) a subrogar La cantidad y el tipo de servicio que se requiere practicar al paciente para su atención.
  - 14 Proveedor El nombre completo o razón social del prestador de los servicios subrogados, RFC, domicilio, teléfono, número de contrato y vigencia, con base al registro de proveedores que elabore cada unidad médica.
  - 15 Elaboró Nombre, matrícula y firma del responsable de su elaboración.
  - 16 Vo. Bo. Jefe de Servicio, Nombre, matrícula y firma.
  - 17 Aut. del Director de la Unidad, Nombre, matrícula y firma del Director de la unidad médica o de quien él designe.
  - 18 Constancia de que el servicio se recibió Datos generales del paciente, familiar o responsable que firmará después de recibir el SS.

REGISTRÓ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD "TIPO RAIS" PARA MASTOGRAFIA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGINAL MICHOACAN  
REGISTRÓ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD "TIPO RAIS"  
MASTOGRAFÍAS SUBROGADA  
RAZON SOCIAL: \_\_\_\_\_

FECHA DE ELABORACION: \_\_\_\_\_

NUMERO DE CONTRATO: \_\_\_\_\_

RESPONSABLE DE LA INFORMACION: \_\_\_\_\_

N O.	UNID AD MÉDICA	NOMB RE COMPL ETO DEL PACIENTE	NÚMER O DE SEGURI DAD SOCIAL (a 10 posiciones)	AGREG ADO MÉDICO (a 8 posiciones)	ED AD	TIPO DE ESTUDIO	FEC HA DE CITA	FEC HA TOM A	FECHA ENTREG A DEL RESULT ADO	CODIFICA CIÓN	RESULT ADO
						MASTOG RAFIA					

Av. Miguel Alemán 14706, Col. Centro, C.P. 50100 Ciudad Guzmán  
Tel: 46130921, Fax: 46130922 [www.hate.gob.mx](http://www.hate.gob.mx)




MASTOGRAFIA

CALENDARIO

	Unidad Médica	Fecha de servicio		
Mastógrafo móvil 1	UMF 3 QUIROGA	Jueves, 15 de febrero de 2024	al	viernes, 23 de febrero de 2024
	UMF 65 VILLA MADERO	lunes, 26 de febrero de 2024	al	viernes, 1 de marzo de 2024
	UMF 42 CUITZEO	lunes, 4 de marzo de 2024	al	viernes, 8 de marzo de 2024
	UMF 70 ZINAPECUARO	lunes, 11 de marzo de 2024	al	viernes, 15 de marzo de 2024
	UMF 80 MORELIA	lunes, 18 de marzo de 2024	al	viernes, 10 de mayo de 2024
	UMF 75 MORELIA	lunes, 13 de mayo de 2024	al	viernes, 28 de junio de 2024
	UMF 71 Morelia envía a UMF 75			
	UMF 85 Tarímbaro	lunes, 1 de julio de 2024	al	viernes, 19 de julio de 2024

	Unidad Médica	Fecha de servicio		
Mastógrafo móvil 2	UMF 54 PUREPERO	lunes, 19 de febrero de 2024	al	viernes, 23 de febrero de 2024
	UMF 68 VISTA HERMOSA	lunes, 26 de febrero de 2024	al	viernes, 1 de marzo de 2024
	UMFH 64 PURUANDIRO	lunes, 4 de marzo de 2024	al	viernes, 8 de marzo de 2024
	UMFH 20 PATZCUARO	lunes, 11 de marzo de 2024	al	viernes, 15 de marzo de 2024
	UMFH 26 TARETAN	lunes, 18 de marzo de 2024	al	viernes, 22 de marzo de 2024
	UMF 52 NVO. URECHO envía a UMFH 26 Taretán			
	UMFH 18 ZITACUARO	lunes, 25 de marzo de 2024	al	viernes, 5 de abril de 2024
	UMF 61 TUZANTLA envía a UMFH 18 Zitácuaro			
	UMF 37 MINERAL ANCANGEO			
	UMF 10 JUNGAPEO envía a Zitácuaro			
	UMF 79 TLALPUJAHUA			
	lunes, 8 de abril de 2024	al	viernes, 12 de abril de 2024	

Av. 25 de Mayo, Pte. San Juan, Col. Centro, C. P. 58000 Ciudad Guzmán, Jalisco  
Tel: 453122214, Ext. 0. www.mtas.gob.mx



	UMF 48 HUETAMO	lunes, 15 de abril de 2024	al	viernes, 19 de abril de 2024
	UMFH 19 CD. HIDALGO	lunes, 22 de abril de 2024	al	viernes, 26 de abril de 2024
	UMF 50 MARAVATIO	lunes, 29 de abril de 2024	al	viernes, 3 de mayo de 2024
	HQZMF 2 ZACAPU	lunes, 6 de mayo de 2024	al	viernes, 17 de mayo de 2024
	UMF 78 LAZARO CARDENAS	lunes, 20 de mayo de 2024	al	viernes, 31 de mayo de 2024
	UMF 23 INFIERNILLO envía a UMF 78 Las Palmas			
	UMF 27 LA MIRA	lunes, 3 de junio de 2024	al	viernes, 7 de junio de 2024
	UMF 31 GUACAMAYAS	lunes, 10 de junio de 2024	al	viernes, 14 de junio de 2024

	Unidad Médica	Fecha de servicio		
Mastógrafo móvil 3	UMF 72 YURECUARO	lunes, 19 de febrero de 2024	al	viernes, 23 de febrero de 2024
	UMF 21 JACONA	lunes, 26 de febrero de 2024	al	viernes, 8 de marzo de 2024
	UMFH 5 SAHUAYO	lunes, 11 de marzo de 2024	al	viernes, 15 de marzo de 2024
	UMF 66 VILLAMAR envía a UMFH 5 Sahuayo			
	UMF 6 JIQUILPAN	lunes, 18 de marzo de 2024	al	viernes, 22 de marzo de 2024
	UMF 28 STA. CLARA	lunes, 25 de marzo de 2024	al	viernes, 29 de marzo de 2024
	UMF 13 COTIJA	lunes, 1 de abril de 2024	al	viernes, 5 de abril de 2024
	HQSMF 9 APATZIGAN	lunes, 8 de abril de 2024	al	viernes, 19 de abril de 2024
	UMF 58 TEPALCATEPEC envía a Apatzingán			
	UMF 57 TANCITARO envía a Apatzingán			
	UMF 40 COALCOMAN	lunes, 22 de abril de 2024	al	viernes, 26 de abril de 2024
	UMF 74 TACAMBARO	lunes, 29 de abril de 2024	al	viernes, 3 de mayo de 2024
	HQSMF 24 PEDERNALES	lunes, 6 de mayo de 2024	al	viernes, 10 de mayo de 2024
	UMFH 25 PURUARAN	lunes, 13 de mayo de 2024	al	viernes, 17 de mayo de 2024
	UMF 11 NVA ITALIA	lunes, 20 de mayo de 2024	al	viernes, 24 de mayo de 2024
UMF 43 CHURUMUCO envía a				

Av. Michoacán, No. 1200, Col. Centro, C. P. 58000 Ciudad Guzmán, Jalisco  
Tel: 453122214, Ext. 0. www.mtas.gob.mx



UMF 11 Nueva Italia			
UMF 46 LA HUACANA envia a Nueva Italia			
UMF 73 URUAPAN	lunes, 27 de mayo de 2024	al	viernes, 31 de mayo de 2024
UMF 77 LA PIEDAD	lunes, 3 de junio de 2024	al	viernes, 21 de junio de 2024

EN CASO DE QUE LOS ESTUDIOS ASIGNADOS POR UNIDAD MEDICA NO SE CUMPLAN EN LAS FECHAS ESTIPULADAS POR FALTA DE AFLUENCIA DE LOS DERECHOHABIENTES, A PARTIR DEL MES DE JULIO SE RECALENDARIZARAN PREVIAMENTE EN LOS MESES SIGUIENTES DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL INSTITUTO, ESTUDIOS FALTANTES. CALENDARIO SUJETO A CAMBIOS POR ACTIVIDADES DEL OOAD REGIONAL MICHOACAN, SEMAFORIZACION O ATENCION MEDICA. SEGUNDA VUELTA A LAS UNIDADES A FIN DE ATENDER A LA POBLACION DE GRUPO BLANCO PENDIENTE PARA COMPLETAR LA META ESTABLECIDA, DICHO CALENTARIO LO PROPORCIONARA EL COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE SALUD PUBLICA.

El servicio será otorgado en cada una de las Unidades Médicas que se indican a continuación:

UNIDAD MEDICA	DOMICILIO
UMF 77 LA PIEDAD	Boulevard Adolfo Lopez Mateos No. 520, Colonia Banquete C.P 59350, La Piedad, Municipio de La Piedad de Cabadas, Estado de Michoacán de Ocampo
UMFH 64 PURUANDIRO	Avenida Vicente Cuerrero No. 23, Colonia Centro C.P 58500, Puruándiro, Municipio de Puruándiro, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 54 PUREPERO	Carretera Jesús Garcia No. 81, Pueblo Purepero de Echaiz C.P 58760, Purépero, Municipio de Purépero de Ecház, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 72 YURECUARO	Calle Pedro Moreno No. S/N, Colonia 10 de Mayo C.P 60954, Yurécuaro,

Av. Reforma No. 100120, San Juan, C.P. 58000, Ciudad de México  
Tel. 55 5312 1000, Fax: 55 5312 1001



	Municipio de Yurécuaro, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 68 VISTA HERMOSA	Avenida Matamoros No. S/N, Colonia Vista Hermosa de Negrete C.P 59200, Vista Hermosa, Municipio de Vista Hermosa de Negrete, Estado de Michoacán de Ocampo
UMFH 5 SAHUAYO	Calle Heriberto Jara No. S/N, Colonia Lázaro Cárdenas C.P 59050, Sahuayo, Municipio de Sahuayo de Morelos, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 6 JIQUILPAN + UMF 66 VILLAMAR Sede Jiquilpan	Calle 18 de Marzo No. 92, Colonia Jiquilpan de Juárez Centro C.P 59510, Jiquilpan, Municipio de Jiquilpan de Juárez, Estado de Michoacán de Ocampo.
UMF 21 JACONA	Calle Filiberto Ruiz No. 16, Colonia Camino Real C.P 59550, Villamar, Municipio de Villamar, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 75 MORELIA + UMF 71 Morelia (123) Sede UMF 75	Calle 20 de Noviembre No. S/N, Colonia Ejidal C.P 59893, Jacona, Municipio de Jacona de Plancarte, Estado de Michoacán de Ocampo
	Avenida Jesús Sancción Flores No. 1901, Colonia Camelinas INFONAVIT C.P 58290, Morelia, Municipio de Morelia, Estado de Michoacán de Ocampo
UNIDAD MEDICA	DOMICILIO
UMF 80 MORELIA	Avenida Madero Poniente No. 1200, Colonia Morelia Centro C.P 58000, Morelia, Municipio de Morelia, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 78 LAZARO CARDENAS	Avenida Melchor Ocampo No. S/N,

*[Handwritten mark]*

Av. Reforma No. 100120, San Juan, C.P. 58000, Ciudad de México  
Tel. 55 5312 1000, Fax: 55 5312 1001



ANEXOS  
Oficina de Contratos

	Colonia Pie de Casa C.P 60956, Lázaro Cárdenas, Municipio de Ciudad Lázaro Cárdenas, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 27 LA MIRA	Calle Concepcion No. S/N, Colonia Campamento Minero C.P 60980, Lázaro Cárdenas, Municipio de La Mira, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 31 GUACAMAYAS	Avenida Reforma No. S/N, Colonia Anibal Ponce C.P 60994, Lázaro Cárdenas, Municipio de Las Guacamayas, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 46 LA HUACANA + UMF 43 CHURUMUCO Sede La Huacana	Calle Revolución Sur No. 220, Colonia Centro C.P 61850, La Huacana, Municipio de La Huacana, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 11 NVA. ITALIA + UMF 23 INFIERNILLO Sede Nueva Italia	Avenida Lázaro Cárdenas y Corregidora No. S/N, Colonia Independencia C.P 61760, Múgica, Municipio de Nueva Italia de Ruiz, Estado de Michoacán de Ocampo
HGSMF 9 APATZICAN	Avenida 22 de Octubre No. 100, Colonia Miguel Hidalgo C.P 60670, Apatzingán, Municipio de Apatzingán de La Constitución, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 58 TEPALCATEPEC	Calle Felipe Carrillo Puerto No. 8, Barrio Del Chivo (Guadalupe) C.P 60540, Tepalcatepec, Municipio de Tepalcatepec, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 40 COALCOMAN	Calle Vicente Guerrero y Hortelanos No. 23, Pueblo Coalcomán de Vázquez Pallares C.P 60840, Coalcomán de

Av. Morelos Pte. No. 1005, Col. Centro, C.P. 60000, Ciudad de México  
Tel. 463317214, Ext. 0. www.imss.gob.mx



	Vázquez Pallares, Municipio de Coalcomán de Vázquez Pallares, Estado de Michoacán de Ocampo
UNIDAD MEDICA	DOMICILIO
UMF 48 HUETAMO	Calle Periferico Coplarmar No. 79, Colonia Unidad Deportiva C.P 61940, Huetamo, Municipio de Huetamo de Núñez, Estado de Michoacán de Ocampo
UMFH 18 ZITACUARO + UMF 61 TUZANTLA Sede UMFH 18 Zitácuaro	Calle Salazar Norte No. 143, Colonia Moctezuma C.P 61505, Zitácuaro, Municipio de Heroica Zitácuaro, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 10 JUNGAPEO	Calle Fuerte de Coporo No. 45, Pueblo La Granja C.P 61475, Jungapeo, Municipio de Jungapeo de Juárez, Estado de Michoacán de Ocampo
UMFH 19 CD. HIDALGO	Avenida José María Morelos No. 18, Colonia Ciudad Hidalgo Centro C.P 61100, Hidalgo, Municipio de Ciudad Hidalgo, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 37 MINERAL ANGANGEO	Avenida Insurgentes No. S/N, Colonia Independencia C.P 61415, Angangueo, Municipio de Mineral de Angangueo, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 79 TLALPUJAHUA	Calzada del Carmen No. 2, Pueblo Tlalpujahu de Rayón C.P 61060, Tlalpujahu, Municipio de Tlalpujahu de Rayón, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 50 MARAVATIO	Carretera Maravatio El Oro No. S/N, Colonia San Miguel C.P 61253, Maravatio, Municipio de Maravatio de Ocampo,

*[Handwritten signature]*

Av. Morelos Pte. No. 1005, Col. Centro, C.P. 60000, Ciudad de México  
Tel. 463317214, Ext. 0. www.imss.gob.mx



**ANEXOS**  
Medicina de Contratos

	Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 70 ZINAPECUARO	Carretera Salida Huajuábaro No. S/N, Colonia Zinapécuaro de Figueroa Centro C.P 58930, Zinapécuaro, Municipio de Zinapécuaro de Figueroa, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 73 URUAPAN	Calle Bruselas esq Perú No. S/N, Colonia Los Angeles C.P 60160, Uruapan, Municipio de Uruapan, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 57 TANCITARO	Calle Galeana No. 2, Pueblo Tancitaro C.P 60460, Tancitaro, Municipio de Tancitaro, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 85 Tarímbaro	Avenida, México, esquina Calle Asia, S/N, Fraccionamiento, Metropolis, C.P. 58880, Tarímbaro, Tarímbaro, Michoacan de Ocampo

UNIDAD MEDICA	DOMICILIO
HGZMF 2 ZACAPU	Calle Salvador Allende No. 100, Colonia Zacapu Centro C.P 58600, Zacapu, Municipio de Zacapu, Estado de Michoacán de Ocampo
UMFH 25 PURUARAN	Calle El Pedregal No. S/N, Colonia La Huerta de Palomochio C.P 61682, Turicato, Municipio de Turicato, Estado de Michoacán de Ocampo
HGSMF 24 PEDERNALES	Avenida José María Morelos No. 501, Hacienda Pedernales C.P 61670, Tacámbaro, Municipio de Pedernales, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 74 TACAMBARO	Avenida Hacienda Huaracha No. S/N, Colonia ExHacienda de Canicuaro C.P 61650, Tacámbaro, Municipio de

Av. Hidalgo Pro. Hidalgo, Col. Centro, C.P. 58000, Ciudad Morelia  
Tel. 443312710, Ext. 0 www.mich.gob.mx



	Tacámbaro de Codallos, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 65 VILLA MADERO	Calle Araucaria No. 40, Colonia Infonavit C.P 58480, Madero, Municipio de Villa Madero, Estado de Michoacán de Ocampo
UMFH 20 PATZCUARO	Calzada Las Americas No. S/N, Colonia Pátzcuaro Centro C.P 61600, Pátzcuaro, Municipio de Pátzcuaro, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 3 QUIROGA	Avenida Lázaro Cardenas No. S/N, Colonia El Sarnano C.P 58420, Quiroga, Municipio de Quiroga, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 42 CUITZEO	Carretera Morelia Salamanca No. S/N, Colonia El Calvario C.P 58840, Cuitzeo, Municipio de Cuitzeo del Porvenir, Estado de Michoacán de Ocampo
UMFH 26 TARETAN + UMF 52 NVO. URECHO Sede UMFH 26 Taretan	Avenida Rafael Ruiz Bejar No. 143, Colonia ExHacienda C.P 61710, Taretan, Municipio de Taretan, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 28 STA. CLARA	Carretera Los ReyesJacona No. 30, Pueblo Santa Clara C.P 59963, Tocumbo, Municipio de Tocumbo, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 13 COTIJA	Avenida Monseñor Guízar y Valencia No. 281, Colonia Centro C.P 59940, Cotija, Municipio de Cotija de La Paz, Estado de Michoacán de Ocampo

Av. Hidalgo Pro. Hidalgo, Col. Centro, C.P. 58000, Ciudad Morelia  
Tel. 443312710, Ext. 0 www.mich.gob.mx



ANEXOS  
Oficina de Contratos

TERMINOS Y CONDICIONES  
SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS, AUXILIARES DE DIAGNOSTICO, LABORATORIO Y ATENCION MEDICA SUBROGADA  
PARA LAS UNIDADES MÉDICAS DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL  
MICHOACÁN PARA EJERCER DE LA EMISION DEL FALLO AL 31 DICIEMBRE 2024.

a) Vigencia de la contratación y ejercicio presupuestal al que corresponda

La Vigencia de la contratación será de la emisión al 31 de Diciembre 2024

b) Plazo de entrega del bien, arrendamiento o servicio, indicando en su caso, el calendario y programa de entregas que corresponda.

Los servicios subrogados requeridos serán entregados de acuerdo a las especificaciones que se detallan en el Anexo Técnico en cada una de las 12 Partidas:

PARTIDA	DESCRIPCION
2	RESONANCIA MAGNETICA
4	LITOTRIPSIA INTRA Y EXTRACORPOREA
7	REHABILITACION
8	ELECTROMIOGRAFIAS
12	ESTUDIOS DE NEUROLOGIA
14	LABORATORIO SEGUNDO NIVEL
15	LABORATORIO PRIMER NIVEL
17	MASTOGRAFIA
20	CRANEOTOMO
21	SELLADO DE VASOS
22	HISTOPATOLOGIA
23	REUMATOLOGIA

**MASTOGRAFIA**  
El licitante adjudicado deberá de proporcionar las Unidades Móviles de Mastografía y/o remolque con las características

Av. Redero Pte. No.1203, Col. Centro, C. P. 58000, Ciudad Morelia  
Tel. 4433127216, Ext. 0. www.imss.gob.mx



ofertadas y adjudicadas conforme a las ESPECIFICACIONES TÉCNICAS LAS UNIDADES MÓVILES.

El equipo de mastografía y el procesamiento de imágenes deben tener un estricto control de calidad y mantener niveles óptimos de calidad mientras se encuentra en uso, acorde al capítulo 8 de la Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud Ambiental. Así como deberá de asegurar que la toma de mastografías cubra los estándares de calidad y exposición de radiación para pacientes y técnicos.

Además, deberá cumplir con los criterios de control y gestión de calidad establecida en el capítulo 14 y de evaluación del capítulo 15 de la NOM-041-SSA2-2011.

El Instituto de acuerdo a sus necesidades solicitará la instalación de las Unidades Móviles en cualquiera de las Unidades Médicas indicadas en el Requerimiento de Unidades de las presentes bases o localidades que corresponden a la circunscripción territorial del ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACAN.

Las Unidades Móviles de Mastografía y/o remolque brindarán servicio en un horario continuo de 09:00 a 18:00 horas a petición del Instituto, de lunes a viernes, además de los horarios de sábado de las 09:00 a 14:00 horas que se le indiquen al licitante adjudicado para aquellas Unidades médicas del Instituto con consulta los días sábado.

El traslado, instalación y desinstalación de las Unidades Móviles Mastografía será efectuada, preferentemente en sábado por la tarde o domingo, sin cargo adicional para el Instituto, por el licitante adjudicado obligándose a cubrir todos los gastos y absorber todos los riesgos relativos a la prestación del servicio, por lo que el administrador de la unidad médica informará el lugar donde se podrá llevar a cabo la conexión y desconexión en la Instalación eléctrica, misma que correrá a cargo del personal del licitante adjudicado.

El cambio y traslado de las Unidades Móviles de Mastografía y/o remolque se efectuará a petición de la Coordinación de Prevención y Atención en Salud, con un mínimo de 24 horas, tiempo máximo en el que las Unidades deben estar en funcionamiento y prestando el servicio.

El Instituto solicitará el servicio mediante el formato "Solicitud de Mastografía", "DETECCIÓN DEL CÁNCER DE LA MAMA, SOLICITUD DE MASTOGRAFÍA" (ANEXO 1 (UNO) y el formato 4-30-2/03 "Solicitud de Servicios Subrogados" de las presentes bases, y solicitud de previa identificación de la paciente con vigencia de derechos.

El personal del licitante deberá estar debidamente uniformado e identificado, mismo que previo a la toma de la mastografía dará una explicación clara sobre el proceso del estudio, su duración y las molestias menores causadas por el mismo. En el momento de sensibilizar a la paciente y disminuir la ansiedad que el procedimiento genera. Respecto a las competencias que el licitante

personal técnico y medico radiólogo.

Según se establece en la NOM-041 SSA2-2011, se deberán realizar dos proyecciones, por paciente: medio lateral oblicua y cráneo caudal de cada glándula mamaria.

Por ningún motivo el personal del licitante adjudicado podrá hacer observaciones o interpretaciones diagnósticas a las derechohabientes.

Las mastografías serán interpretadas en las instalaciones del licitante adjudicado, para el cual el licitante adjudicado deberá contar en sus instalaciones los equipos solicitados en la CÉDULA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

El resultado del estudio de mastografía diagnóstica debe reportarse de acuerdo con la última clasificación de BIRADS, que estará disponible en la página del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva ([www.generosaludreproductiva.salud.gob.mx](http://www.generosaludreproductiva.salud.gob.mx)). Realizar la interpretación de mastografía de calidad y generar el reporte con base a lo estipulado en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico y a los requerimientos de información establecidos en esta norma. Y en cumplimiento a la NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama APENDICE INFORMATIVO F. Estándares de referencia

El proveedor debe contar con un control porcentual esperado máximo permitido de los resultados de mastografías de tamizaje (Birads) del total de estudios contratados de acuerdo a lo siguiente:

La interpretación y diagnóstico de las mastografías será en función del Sistema de Información Radiológica para la imagen de la mama: BIRADS (por sus siglas en ingles: Breast Imaging-Reporting and Data System), concretándose exclusivamente, a la emisión del diagnóstico radiológico, en idioma español, con descripción, conclusión y debidamente avalada por un profesional médico.

Cuando el diagnóstico se encuentra dentro de la categoría BIRADS 0 y BIRADS 3, después de la doble lectura, el licitante adjudicado invariablemente reportará las causas dentro de la interpretación y agendará en un plazo no mayor a 5 (cinco) días hábiles, a partir del resultado de la mastografía, una cita para realizar un ultrasonido, o proyección complementaria repetición de proyección errónea o no susceptible de adecuada lectura sin cargo extra para el Instituto.

Cuando el diagnostico se encuentre en categoría BIRADS 4 o 5, con fines de control de calidad el licitante adjudicado deberá realizar una segunda lectura de los estudios por medico certificado en mama, Anexando firma autógrafa o digital de ambos médicos, a la entrega del estudio.

En caso de que los resultados con diagnóstico BIRADS 0 rebasen el 3% y BIRADS 3 menor 5% del total de los estudios interpretados, el licitante adjudicado se obliga a realizar una lectura adicional con interpretación, por otro médico radiólogo certificado para ratificar o rectificar el diagnóstico, en el total de los estudios con dicha característica, sin costo adicional para el Instituto, en base al control de calidad externo.

Ya que el fin no es realizar estudios complementarios a los pacientes con BIRADS 0, sino que es evitar que se realicen proyecciones adicionales sin justificación a estos pacientes, de conformidad con lo estipulado en la norma oficial mexicana NOM-041-SSA2-2011 en su apéndice F estándares de referencia, indica que debe ser menor al 3%.

Los estudios realizados con una adecuada calidad no requieren de estudios complementarios en la mayoría de los casos de conformidad con lo mencionado en los numerales 14.3, 14.4 y 14.5.3 de la NOM-041-SSA2-2011.

Todos los resultados serán entregados en papel membretado del licitante adjudicado bajo el numeral 7.4.1. de la NOM-229-SSAI-2002 en las Unidades Médicas descritas en el anexo técnico según correspondan, en un sobre debidamente rotulado con el nombre, número de seguridad social con agregado médico, unidad de adscripción, adjuntando el formato "DETECCIÓN DEL CÁNCER DE LA MAMA, SOLICITUD DE MASTOGRAFÍA" adecuadamente requisitado, correspondiente a cada estudio, así como, las imágenes que avalen el resultado de la prueba practicada, concentrando el total de estudios entregados a la Unidad Médica de Adscripción en el "Formato Tipo Rais", en un término de 3 días hábiles posteriores a la toma del estudio.

Para el caso de los estudios producto de las jornadas en las empresas con convenio para actividades PREVENIMS ó empresas gestionadas por las Unidades Médicas, las interpretaciones serán entregadas en la Unidad de adscripción de la paciente ó según indique la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud al proveedor de acuerdo a las necesidades del Instituto.

El horario de recepción de resultados en las Unidades Médicas será de 9:00 a 16:00 horas de lunes a viernes, en días hábiles para el Instituto.

La transportación, aseguramiento y entrega de los resultados motivos del servicio estará a cargo del licitante adjudicado hasta que sean recibidos de conformidad por el Instituto.

El licitante adjudicado entregará a la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud, de forma semanal los días martes, un reporte en archivo Excel de los servicios prestado con resultados de la semana inmediata anterior, utilizando el formato el REGISTRO DE ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD "TIPO RAIS" PARA MASTOGRAFIA (ANEXO) de las presentes bases.

El licitante adjudicado se obligará a brindar el mantenimiento preventivo a los equipos que prestaran el servicio de acuerdo al calendario. Programa de verificación y mantenimiento preventivo y correctivo para garantizar el adecuado funcionamiento de

Los equipos, la calidad de las imágenes y la seguridad radiológica, según lo marcado en la NOM-229-SSA1-2002 y el Apéndice Normativo D, establecido dentro de la propuesta presentada en el acto de presentación y apertura de propuestas, fuera de los horarios de atención al público. Los mantenimientos correctivos deben efectuarse en un plazo no mayor a 8 horas, o en su defecto, deberá sustituirse la Unidad Móvil de Mastografía.

El licitante adjudicado se obliga a garantizar el adecuado y oportuno suministro de todos los consumibles y materiales necesarios para la práctica de los estudios motivo del servicio contratado.

El licitante adjudicado se compromete a otorgar el servicio cuidando la confidencialidad y pudor de las pacientes.

Cabe resaltar que mientras no se cumpla con todas y cada una de las condiciones para la prestación del servicio establecidas en el presente requerimiento, el Instituto no dará por recibido el servicio.

Las técnicas, procedimientos e insumos empleados por el licitante adjudicado deberán ser acordes a los requerimientos Institucionales con apego a la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer de Mama.

El licitante adjudicado se obliga a cubrir todos los gastos y absorber todos los riesgos relativos a la toma de estudios, interpretación y entrega de los resultados.

**REPOSICION DE LOS ESTUDIOS.**

El Instituto por conducto de la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud y/o los Directores de las Unidades Médicas, podrán solicitar al licitante adjudicado, la reposición de los estudios que presenten defectos a simple vista, especificaciones distintas a las establecidas, diagnósticos BIRADS 0 por mala calidad del estudio, proyecciones inadecuadas o deficientes, aun posterior a la realización del control de calidad lo cual le será notificado al licitante adjudicado posterior a su recepción.

El licitante adjudicado deberá reponer los estudios, en un plazo no mayor a 3 (tres) días hábiles contados a partir de la fecha de su notificación, sin costo adicional para el Instituto.

El servicio será otorgado en cada una de las Unidades Médicas que se indican a continuación:

UNIDAD MEDICA	DOMICILIO
UMF 77 LA PIEDAD	Boulevard Adolfo Lopez Mateos No. 520, Colonia

	Banquete C.P 59350, La Piedad, Municipio de La Piedad de Cabadas, Estado de Michoacán de Ocampo
UMFH 64 PURUANDIRO	Avenida Vicente Guerrero No. 23, Colonia Centro C.P 58500, Puruándiro, Municipio de Puruándiro, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 54 PUREPERO	Carretera Jesús García No. 81, Pueblo Purepero de Ecház C.P 58760, Purépero, Municipio de Purépero de Ecház, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 72 YURECUARO	Calle Pedro Moreno No. S/N, Colonia 10 de Mayo C.P 60954, Yurécuaro, Municipio de Yurécuaro, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 68 VISTA HERMOSA	Avenida Matamoros No. S/N, Colonia Vista Hermosa de Negrete C.P 59200, Vista Hermosa, Municipio de Vista Hermosa de Negrete, Estado de Michoacán de Ocampo
UMFH 5 SAHUAYO	Calle Heriberto Jara No. S/N, Colonia Lázaro Cárdenas C.P 59050, Sahuayo, Municipio de Sahuayo de Morelos, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 6 JIQUILPAN - UMF 66 VILLAMAR Sede Jiquilpan	Calle 18 de Marzo No. 92, Colonia Jiquilpan de Juárez Centro C.P 59510, Jiquilpan, Municipio de Jiquilpan de Juárez, Estado de Michoacán de Ocampo. Calle Filiberto Ruiz No. 16, Colonia Camino Real C.P 59550, Villamar, Municipio de Villamar, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 21 JACONA	Calle 20 de Noviembre No. S/N, Colonia Ejidal C.P 59893, Jacona, Municipio de Jacona de Plancarte, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 75 MORELIA + UMF 71 Morelia (123) Sede UMF 75	Avenida Jesús Sancción Flores No. 1901, Colonia Camelines INFONAVIT C.P 58290, Morelia, Municipio de Morelia, Estado de Michoacán de Ocampo
UNIDAD MEDICA	DOMICILIO
UMF 80 MORELIA	Avenida Madero Poniente No. 1200, Colonia Morelia Centro C.P 58000, Morelia, Municipio de Morelia, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 78 LAZARO CARDENAS	Avenida Melchor Ocampo No. S/N, Colonia Pie de Casa C.P 60956, Lázaro Cárdenas, Municipio de

UMF 27 LA MIRA	Ciudad Lázaro Cárdenas, Estado de Michoacán de Ocampo Calle Concepcion No. S/N, Colonia Campamento Minero C.P 60980, Lázaro Cárdenas, Municipio de La Mira, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 31 GUACAMAYAS	Avenida Reforma No. S/N, Colonia Anibal Ponce C.P 60994, Lázaro Cárdenas, Municipio de Las Guacamayas, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 46 LA HUACANA + UMF 43 CHURUMUCO Sede La Huacana	Calle Revolución Sur No. 220, Colonia Centro C.P 61850, La Huacana, Municipio de La Huacana, Estado de Michoacan de Ocampo
UMF 11 NVA. ITALIA + UMF 23 INFIERNILLO Sede Nueva Italia	Avenida Lázaro Cárdenas y Corregidora No. S/N, Colonia Independencia C.P 61760, Múgica, Municipio de Nueva Italia de Ruiz, Estado de Michoacán de Ocampo
HGSMF 9 APATZIGAN	Avenida 22 de Octubre No. 100, Colonia Miguel Hidalgo C.P 60670, Apatzingán, Municipio de Apatzingán de La Constitución, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 58 TEPALCATEPEC	Calle Felipe Carrillo Puerto No. B, Barrio Del Chivo (Guadalupe) C.P 60540, Tepalcatepec, Municipio de Tepalcatepec, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 40 COALCOMAN	Calle Vicente Guerrero y Hortelanos No. 23, Pueblo Coalcomán de Vázquez Pallares C.P 60840, Coalcomán de Vázquez Pallares, Municipio de Coalcomán de Vázquez Pallares, Estado de Michoacán de Ocampo
UNIDAD MEDICA	DOMICILIO
UMF 4B HUETAMO	Calle Periferico Coplamar No. 79, Colonia Unidad Deportiva C.P 61940, Huetamo, Municipio de Huetamo de Núñez, Estado de Michoacán de Ocampo
UMFH 1B ZITACUARO + UMF 61 TUZANTLA Sede UMFH 1B Zitácuaro	Calle Salazar Norte No. 143, Colonia Moctezuma C.P 61505, Zitácuaro, Municipio de Heroica Zitácuaro, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 10 JUNGapeo	Calle Fuerte de Coporo No. 45, Pueblo La Granja C.P 61475, Jungapeo, Municipio de Jungapeo de Juárez, Estado de Michoacán de Ocampo
UMFH 19 C.D. HIDALGO	Avenida José María Morelos No. 18, Colonia Ciudad Hidalgo Centro C.P 61100, Hidalgo,

Av. Morelos Pte. No. 1209, Col. Centro, C. P. 58100, Ciudad Juárez  
Tel. 461927914, Fax. 0. www.hurup.gob.mx



UMF 37 MINERAL ANGANCEO	Municipio de Ciudad Hidalgo, Estado de Michoacán de Ocampo Avenida Insurgentes No. S/N, Colonia Independencia C.P 61415, Angangueo, Municipio de Mineral de Angangueo, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 79 TALPUJAHUA	Calzada del Carmen No. 2, Pueblo Talpujahua de Rayón C.P 61060, Talpujahua, Municipio de Talpujahua de Rayón, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 50 MARAVATIO	Carretera Maravatío El Oro No. S/N, Colonia San Miguel C.P 61253, Maravatío, Municipio de Maravatío de Ocampo, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 70 ZINAPECUARO	Carretera Salida Huajumbaro No. S/N, Colonia Zinapécuaro de Figueroa Centro C.P 58930, Zinapécuaro, Municipio de Zinapécuaro de Figueroa, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 73 URUAPAN	Calle Bruselas esq Perú No. S/N, Colonia Los Angeles C.P 60160, Uruapan, Municipio de Uruapan, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 57 TANCITARO	Calle Galeana No. 2, Pueblo Tancitaro C.P 60460, Tancitaro, Municipio de Tancitaro, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 85 Tarimbaro	Avenida México, esquina Calle Asia, S/N, Fraccionamiento, Metropolis, C.P. 58880, Tarimbaro, Tarimbaro, Michoacan de Ocampo
UNIDAD MEDICA	DOMICILIO
HGZMF 2 ZACAPU	Calle Salvador Allende No. 100, Colonia Zacapu Centro C.P 58600, Zacapu, Municipio de Zacapu, Estado de Michoacán de Ocampo
UMFH 25 PURUARAN	Calle El Pedregal No. S/N, Colonia La Huerta de Palomochi C.P 61682, Turicato, Municipio de Turicato, Estado de Michoacán de Ocampo
HCSMF 24 PEDERNALES	Avenida José María Morelos No. 501, Hacienda Pedernales C.P 61670, Tacámbaro, Municipio de Pedernales, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 74 TACAMBARO	Avenida Hacienda Huaracha No. S/N, Colonia Ex-Hacienda de Canicuar C.P 61650, Tacámbaro, Municipio de Tacámbaro de Codallos, Estado de Michoacán de Ocampo

UMF 65 VILLA MADERO	Calle Araucaria No. 40, Colonia Infonavit C.P 58480, Madero, Municipio de Villa Madero, Estado de Michoacán de Ocampo
UMFH 20 PAIZCUARO	Calzada Las Americas No. S/N, Colonia Pátzcuaro Centro C.P 61600, Pátzcuaro, Municipio de Pátzcuaro, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 3 QUIROGA	Avenida Lázaro Cardenas No. S/N, Colonia El Samano C.P 58420, Quiroga, Municipio de Quiroga, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 42 CUITZEO	Carretera Morelia Salamanca No. S/N, Colonia El Calvario C.P 58840, Cuitzeo, Municipio de Cuitzeo del Porvenir, Estado de Michoacán de Ocampo
UMFH 26 TARETAN + UMF 52 NVO. URECHO Sede UMFH 26 Taretan	Avenida Rafael Ruiz Bejar No. 143, Colonia Ex-Hacienda C.P 61710, Taretan, Municipio de Taretan, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 28 STA. CLARA	Carretera Los ReyesJacona No. 30, Pueblo Santa Clara C.P 59963, Tocumbo, Municipio de Tocumbo, Estado de Michoacán de Ocampo
UMF 13 COTIJA	Avenida Monseñor Guizar y Valencia No. 281, Colonia Centro C.P 59940, Cotija, Municipio de Cotija de La Paz, Estado de Michoacán de Ocampo

c) Criterio de evaluación de proposiciones conforme a lo dispuesto por los artículos 51, 52 y 53 del RLAASSP.

En su caso, la ponderación del criterio de evaluación de puntos y porcentajes con la que se evaluarán las propuestas, cumpliendo con lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 14 de la LAASSP.

- En su caso, la metodología para la evaluación bajo el criterio de costo beneficio.

Método de evaluación Binario

d) Licencias, permisos, registros, certificados o autorizaciones que debe cumplir o aplicarse al bien o servicio a contratar.

- Aviso de Funcionamiento del Establecimiento de Atención Médica y/o Copia de la Licencia Sanitaria, emitida por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), dependiente de la Secretaría de Salud.
- Copia del Responsable Sanitario.
- Copia simple legible de la licencia sanitaria y copia de la autorización del responsable expedido por la secretaría de salud vigentes
- Constancia del visto bueno vigente por parte de Protección Civil Municipal a las instalaciones en las cuales se prestarán los servicios.
- Licencia Sanitaria y/o Aviso de Funcionamiento de las instalaciones donde se interpretarán las mastografías y será conforme a la actividad que desarrolle, así como correspondiente al servicio que propone.
- Licencia Sanitaria en caso de no contar con licencia sanitaria deberá de presentar la memoria analítica (Documento que contiene los cálculos de blindaje y recomendaciones de seguridad radiológica, necesarios para las áreas donde se utilicen radiaciones ionizantes, de acuerdo a las normas internacionales de protección radiológica, que garantizan la protección del personal y público que se encuentra dentro y fuera de la instalación) de todas y cada una de las unidades móviles que oferte, conforme lo establece el capítulo 18 numeral 18.5 de la NOM-229-SSA1-2002, el capítulo 14 numeral 14.4.3.2 de la NOM-041-SSA2-2011 y el capítulo 1 Artículo 10 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica siendo mínimo 9 unidades móviles.
- Aviso de funcionamiento expedido por la autoridad sanitaria correspondiente del gabinete de ultrasonido el cual puede ser fijo o móvil
- El proveedor que realiza mastografías de tamizaje, debe cumplir con licencia sanitaria y aviso de funcionamiento a nombre de la empresa, expedidos por la Secretaría de Salud/COFEPRIS o COEPRIS.
- Relación de todo el personal con que cuenta para la prestación del servicio, indicando número de afiliación de cada uno, y el registro patronal del licitante

e) Documentación técnica necesaria como pueden ser: folletos, catálogos, fotografías, manuales entre otros, en caso de que se requieran para comprobar sus especificaciones

Las proposiciones en su caso deberán presentarse por escrito, preferentemente en papel membretado de la empresa, solo en idioma español y dirigidas al área convocante

En caso de que se requieran anexos técnicos, folletos, catálogos, instructivos o manuales de uso para corroborar las especificaciones, características y calidad del servicio, éstos deberán presentarse en idioma español.

f) Visitas a las instalaciones institucionales, donde se suministrarán o colocarán los bienes o donde se prestarán los servicios, en su caso.

NO APLICA

g) Si se requiere efectuar visitas a las instalaciones de los licitantes. Se deberá precisar puntualmente, el objeto y el resultado que se espera obtener de la misma, a efecto de que se plasme en la convocatoria.

El Proveedor aceptará supervisiones en el momento y situación que el Instituto lo pueda determinar, con el propósito de verificar ocularmente que el licitante cuente con las características, condiciones, documentos, equipos, calidad de los servicios contratados así como la capacidad legal, técnica, administrativa y financiera, para garantizar el cumplimiento del otorgamiento y entrega de los servicios propuestos en la presente licitación mediante las visitas a las instalaciones que el proveedor propuso, realizadas por personal designado de la Unidad Médica o de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas del OOAD Regional Michoacán

h) Las penas convencionales y deducciones al pago de conformidad con lo dispuesto en el lineamiento 5.5.8 de las PBL's.

La pena convencional por atraso se calculará por cada día de incumplimiento, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, aplicado al valor del servicio prestado con atraso, y de manera proporcional al importe de la garantía de cumplimiento que corresponda al concepto. La suma de las penas convencionales no deberá exceder el importe de dicha garantía.

El proveedor autorizará al Instituto a descontar las cantidades que resulten de aplicar la pena convencional, sobre los pagos que deba cubrir al propio proveedor.

Conforme a lo previsto en el penúltimo párrafo del artículo 64, del Reglamento de la LAASSP, no se aceptará la estipulación de penas convencionales, ni intereses moratorios a cargo del Instituto.

Respecto del cumplimiento del contrato a la prestación de servicios, se procederá conforme a lo previsto en el Artículo 53, 53Bis, 54 y 54 Bis.

Av. Maestro Pita, no 1200, Col. Centro, C. P. 58000, Ciudad Morelia  
Tel: 443347311 Ext. 0 www.lassp.gub.mx



Concepto	Unidad de medida	Penalización	Responsable de reportar el incumplimiento	Responsable del cálculo, notificación de la pena
Por suspensión definitiva de los servicios contratados sin causa justificada	Por suspensión definitiva de los servicios contratados sin causa justificada	1% del monto total contratado.	Director o Persona designada por el director de la unidad médica, como responsable del programa.	Administrador del contrato.
Cuando se compruebe por el Instituto que la realización de los servicios subrogados, se efectuaron con insumos de mala o baja calidad.	Por cada estudio realizado con insumos de mala y baja calidad	1% del monto total del costo del servicio de que se trate	Director o Persona designada por el director de la unidad médica, como responsable del programa.	Administrador del contrato.
Cuando el proveedor no realice el servicio ordinario dentro de los 10 días naturales posteriores a la solicitud.	Por cada servicio ordinario no realizado dentro de los 10 días naturales posteriores a la solicitud.	1% sobre el valor total del servicio solicitado.	Director o Persona designada por el director de la unidad médica, como responsable del programa.	Administrador del contrato.
Cuando el proveedor no preste el servicio urgente dentro de una hora posterior a la confirmación de la solicitud	Por cada servicio urgente no realizado dentro de 1 (una) hora posterior a la solicitud	1% sobre el valor total del servicio solicitado.	Director o Persona designada por el director de la unidad médica, como responsable del programa.	Administrador del contrato
Cuando el proveedor no entregue el resultado del estudio, servicio y/o procedimiento URGENTE de forma escrita de manera inmediata	Por cada resultado del estudio y/o servicio y/o procedimiento no entregado.	1% sobre el valor total del servicio solicitado.	Director o Persona designada por el director de la unidad médica, como responsable del programa.	Administrador del contrato
Cuando el proveedor no entregue el resultado del estudio, servicio y/o procedimiento ORDINARIO de forma escrita dentro de las 8 horas posteriores a la realización del estudio, servicio y/o procedimiento	Por cada resultado del estudio y/o servicio y/o procedimiento no entregado.	1% sobre el valor total del servicio solicitado.	Director o Persona designada por el director de la unidad médica, como responsable del programa.	Administrador del contrato

Av. Maestro Pita, no 1200, Col. Centro, C. P. 58000, Ciudad Morelia  
Tel: 443347311 Ext. 0 www.lassp.gub.mx





Cuando el proveedor no entregue de forma escrita los resultados de la partida de estudios especiales de laboratorio a más tardar cinco días naturales posteriores a la recolección de las muestras	Por cada resultado del estudio y/o servicio y/o procedimiento no entregado dentro de los cinco días naturales posteriores a la recolección de las muestras	1% sobre el valor total del servicio solicitado.	Director o Persona designada por el director de la unidad médica, como responsable del programa.	Administrador del contrato
Cuando el proveedor no entregue físicamente los resultados de la partida de Estudios especiales de laboratorio a la Dirección Médica de las Unidades que corresponda a más tardar cinco días naturales posteriores a la recepción de las muestras	Por cada resultado del estudio y/o servicio y/o procedimiento no entregado dentro de los cinco días naturales posteriores a la recolección de las muestras	1% sobre el valor total del servicio solicitado.	Coordinador de Prevención y Atención a la Salud y/o Coordinador Auxiliar Médico en Salud Pública	Administrador del contrato
Cuando el proveedor no realice la prestación del servicio de conformidad a la fecha y hora de la cita	Por cada servicio no realizado de conformidad a la fecha y hora establecida.	1% sobre el valor total del servicio solicitado.	Director o Persona designada por el director de la unidad médica, como responsable del programa.	Administrador del contrato
Incumplimiento en la atención en la fecha del calendario	En las 24 (veinticuatro) horas posteriores a la notificación de incumplimiento y funcionamiento de las unidades móviles que se le indiquen	1% diario sobre el valor de los estudios solicitados HASTA POR EL VALOR DE LOS ESTUDIOS NO REALIZADOS ANTES DE IVA	Director, Subdirector Médico o Jefe de Departamento Clínico de la Unidad	Administrador del contrato

Las deducciones se aplicarán de acuerdo a lo previsto en los artículos 53 Bis de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 97 de su Reglamento, por cualquier incumplimiento parcial o deficiente en que incurra el licitante adjudicado, respecto a los conceptos que integran los servicios, conforme a lo siguiente:

CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	DEDUCCIÓN	LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO MOTIVO DE RESCISIÓN DEL CONTRATO	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DEL CÁLCULO Y NOTIFICACIÓN DE LA DEDUCCIÓN
Cuando el proveedor No realice el servicio	Dentro de los 10 días posteriores a la solicitud.	Por cada cita no otorgada dentro de los 10 días posteriores a la solicitud.	1% sobre el valor total del servicio solicitado más IVA.	Hasta por el monto de la garantía de cumplimiento	Director o Persona designada por el director de la unidad médica, como responsable	Administrador del contrato



ordinario dentro de Los 10 días posteriores a la solicitud.					del programa.	
Cuando el proveedor no responda la solicitud de los servicios urgentes mediante correo electrónico dentro de los 30 minutos posteriores al envío de la solicitud.	30 minutos contados a partir del envío de la solicitud mediante correo electrónico	Por cada solicitud de los servicios urgentes no atendida	1% sobre el valor total del servicio solicitado más IVA.	Hasta por el monto de la garantía de cumplimiento	Director o Persona designada por el director de la unidad médica, como responsable del programa.	Administrador del contrato
Cuando el proveedor No preste el servicio urgente dentro de una hora posterior a la confirmación de la solicitud.	Dentro de una hora posterior a la confirmación de la solicitud. (excepción endoscopia Intervencionista)	Por cada hora de atraso en la prestación del servicio.	1% sobre el valor total del servicio solicitado más IVA.	Hasta por el monto de la garantía de cumplimiento	Director o Persona designada por el director de la unidad médica, como responsable del programa.	Administrador del contrato
Cuando el proveedor No proporcione al Director y/o Administrador de la Unidad Médica dos números telefónico fijos o móvil y correo electrónico.	5 días hábiles posteriores a la notificación del fallo.	Por cada día natural que exceda el nivel de servicio	1% sobre el valor de la facturación mensual presentada más IVA.	Hasta por el monto de la garantía de cumplimiento	Director o Persona designada por el director de la unidad médica, como responsable del programa.	Administrador del contrato



**ANEXOS**  
Oficina de Contratos

Cuando el proveedor no entregue de forma mensual el reporte "reporte mensual del devengn"	Dentro de los primeros 5 días del mes siguiente	Por la no entrega del reporte dentro de los primeros 5 días del mes siguiente	1% sobre el valor del consumo del mes en el que ocurrió el incumplimiento más IVA.	Hasta por el monto de la garantía de cumplimiento	Director o Persona designada por el director de la unidad médica, como responsable del programa.	Administrador del contrato
Cuando el proveedor no entregue el resultado del estudio, servicio y/o procedimiento URGENTE de forma escrita	De manera inmediata	Por la no entrega del resultado de forma inmediata	1% sobre el valor total del servicio realizado más IVA.	Hasta por el monto de la garantía de cumplimiento	Director o Persona designada por el director de la unidad médica, como responsable del programa.	Administrador del contrato
Cuando el proveedor no entregue el resultado del estudio, servicio y/o procedimiento ORDINARIO de forma escrita	8 horas después de haber realizado el estudio, servicio y/o procedimiento	Por la no entrega del resultado dentro de las 8 horas posteriores a la realización del estudio	1% sobre el valor total del servicio realizado más IVA.	Hasta por el monto de la garantía de cumplimiento	Director o Persona designada por el director de la unidad médica, como responsable del programa.	Administrador del contrato
Cuando el proveedor no realice el procesamiento de muestras Ordinarias y Urgentes de Estudios laboratorio Primer y Segundo Nivel.	24 horas contados a partir de la hora de toma y 1 hora para estudios urgentes	Por la no recolección de las muestras	1% sobre el valor total del servicio solicitado más IVA.	Hasta por el monto de la garantía de cumplimiento	Director o Persona designada por el director de la unidad médica, como responsable del programa.	Administrador del contrato

Av. Azcapotzalco 100, Col. Polanco, C. P. 06000, Ciudad de México  
Tel. 55 5322 2200 Fax: 55 5322 2201



Cuando el proveedor no realice la prestación del servicio de conformidad a la cita programada	De conformidad a la fecha y hora de la cita	Por la no prestación del servicio de conformidad a la fecha de la cita.	El 1% sobre el valor total de lo incumplido más IVA.	El límite de la deducción no podrá exceder el 10% del monto máximo del contrato	Director Médico de la unidad o Persona designada por el director como responsable del programa.	Administrador del contrato.
Cuando el proveedor no envíe a la Dirección Médica de la unidad que corresponda los resultados de la partida de Estudios de laboratorio de Primer y Segundo Nivel	A más tardar cinco días naturales posteriores a la recepción de las muestras	Por el no envío de los resultados vía correo electrónico en el plazo establecido	1% sobre el valor total del servicio solicitado más IVA.	Hasta por el monto de la garantía de cumplimiento	Coordinación de Prevención y Atención a la Salud.	Administrador del contrato
Cuando el proveedor ya instalado, deje de prestar el servicio de mastografías de tamizaje por situaciones imputables al mismo	Durante el horario de 08:00 a 20:00 de lunes a viernes, e incluso los días sábado y domingo de acuerdo a la programación del servicio, sin previo acuerdo con el Director de la Unidad.	Por cada día natural que exceda el nivel de servicio	1% sobre el valor total de los estudios no realizados, sin incluir el IVA	Hasta por el monto de la garantía de cumplimiento	Director, Subdirector Médico o Jefe de Departamento Clínico de la Unidad	Administrador del contrato
Cuando el proveedor no proporcione los resultados de las mastografías de tamizaje realizadas	Dentro de los 5 (CINCO) días hábiles posteriores a la toma del estudio.	Por cada día natural que exceda el nivel de servicio y tendrá como límite el número de días que	1% sobre el valor de los estudios no reportados, sin incluir el IVA	Hasta por el monto de la garantía de cumplimiento	Director, Subdirector Médico o Jefe de Departamento Clínico de la Unidad	Administrador del contrato

Av. Mx-Tern 91a. H-12000, Col. Centro, C. P. 58000, Ciudad Morelia  
Tel. 44 55122216, Ext. 0. www.ahmsa.gub.mx

		resulten al dividir el porcentaje de la garantía de cumplimiento del contrato, entre el porcentaje diario de penalización establecido.				
Cuando el diagnóstico se encuentra dentro de las categorías BIRADS 0 y BIRADS 3 el proveedor agendará la cita para realizar un ultrasonido	Dentro de los 5 (cinco) días hábiles a partir del resultado de la mastografía	Por cada día natural que exceda el nivel de servicio	1% sobre el valor total de los estudios no realizados en cuenta el precio de referencia de la mastografía, sin incluir el IVA	Hasta por el monto de la garantía de cumplimiento	Director, Subdirector Médico o Jefe de Departamento Clínico de la Unidad	Administrador del contrato
Cuando el proveedor no proporcione reporte semanal en la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud.	Semanalmente los días martes en caso de día inhábil, inmediato posterior.	Por cada día natural de atraso en la entrega de información.	1% sobre el valor total de los estudios no reportados, sin incluir el IVA.	Hasta por el monto de la garantía de cumplimiento.	Coordinador de Prevención y Atención a la Salud.	Administrador del contrato
<p>i) En su caso, mecanismos requeridos al proveedor para responder por defectos o vicios ocultos de los bienes o de la calidad de los servicios.</p> <p>Una vez que el proveedor haya entregado los resultados a la unidad médica o al paciente, una vez revisados por el médico tratante, en caso de que considere que no son de la calidad requerida, se le notificará al proveedor vía correo electrónico o presencial y este deberá realizarlos nuevamente en un plazo no mayor a 24 horas.</p>						
<p>j) Las garantías de anticipos y cumplimiento, deberán de apegarse al numeral 4.30.1, penúltimo párrafo de estas POBALINES, así como la calidad de servicios y de operación y funcionamiento, que en su caso apliquen, las cuales deben indicar, según sea el caso:</p>						

Avenida Pina 262790, Col. Centro, C.P. 58000, Ciudad Morelia  
Tel. 4433127214 Ext. 6. www.mich.mx



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plazo para notificar al proveedor.</li> <li>• La existencia de consumibles y refacciones, en su caso.</li> <li>• Plazo y condiciones de canje o devolución del bien.</li> <li>• Caducidad de los bienes.</li> <li>• Centros de servicio (domicilios y horarios) y reporte técnico.</li> <li>• Periodo de garantía.</li> <li>• Tiempos máximos de reparación o atención de fallas.</li> <li>• Garantía de mano de obra y/o partes.</li> <li>• Mantenimientos correctivos y/o preventivos.</li> <li>• En su caso, si se requiere capacitación, solicitar programa para la misma.</li> <li>• Porcentaje a requerir por concepto de garantía de cumplimiento en los términos del lineamiento 5.5.5 de PBL's.</li> </ul> <p>En caso de considerarse como un requisito a presentar por la proveeduría, por lo que hace a la garantía por defectos o vicios ocultos, se deberá señalar el porcentaje o monto a afianzar.</p> <p>Deberá incluirse el modelo de Póliza de Fianza que corresponda al caso en concreto, los cuales pueden ser de Anticipo, de Cumplimiento y/o de Vicios Ocultos; lo anterior de conformidad con los formatos establecidos en las "Disposiciones de carácter general por las que se aprueban los modelos de pólizas de fianzas constituidas como garantía en las contrataciones públicas realizadas al amparo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas", emitidas por la SHCP.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plazo para notificar al proveedor. INMEDIATO</li> <li>• La existencia de consumibles y refacciones, en su caso. NO APLICA</li> <li>• Plazo y condiciones de canje o devolución del bien. INMEDIATO</li> <li>• Caducidad de los bienes. NO APLICA</li> <li>• Centros de servicio (domicilios y horarios) y reporte técnico. NO APLICA</li> <li>• Periodo de garantía. NO APLICA</li> <li>• Tiempos máximos de reparación o atención de fallas. INMEDIATO</li> <li>• Garantía de mano de obra y/o partes. NO APLICA</li> <li>• Mantenimientos correctivos y/o preventivos. NO APLICA</li> <li>• En su caso, si se requiere capacitación, solicitar programa para la misma. NO APLICA</li> <li>• Porcentaje a requerir por concepto de garantía de cumplimiento en los términos del lineamiento 5.5.5 de PBL's. 10% del valor del Contrato</li> </ul>



**GARANTIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL:**

- El licitante deberá comprometerse manifestando "bajo protesta de decir verdad", la cual se incluye en el escrito de manifestaciones y que se anexa a su propuesta técnica, que salvaguardará la integridad física de los derechohabientes del Instituto, que sean objeto de la prestación del servicio, asumiendo la responsabilidad de daños que pudieran causarse a estos o a terceros, derivados del descuido, negligencia o mala aplicación de las condiciones del servicio por parte del personal que empiece, eximiendo al Instituto de toda responsabilidad, obligándose a restituir la cantidad que el Instituto se viera precisado a erogar por tal concepto.
- En caso de ser asignado "el prestador del servicio", será directamente responsable de los daños y perjuicios que cause directamente a "el Instituto" y/o terceros por negligencia, impericia o dolo en la prestación de los servicios que se obliga a realizar en término de lo ordenado por el artículo 2615 del código civil para el distrito federal en materia común y para toda la república en materia federal. Para tal efecto, deberá proporcionar una póliza de seguro de responsabilidad civil que garantice indemnizaciones en caso de siniestro, eximiendo a "el Instituto" de toda responsabilidad que pudiera resultar de este motivo.

k) Precisar la forma de pago para lo cual deberán especificar el tipo de moneda y si se realizará en una sola exhibición o pagos progresivos conforme a las entregas programadas en el contrato respectivo.

El Instituto se obliga a pagar a el proveedor, la cantidad señalada como importes mínimos y máximos del contrato en moneda nacional, sin que estos rebasen los 20 días naturales posteriores a la entrega de la documentación susceptible de pago en conformidad a los plazos normados por la Dirección de Finanzas de acuerdo al "Procedimiento para la recepción, glosa y aprobación de documentos presentados para trámite de pago y la constitución, modificación cancelación, operación y control de fondos "fijos" en el departamento de presupuesto, contabilidad y erogaciones, sito en Av. Madero Pte. 1200, zona Centro, C.P. 58000 Morelia, Michoacán, en horario de 08:00 a 13:00 horas.

Documentos que debe presentar en ventanilla:

- Representación impresa del comprobante fiscal digital por internet (CFDI), que cumpla con los requisitos establecidos en el artículo 29-A del Código Fiscal de la Federación, en la que se indique:
  - Numero de proveedor
  - Numero de contrato
  - Numero de fianza y denominación social de la afianzadora
  - Que cuente con opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social (IMSS), positiva y vigente, e INFONAVIT, así como de obligaciones fiscales ante el Sat.
- En caso de contrato, opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social (IMSS), positiva y vigente.



Firma de autorización en la representación impresa del CFDI:

- Persona administradora del contrato

Firmadas de conformidad al Anexo 2 "cuentas contables" del Procedimiento para la Recepción, glosa y aprobación de documentos presentado para trámite de pago y la constitución, modificación, cancelación, operación y control de fondos fijos, ([http://172.24.81.43/anexo2admconsulta\\_de\\_anexo\\_3list.php](http://172.24.81.43/anexo2admconsulta_de_anexo_3list.php)); mismos que deberán ser entregados en el Departamento de Trámite y Erogaciones ubicado en Av. Francisco I. Madero Poniente, N°1200, Colonia Centro, C.P. 58000 Morelia, Michoacán, en horario de 08:00 a 13:00 horas (de lunes a viernes en días hábiles).

Durante la vigencia del contrato, "el proveedor" queda obligado a entregar a "el Instituto", junto con el CFDI de cobro respectiva la opinión de cumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad social (IMSS) misma que deberá ser vigente y positiva, y gozará de vigencia durante el día de la fecha en que haya sido generada, de conformidad al acuerdo acdo.as2.hct.270422/107.p.dlr, publicado en el diario oficial de la federación el 22 de septiembre de 2022.

Para la validación de dichos comprobantes el proveedor deberá cargar en internet, a través del portal de servicios a proveedores de la página del IMSS el archivo en formato xml. La validez de los mismos será determinada durante la carga y únicamente los comprobantes validos serán procedentes para pago.

En caso de que el "el proveedor" presente su CFDI con errores o deficiencias, conforme a lo previsto en el artículo 90 del Reglamento de la LAASSP, el Instituto dentro de los 3 días hábiles siguientes a la recepción indicará por escrito al proveedor las deficiencias que se deberán corregir.

Cuando "el proveedor" opte por pago en parcialidades o diferido para cada uno de los pagos que efectivamente reciba, de acuerdo con esta cláusula, deberá de expedir a nombre de "el Instituto" el "CFDI con complemento para la recepción de pagos", también denominado "recibo electrónico de pago", el cual elaborará dentro de los plazos establecidos por las disposiciones fiscales vigentes y lo cargará en el portal de servicios a proveedores de la página de "el Instituto".

"El proveedor" acepta que "El Instituto" efectuó el pago de los bienes suministrados, a través del esquema de transferencia electrónica que el IMSS tiene en operación, con las instituciones bancarias siguientes: Banamex, Banorte, Scotiabank, Santander, BBVA Bancomer, HSBC, Afirme y Banco Azteca, para tal efecto deberá realizar el trámite en el departamento de la tesorería del OOAD Regional Michoacán sito en Av. Francisco I. Madero Pte. No. 1200 colonia Centro C.P. 58000 Morelia, Michoacán en horario de 9:00 a las 15:00 horas de lunes a viernes, en días hábiles.

Asimismo "el Instituto" aceptará del proveedor, que en el supuesto de que tenga cuentas liquidas y exigibles a su cargo, aplicarlas contra los adeudos que, en su caso, tuviera por concepto de cuotas obrero-patronales, conforme a lo previsto en el Artículo 40 B, de la Ley del seguro social.



"El proveedor" que celebre contratos de cesión de derechos de cobro, deberá notificarlo por escrito a "el Instituto", con un mínimo de 5 (cinco) días naturales anteriores a la fecha de pago programada, entregando invariablemente una copia de los contra-recibos cuyo importe se cede, además de los documentos sustantivos de dicha cesión. El mismo procedimiento aplicará en el caso de que "el proveedor" celebre cesión de derechos de cobro a través de factoraje financiero conforme al programa de cadenas productivas de nacional financiera, S.N.C., institución de banca de desarrollo. El pago de los bienes quedará condicionado proporcionalmente al pago que el proveedor deba efectuar por concepto de penas convencionales por atraso.

"El proveedor acepta que el IMSS le efectúe el pago mediante transferencia electrónica, para tal efecto el proveedor deberá proporcionar el número de cuenta clabe, banco y sucursal".

Para cualquier duda o aclaración referente a la consulta de opinión cumplimiento de obligaciones en materia de seguridad social, puede solicitar informes a la siguiente dirección de correo electrónico [constancia32d.adlara@imss.gob.mx](mailto:constancia32d.adlara@imss.gob.mx)

l) Establecer los mecanismos de comprobación, supervisión y verificación de los servicios contratados y efectivamente prestados, así como del cumplimiento de las requisiciones de cada entregable.

El administrador del contrato o en su caso sus auxiliares validaran los servicios contratados a través del cotejo de la facturación del proveedor con el formato 4-30-2/03 "Solicitud de Subrogado de Servicios" (anexo) y las notas médicas de atención del paciente descritas en la tabla 1 y que estén debidamente validadas por los directivos de la unidad médica que envía, dicha verificación se realizará cada vez que el proveedor presente facturación para firma del administrador del contrato, documentación que quedara bajo el resguardo de los auxiliares del administrador del contrato, así como toda aquella que acredite la prestación del servicio, sin que los mismos se encuentren vinculados para el trámite de pago ante la Jefatura de Servicios de Finanzas.

TABLA 1.

PARTIDA	DESCRIPCION	TIPO DE DOCUMENTO
2	RESONANCIA MAGNETICA	NOTA DE INTERPRETACION Y RESULTADO EN CD LEIBLE EN CUALQUIER EQUIPO
4	LITOTRIPSIA INTRA V/O EXTRACORPOREA	NOTA MEDICA Y RESULTADO FINAL CON PRONOSTICO
7	REHABILITACION	NOTA MEDICA Y RESULTADO FINAL CON PRONOSTICO
8	ELECTROMIOGRAFIAS	RESULTADO DE ESTUDIO NOTA DE INTERPRETACION Y RESULTADO EN CD LEIBLE EN CUALQUIER EQUIPO
12	ESTUDIOS DE NEUROLOGIA	NOTA DE INTERPRETACION Y RESULTADO EN CD LEIBLE EN CUALQUIER EQUIPO RESULTADO DE ESTUDIO

14	LABORATORIO SEGUNDO NIVEL	RESULTADO DE ESTUDIO
15	LABORATORIO PRIMER NIVEL	RESULTADO DE ESTUDIO
17	MASTOGRAFIA	NOTA DE INTERPRETACION Y RESULTADO EN CD LEIBLE EN CUALQUIER EQUIPO RESULTADO DE ESTUDIO
20	CRANEOTOMO	NOTA MEDICA Y RESULTADO Y RESULTADO FINAL CON PRONOSTICO
21	SELLADO DE VASOS	NOTA MEDICA Y RESULTADO Y RESULTADO FINAL CON PRONOSTICO
22	HISTOPATOLOGIA	NOTA MEDICA Y RESULTADO DEL ESTUDIO
23	REUMATOLOGIA	NOTA MEDICA Y RESULTADO FINAL CON PRONOSTICO

El personal de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas podrá acudir a supervisar las instalaciones durante la vigencia del contrato a fin de verificar el servicio otorgado y las medidas de sanidad correspondientes.

El mantenimiento preventivo y correctivo es responsabilidad del proveedor, la supervisión y control que se lleva a cabo con oportunidad calidad y eficacia, es atribución del área de conservación de las unidades médicas, misma que informará al director médico del incumplimiento del proveedor para las acciones administrativas a las que haya lugar. Impuestos y derechos:

Todos los impuestos y derechos que causen los contratos serán pagados por el prestador del servicio, a excepción del IVA, que será trasladado al IMSS.

Los CFDI deberán ser expedidos por el proveedor dentro del mes en el cual se otorgaron los servicios. Los CFDI preferentemente podrán presentarse para trámite de pago a más tardar en el último día hábil del mes siguiente posterior a su emisión de enero a noviembre, los CFDI del mes de diciembre preferentemente podrán presentarse para trámite de pago el día que indique el lineamiento de cierre del año, emitido por la dirección de finanzas. Los servicios recibidos en diciembre deben de emitirse los CFDI en el mes de diciembre. Asimismo los servicios recibidos durante un ejercicio fiscal, deberán emitirse los CFDI en el ejercicio fiscal que corresponda.

m) En caso de que se solicite el otorgamiento de anticipo, deberá señalarse el porcentaje y forma de amortización del mismo, el cual debe ajustarse a las disposiciones establecidas en los artículos 13, 45, fracciones IX y X de la LAASSP y 81, fracción V del RLAASSP, y el numeral 4.2.7 del MAAGMAASSP. Así como la justificación para el otorgamiento del anticipo.

NO APLICA

n) Aviso de privacidad, así como la precisión de las medidas de seguridad para el manejo de la información para bienes o servicios de tecnologías de la información y comunicaciones, alineado a la política general de Seguridad de la información en materia de TIC, cuando se considere aplicable.

NO APLICA

o) Seguro de Responsabilidad Civil en el caso de adquisición o arrendamiento de bienes o prestación de servicios que así lo ameriten a juicio del Área Requiriente y/o Técnica, misma que, bajo su responsabilidad, indicará el monto o porcentaje por el cual deberá constituirse la póliza respectiva, sin que esta pueda ser inferior al 5% (cinco por ciento) del importe total del contrato o, en su caso, del importe máximo del contrato. En estos casos, cuando el proveedor llegase a contar con una póliza de responsabilidad civil global, podrá entregar al Área Contratante el endoso que garantice el contrato o convenio que se celebre, mismo que deberá corresponder al monto o porcentaje que se hubiera establecido, sin que sea necesario exigirle la presentación, exhibición o entrega de la póliza original.

TENDRÁ QUE PRESENTAR EL PROVEEDOR SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, POR LO QUE LA PÓLIZA RESPECTIVA SERÁ DEL 5% DEL IMPORTE TOTAL DEL CONTRATO, O EN SU DEFECTO CUANDO EL PROVEEDOR LLEGASE A CONTAR CON UNA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL GLOBAL, PODRÁ ENTREGAR AL ÁREA CONTRATANTE EL ENDOSO QUE GARANTICE EL CONTRATO O CONVENIO QUE SE CELEBRE, MISMO QUE DEBERÁ CORRESPONDER PORCENTAJE ESTABLECIDO, SIN QUE SEA NECESARIO EXIGIRLE LA PRESENTACIÓN, EXHIBICIÓN O ENTREGA DE LA PÓLIZA ORIGINAL.

p) Tratándose de reuniones, conferencias, seminarios, cursos, capacitaciones, asambleas, justas deportivas y, en general, cualquier tipo de evento o acto en el que personas servidoras públicas participen fuera de las instalaciones del IMSS, se deberá contar con los dictámenes de protección civil emitidos por las autoridades competentes en la materia.

NO APLICA

FIRMA

Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui  
Titular de la Jefatura de los Servicios de Prestaciones Médicas



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACAN  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Número de Contrato Interno  
050GYR033N2224-072-00  
Número de Contrato SAI  
S4M0026

**Anexo 3 (tres)**  
**“Propuesta Técnica y Económica de “EL  
PROVEEDOR”, Acta de Fallo”**

SGR

OFICINA DE CONTRATOS

“Este instrumento jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala”

**ANEXOS**  
Oficina de Contratos

SIN TEXTO



# LABORATORIO E IMAGENOLÓGÍA

PREVENCIÓN Y SALUD

HOJA 1-2

DOCUMENTO TECNICO 1  
PROPUESTA ECONOMICA  
Licitación publica nacional electronica:  
LA-50-GYR-050GYR033-N-369-2023

<b>NOMBRE:</b> CDC DE URUAPAN S.A. DE C.V. <b>DOMICILIO:</b> PASEO LAZARO CARDENAS 2000 URUAPAN MICH. <b>RFC:</b> CUR 101108 NZO <b>TEL:</b> 452-523-5555	<b>FECHA DE PRESENTACION:</b> 15 de febrero 2024 <b>LUGAR DE SERVICIO:</b> UPN, APATZ, LAZARO C, PEDER <b>PLAZO DE SERVICIO:</b> Me apego a convocatoria <b>PAGINA WEB:</b> www.cdcuruapan.com.mx <b>CORREO ELECTRONICO:</b> alejandratroyo@gmail.com
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

"Bajo protesta de decir verdad", manifiesto que los servicios que contiene la presente proposición económica, corresponden justa, exacta y cabalmente a la descripción, presentación, especificaciones y condiciones solicitadas en esta convocatoria.

Numero de partida que cotiza: **2**  
 Descripción del servicio: **RESONANCIA MAGNETICA**  
 Unidad Medica que cotiza: **URUAPAN, APATZINGAN, LAZARO C, PEDERNALES.**

NUMERO DE SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO UNITARIO
1	Resonancia magnetica cráneo sin gadolíneo	Estudio	\$3,400.00
2	Resonancia magnetica cráneo con gadolíneo	Estudio	\$4,000.00
3	Angioresonancia.	Estudio	\$4,200.00
4	Angioresonancia cerebral	Estudio	\$4,000.00
5	Colangio resonancia magnetica	Estudio	\$3,400.00
6	Angioresonancia de craneo	Estudio	\$4,000.00
7	Angioresonancia de cráneo con gadolíneo	Estudio	\$4,000.00
8	Resonancia de encefalo con gadolíneo	Estudio	\$4,000.00
9	Resonancia de hipofisis con gadolíneo	Estudio	\$4,000.00
10	Resonancia toraxica con gadolíneo	Estudio	\$4,300.00
11	Resonancia magnetica cervical	Estudio	\$4,100.00
12	Resonancia magnetica lumbar	Estudio	\$4,100.00
13	Resonancia magnetica dorsal inc. columna	Estudio	\$4,100.00
14	Resonancia magnetica vias biliares	Estudio	\$3,400.00
15	Resonancia magnetica silla turca	Estudio	\$4,000.00
16	Resonancia magnetica lumbosacra	Estudio	\$4,100.00
17	Resonancia magnetica de rodilla	Estudio	\$4,400.00
18	Resonancia magnetica de cadera	Estudio	\$3,300.00
19	Resonancia magnetica mano	Estudio	\$3,200.00
20	Resonancia magnetica de muslo y pierna	Estudio	\$2,700.00
21	Resonancia magnetica de cuello	Estudio	\$3,200.00
22	Resonancia magnetica de torax	Estudio	\$2,600.00

*@fey*  
**ANEXOS**  
 Oficina de Contratos

📍 Paseo Lázaro Cárdenas No. 2000, Uruapan, Mich.

Consulte sus resultados en  
[www.cdcuruapan.com.mx](http://www.cdcuruapan.com.mx)



# LABORATORIO E IMAGENOLÓGÍA

HOJA 2-2

## PREVENCIÓN Y SALUD

23	Resonancia magnetica de abdomen	Estudio	\$3,400.00
24	Resonancia magnetica de pelvis	Estudio	\$4,000.00
25	Resonancia de hombro	Estudio	\$3,200.00
26	Resonancia magnetica lumbar con gadolideo	Estudio	\$5,700.00
27	Resonancia magnetica de tobillo	Estudio	\$3,200.00
28	Resonancia magnetica de brazo	Estudio	\$3,200.00
29	Anestesia para resonancia	Estudio	\$2,400.00
30	Angio resonancia tronco supra optico	Estudio	\$3,600.00
31	Resonancia con espectrometria	Estudio	\$3,700.00
32	Resonancia de campo abierto en cualquier segmento del cuerpo con gadolideo	Estudio	\$4,000.00
33	Resonancia de campo abierto en cualquier segmento del cuerpo sin gadolideo	Estudio	\$3,200.00

SUBTOTAL: \$122,100.00  
IVA: \$19,536.00  
TOTAL: \$141,636.00

Numero de partida que cotiza:

12

Descripcion del servicio:

ESTUDIOS DE NEUROLOGIA

Unidad Medica que cotiza:

URUAPAN, APTZ, LC Y PEDERNALES

NÚMERO DE SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO UNITARIO
1	Electroencefalograma (adulto y/o pediátrico)	Estudio	\$2,950.00

SUBTOTAL: \$2,950.00  
IVA: \$472.00  
TOTAL: \$3,422.00

En el caso del que el IMSS me otorgue la adjudicación del servicio que propongo, me obligo en nombre de mi representada a suscribir el contrato que se derive, en los terminos, especificaciones y condiciones establecidas en esta convocatoria, y que el precio propuesto será fijo durante la vigencia del contrato

ATENTAMENTE.

DR. CARLOS ALEJANDRO TROYO ESCOBEDO  
ADMINISTRADOR UNICO.  
CDC DE URUAPAN S.A. DE C.V.

**ANEXOS**  
Oficina de Contratos

●●● Paseo Lázaro Cárdenas No. 2000, Uruapan, Mich.

Consulte sus resultados en  
[www.cdcuruapan](http://www.cdcuruapan)



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACÁN  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
FO-CON-13

ACTA CORRESPONDIENTE AL EVENTO DE FALLO DE LA ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA N° AA-50-GYR-050GYR033-N-22-2024, QUE SE EFECTÚA PARA LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS, AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO Y ATENCIÓN MÉDICA SUBROGADA PARA LAS UNIDADES MÉDICAS DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCENTRALIZADA REGIONAL DEL IMSS EN MICHOACÁN PARA EJERCER A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL FALLO AL 31 DICIEMBRE 2024., EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA INVITACIÓN Y LOS ARTÍCULOS, 26 FRACCIÓN III, 26 BIS FRACCIÓN II, 28 FRACCIÓN I, 36 SEGUNDO PÁRRAFO, 36 BIS FRACCIÓN II, 37, 37 BIS, 40, 41 FRACCIÓN VII, 44, 46, 47, 48 Y DEMÁS CORRELACIONADOS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, ASÍ COMO EL ARTÍCULO 39, 44, 47, 48, 50, 51, 57, 71 Y 72 FRACCIÓN VI DE SU REGLAMENTO Y EN EL PUNTO 3 DE LA INVITACIÓN.

EN LA CIUDAD DE MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO, SIENDO LAS 14:00 HORAS DEL DÍA 20 DE FEBRERO DEL AÑO 2024, SE REUNIERON EN LA SALA DE JUNTAS DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO, UBICADA EN MANUEL PÉREZ CORONADO NÚMERO 200, ESQUINA JESÚS SANSÓN FLORES, COLONIA INFONAVIT LAS CAMELINAS, C.P. 58290, DE ESTA CIUDAD, LOS SERVIDORES PÚBLICOS QUE SE MENCIONAN AL FINAL DE LA PRESENTE ACTA, PARA LLEVAR A CABO LA CELEBRACIÓN DEL ACTO DE COMUNICACIÓN DE FALLO, EN ATENCIÓN A LA ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA N° AA-50-GYR-050GYR033-N-22-2024, QUE SE MENCIONA EN EL PROEMIO DE ESTA ACTA, EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA PRESENTE INVITACIÓN.

EL PRESENTE ACTO DE COMUNICACIÓN DE ASIGNACIÓN SE LLEVA A CABO DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES:

**ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 134 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y LOS ARTÍCULOS 24, 25, 26 FRACCIÓN III, 26 BIS FRACCIÓN II, 27, 28 FRACCIÓN I, 29, 34, 35, 36, 36 BIS FRACCIÓN I, 37, 38, 41 FRACCIÓN VII, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 54 BIS, 55 BIS, 60, 63 Y DEMÁS CORRELATIVOS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, ASÍ COMO LOS ARTÍCULOS 28, 29, 30, 31, 34, 35, 39, 40, 44, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 57, 58, 72 FRACCIÓN VI, 80, 81, 84, 85, 86, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 102 Y 104 DE SU REGLAMENTO, EL DÍA 13 DE FEBRERO DEL AÑO EN CURSO PÚBLICO EN EL MÓDULO DE COMPRANET LA INVITACIÓN DE ADJUDICACIÓN DIRECTA A LOS PROVEEDORES INTERESADOS EN PARTICIPAR EN LA PRESENTE INVITACIÓN.

**SEGUNDO.-** EL PRESENTE EVENTO SE REALIZA EN BASE AL REQUERIMIENTO PRESENTADO POR PARTE DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS CON NÚMERO DE OFICIO NO. 179001 200100/021/2024, SIGNADO POR SU TITULAR EL DR. JUAN GABRIEL PAREDES SARALEGUI Y RECIBIDO EN EL DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, MEDIANTE EL CUAL SE SOLICITA SE REALICE EL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA DERIVADO DE LAS PARTIDAS DESIERTAS DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NO. LA-50-GYR-050GYR033-N-369-2023.

**TERCERO.-** EL DÍA 15 DE FEBRERO DEL 2024, A LAS 15:00 HORAS, SE LLEVO A CABO EL EVENTO DE PRESENTACIÓN Y APERTURA DE PROPUESTAS TÉCNICAS Y ECONÓMICAS PRESENTANDO PROPUESTA 6 (SEIS) PARTICIPANTES, EN LA ADJUDICACIÓN DIRECTA SEÑALADA EN EL PROEMIO DE LA PRESENTE ACTA, DANDO CUMPLIMIENTO A LAS BASES QUE RIGEN EL PRESENTE EVENTO LA CONVOCANTE PROCEDIÓ A LA REVISIÓN CUANTITATIVA DE LAS PROPOSICIONES TÉCNICAS Y ECONÓMICAS, ASÍ COMO LA DOCUMENTACIÓN LEGAL COMPLEMENTARIA, PRESENTADA POR LOS PARTICULARES CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL OFICIO DE INVITACIÓN.

**CUARTO.-** LOS SERVIDORES PÚBLICOS PRESENTES EN LA CITADA INVITACIÓN, ACTÚAN EN APEGO AL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN MATERIA DE CONTRATACIONES PÚBLICAS, OTORGAMIENTO Y PRÓRROGA DE LICENCIAS, PERMISOS, AUTORIZACIONES Y CONCESIONES, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 20 DE AGOSTO DE 2015 Y SUS REFORMAS DEL 19 DE FEBRERO DE 2016 Y 28 DE FEBRERO DE 2017.

**DESARROLLO DEL EVENTO.**

**PRIMERO.-** DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA INVITACIÓN QUE RIGE EL PRESENTE PROCEDIMIENTO, SIENDO LAS 14:00 HORAS EN LA FECHA SEÑALADA PARA EL INICIO DE ESTE ACTO EL L.I. SERGIO RAFAEL ABREGO GARCIA, TITULAR DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO (ÁREA CONTRATANTE) QUIEN PRESIDE ESTE EVENTO, PROCEDIÓ A HACER LA PRESENTACIÓN DE CADA UNO DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS, EL LIC. PEDRO RODOLFO ARAGÓN AVEDÓY, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, (ÁREA CONTRATANTE), EL LIC. MARTIN YHAMEL GONZÁLEZ ANDRADE, ENCARGADO DE LA OFICINA DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 157 DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DESIGNADO MEDIANTE OFICIO NO.179001700100/ENCARG JSDP-005/2024 DE FECHA 01 DE ENERO DE 2024 (ÁREA CONTRATANTE), EL DR. JUAN GABRIEL PAREDES SARALEGUI, TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS (ÁREA REQUIRENTE); DANDO LA BIENVENIDA A CADA UNO DE LOS ASISTENTES Y DECLARANDO FORMALMENTE EL INICIO DEL PRESENTE ACTO DE ASIGNACIÓN.

**SEGUNDO.-** SE HACE LA OBSERVACIÓN QUE POR PARTE DE LA PROVEEDURÍA NO HUBO ASISTENCIA, YA QUE ES UN EVENTO ELECTRÓNICO.

**DICTAMEN TÉCNICO**

**TERCERO.-** LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO EN CALIDAD DE CONVOCANTE DEL IMSS DE ESTE ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCENTRALIZADA REGIONAL MICHOACÁN, PROCEDIÓ A INFORMAR QUE, DE LA REVISIÓN Y EVALUACIÓN TÉCNICA REALIZADA POR EL ÁREA TÉCNICA Y EN REPRESENTACIÓN LA DRA. LILIANA VILLELA TORRES, COORDINADOR AUXILIAR ATENCIÓN MÉDICA (REPRESENTANTE TÉCNICO), EL DR. SIDHARTA OLVERA VALDOVINOS COORDINADOR AUXILIAR ATENCIÓN MÉDICA (REPRESENTANTE TÉCNICO), EL DR. CARLOS

ACTA DE FALLO DE LA ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NÚMERO AA-50-GYR-050GYR033-N-22-2024

Manuel Pérez Coronado No. 200, Infonavit Camilitas C.P. 58290, Morelia, Michoacán, teléfono 443 314 8215  
www.imss.gob.mx

**ANEXOS**  
Oficina de Contratos



2024  
**Felipe Carrillo**  
PUERTO  
SECRETARÍA DE ECONOMÍA



ACTA CORRESPONDIENTE AL EVENTO DE FALLO DE LA ADJUDICACION DIRECTA ELECTRONICA N° AA-50-GYR-050GYR033-N-22-2024, QUE SE EFECTUA PARA LA CONTRATACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS, AUXILIARES DE DIAGNOSTICO, LABORATORIO Y ATENCION MEDICA SUBROGADA PARA LAS UNIDADES MEDICAS DEL ORGANO DE OPERACION ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL DEL IMSS EN MICHOACAN PARA EJERCER A PARTIR DE LA EMISION DEL FALLO AL 31 DICIEMBRE 2024., EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA INVITACION Y LOS ARTICULOS, 26 FRACCION III, 26 BIS FRACCION II, 28 FRACCION I, 36 SEGUNDO PARRAFO, 36 BIS FRACCION II, 37, 37 BIS, 40, 41 FRACCION VII, 44, 46, 47, 48 Y DEMAS CORRELACIONADOS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO, ASI COMO EL ARTICULO 39, 44, 47, 48, 50, 51, 57, 71 Y 72 FRACCION VI DE SU REGLAMENTO Y EN EL PUNTO 3 DE LA INVITACION.

DAVID AVILES LAREDO COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE SALUD PUBLICA (REPRESENTANTE TECNICO), DE ESTE ORGANO DE OPERACION ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACAN, DE ACUERDO A LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS EN LOS NUMERALES 4.39., 4.39.1 Y 4.40 DE LAS POLITICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL A LAS PROPUESTAS TECNICAS Y ECONOMICAS CON FUNDAMENTO EN LOS ARTICULOS 35 FRACCION III, 36 SEGUNDO PARRAFO, 36 BIS FRACCION II, 37 DE LAASSP Y EL ARTICULO 39 FRACCION IV DE SU REGLAMENTO CON LA FINALIDAD DE DETERMINAR SI SE CUMPLEN CON LAS CONDICIONES TECNICAS, Y POR PARTE DEL AREA CONTRATANTE EL RESULTADO LEGAL, ADMINISTRATIVO Y ECONOMICO, DE ACUERDO A LAS CONDICIONES SOLICITADAS EN LA PRESENTE ADJUDICACION DIRECTA, EMITIENDO EL SIGUIENTE RESULTADO TECNICO-ADMINISTRATIVO.

Table with 3 columns: N°, PARTICIPANTE, and MOTIVO Y FUNDAMENTACION. It details the technical and administrative results for three participants: Alfredo Morales Solorio, CDC de Uruapan, S.A. de C.V., and Cynthia Sánchez Gómez.

ACTA DE FALLO DE LA ADJUDICACION DIRECTA ELECTRONICA NUMERO AA-50-GYR-050GYR033-N-22-2024

Manuel Ferrer Coronado No. 299 Jefatura Canalina C.P. 58200, Morelia, Michoacan, Telefono: 011 314 8705 www.imss.gob.mx

ANEXOS
Oficina de Contratos



2024
Felipe Carrillo
PUERTO



ACTA CORRESPONDIENTE AL EVENTO DE FALLO DE LA ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA N° AA-50-GYR-050GYR033-N-22-2024, QUE SE EFECTÚA PARA LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS, AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO Y ATENCIÓN MÉDICA SUBROGADA PARA LAS UNIDADES MÉDICAS DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL DEL IMSS EN MICHOACÁN PARA EJERCER A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL FALLO AL 31 DICIEMBRE 2024., EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA INVITACIÓN Y LOS ARTÍCULOS, 26 FRACCIÓN III, 26 BIS FRACCIÓN II, 28 FRACCIÓN I, 36 SEGUNDO PÁRRAFO, 36 BIS FRACCIÓN II, 37, 37 BIS, 40, 41 FRACCIÓN VII, 44, 46, 47, 48 Y DEMÁS CORRELACIONADOS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, ASÍ COMO EL ARTÍCULO 39, 44, 47, 48, 50, 51, 57, 71 Y 72 FRACCIÓN VI DE SU REGLAMENTO Y EN EL PUNTO 3 DE LA INVITACIÓN.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>EL DOCUMENTO SOLICITADO COMO INCISO C) EN EL NUMERAL 4.1, "ESCRITO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MEDIANTE EL QUE LOS PARTICIPANTES ACREDITAN SU PERSONALIDAD JURÍDICA" CORRELACIONADO AL ANEXO NUMERO 1 DE LAS BASES DE LA INVITACION SEÑALA UNA FECHA DE FIRMA DEL <b>14 DE DICIEMBRE DEL 2024</b>, POR LO QUE DICHA FECHA ES INVALIDA.</li> </ul> <p><b>POR LO ANTERIOR SE DETERMINA QUE NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS POR LA CONVOCANTE.</b></p>
4	LABORATORIOS DIAGNOMOL, S.A. DE C.V.	<p><b>LA PROPUESTA PARA LA PARTIDA 14 SE DESECHA TÉCNICAMENTE DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 134 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, RESULTA SER INSOLVENTE YA QUE INCUMPLE CON EL NUMERAL 4.1 INCISO T) INCURRIENDO EN LAS CAUSALES DE DESCALIFICACIÓN SEÑALADAS EN EL NUMERAL 4.5 INCISO A), G) DE LAS BASES DE LA INVITACIÓN, ASÍ COMO LO CONTENIDO EN LOS ARTÍCULOS 36 DE LA LAASSP Y 51 DE SU REGLAMENTO.</b></p> <p><b>LO ANTERIOR, EN VIRTUD DE QUE EL PARTICIPANTE INCUMPLIÓ COMO YA SE CITÓ CON EL NUMERAL 4.1 INCISO T), EN VIRTUD DE LO SIGUIENTE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>EL CONTRATO DE ARRENDAMIENTO PRESENTADO CUENTA CON UNA VIGENCIA DE 12 MESES CONTADOS A PARTIR DEL 01 DE JUNIO DEL 2023 Y HASTA EL 30 DE JUNIO DEL 2024. POR LO QUE SE INFIERE UNA VIGENCIA POR 13 MESES, NO OBSTANTE QUE EN SU CLAUSULADO DEL CONTRATO DE COMODATO PRESENTADO NO SE ADVIERTE CLAUSULA ALGUNA QUE SEÑALA QUE EL CONTRATO PODRA SER AMPLIADO EN SU VIGENCIA AUTOMATICAMENTE, POR LO QUE NO SE CUMPLE LO PREVISTO EN EL PUNTO 4.1 INCISO T) DE LAS BASES DE LA INVITACION, QUE A LA LETRA REZA: <b>"EL PARTICIPANTE DEBERÁ DE PRESENTAR DOCUMENTO QUE AVALE QUE EL PARTICIPANTE ES PROPIETARIO DEL INMUEBLE O EN SU DEFECTO ARRENDATARIO, CON VIGENCIA DEL CONTRATO DURANTE 2024 A NOMBRE DEL PARTICIPANTE EN DONDE SE ESTABLEZCA EL DOMICILIO DEL MISMO PARA VALIDAR LAS INSTALACIONES DEL PARTICIPANTE"</b></li> </ul> <p><b>POR LO ANTERIOR NO GARANTIZA AL INSTITUTO LAS MEJORES CONDICIONES YA QUE NO CUMPLE CON EL REQUISITO SOLICITADO POR LA CONVOCANTE.</b></p>
5	MARIA DE LOURDES CALVO HERNANDEZ	<p><b>LA PROPUESTA PARA LA PARTIDA 21 SE ACEPTA TÉCNICAMENTE, LO ANTERIOR CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 36 Y 36 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, EL PARTICIPANTE CUMPLE CON TODOS Y CADA UNO DE LOS REQUISITOS SOLICITADOS EN EL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN, POR LO CUAL SE ACEPTA SU PROPUESTA TÉCNICA</b></p>
6	WACHUMA, S. DE R.L. DE C.V. EN PARTICIPACIÓN CONJUNTA CON INTELIGENCIA DE NEGOCIOS EN SISTEMAS, S.A. DE C.V.	<p><b>LA PROPUESTA PARA LA PARTIDA 17 SE DESECHA TÉCNICAMENTE DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 134 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, RESULTA SER INSOLVENTE YA QUE INCUMPLE CON EL NUMERAL 4.1 INCISO B), T) INCURRIENDO EN LAS CAUSALES DE DESCALIFICACIÓN SEÑALADAS EN EL NUMERAL 4.5 INCISO A), G) DE LAS BASES DE LA INVITACIÓN, ASÍ COMO LO CONTENIDO EN LOS ARTÍCULOS 36 DE LA LAASSP Y 51 DE SU REGLAMENTO.</b></p> <p><b>LO ANTERIOR, EN VIRTUD DE QUE EL PARTICIPANTE INCUMPLIÓ COMO YA SE CITÓ CON EL NUMERAL 4.1 INCISOS B), T), SIENDO LO SIGUIENTE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS EN EL ANEXO NUMERO 4 "REQUERIMIENTO": "UNIDADES MÓVILES PARA LA TOMA DE MASTOGRAFÍAS" YA QUE EL VEHÍCULO AUTOMOTOR PRESENTADO ES DE 1996, NO SE PRESENTA PLANTA DE ENERGÍA SOLICITADA, EL MASTOGRAFO PRESENTADO ES DE 1997 CON UN DIGITALIZADOR DE 2005.</li> <li>EL CONTRATO DE ARRENDAMIENTO DE LOS REMOLQUES DE MASTOGRAFIA (UNIDADES MÓVILES) PRESENTADO, CUENTA CON UNA VIGENCIA DE 12 MESES CONTADOS A PARTIR DEL 01 DE SEPTIEMBRE DEL 2023, POR LO QUE SE ESTABLECE UNA VIGENCIA HASTA EL 31 DE AGOSTO DEL 2024, NO OBSTANTE QUE EN SU CLAUSULADO DEL CONTRATO DE ARRENDAMIENTO PRESENTADO</li> </ul>





ACTA CORRESPONDIENTE AL EVENTO DE FALLO DE LA ADJUDICACION DIRECTA ELECTRONICA N° AA-50-GYR-050GYR033-N-22-2024, QUE SE EFECTUA PARA LA CONTRATACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS, AUXILIARES DE DIAGNOSTICO, LABORATORIO Y ATENCION MEDICA SUBROGADA PARA LAS UNIDADES MEDICAS DEL ORGANODE OPERACION ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL DEL IMSS EN MICHOACAN PARA EJERCER A PARTIR DE LA EMISION DEL FALLO AL 31 DICIEMBRE 2024., EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA INVITACION Y LOS ARTICULOS, 26 FRACCION III, 26 BIS FRACCION II, 28 FRACCION I, 36 SEGUNDO PARRAFO, 36 BIS FRACCION II, 37, 37 BIS, 40, 41 FRACCION VII, 44, 46, 47, 48 Y DEMAS CORRELACIONADOS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO, ASI COMO EL ARTICULO 39, 44, 47, 48, 50, 51, 57, 71 Y 72 FRACCION VI DE SU REGLAMENTO Y EN EL PUNTO 3 DE LA INVITACION.

NO SE ADVIERTE CLAUSULA ALGUNA QUE SEÑALA QUE EL CONTRATO PODRA SER AMPLIADO EN SU VIGENCIA AUTOMATICAMENTE, SINO QUE SE SEÑALA QUE DICHO CONTRATO NO SE PRORROGARA TACITAMENTE, SINO QUE A VOLUNTAD DE LAS PARTES PODRA CELEBRAR UNO NUEVO. POR LO QUE NO SE CUMPLE LO PREVISTO EN EL PUNTO 4.1 INCISO T) DE LAS BASES DE LA INVITACION, QUE A LA LETRA REZA: "EL PARTICIPANTE DEBERA DE PRESENTAR DOCUMENTO QUE AVALE QUE EL PARTICIPANTE ES PROPIETARIO DEL INMUEBLE O EN SU DEFECTO ARRENDATARIO, CON VIGENCIA DEL CONTRATO DURANTE 2024 A NOMBRE DEL PARTICIPANTE EN DONDE SE ESTABLEZCA EL DOMICILIO DEL MISMO PARA VALIDAR LAS INSTALACIONES DEL PARTICIPANTE".
POR LO ANTERIOR NO GARANTIZA AL INSTITUTO LAS MEJORES CONDICIONES YA QUE NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS POR LA CONVOCANTE.

DICTAMEN ECONOMICO

CUARTO.- DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 36 Y 36 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO, SE EFECTUO EL ANALISIS DE LAS PROPOSICIONES TECNICO-ECONOMICAS Y DE ACUERDO CON EL DICTAMEN SE DA A CONOCER EL RESULTADO QUE SE MUESTRA A CONTINUACION.

QUINTO.- VERIFICADAS LAS OPERACIONES ARITMETICAS DE LOS IMPORTES CONTENIDOS EN LA PROPUESTA, CON LA FINALIDAD DE ASEGURAR LAS MEJORES CONDICIONES DISPONIBLES EN CUANTO A PRECIO, CALIDAD, FINANCIAMIENTO, OPORTUNIDAD Y DEMAS CIRCUNSTANCIAS PERTINENTES PARA EL ESTADO SE DETERMINA ADJUDICAR DE LA SIGUIENTE MANERA A:

ASIGNACION 100%

NUMERO DE CONTRATO EN FALLO: 050GYR033N2224-072-00
LICITANTE: CDC DE URUAPAN, S.A. DE C.V./R.F.C.: CUR101108N20

PARTIDA 2: HGZ 8 URUAPAN, HGSZ 9 APATZINGAN, HGZ MF 12 LAZARO CARDENAS, HGSZMF 24 PEDERNALES

Table with 4 columns: NUMERO DE SUB PARTIDA, DESCRIPCION DEL SERVICIO, UNIDAD DE MEDIDA, PRECIO UNITARIO. It lists 21 items related to MRI services with their respective units and prices.

ANEXOS Oficina de Contratos



2024 Felipe Carrillo PUERTO



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACÁN  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
FO-CON-13

ACTA CORRESPONDIENTE AL EVENTO DE FALLO DE LA ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA N° AA-50-GYR-050GYR033-N-22-2024, QUE SE EFECTÚA PARA LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS, AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO Y ATENCIÓN MÉDICA SUBROGADA PARA LAS UNIDADES MÉDICAS DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL DEL IMSS EN MICHOACÁN PARA EJERCER A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL FALLO AL 31 DICIEMBRE 2024., EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA INVITACIÓN Y LOS ARTÍCULOS, 26 FRACCIÓN III, 26 BIS FRACCIÓN II, 28 FRACCIÓN I, 36 SEGUNDO PÁRRAFO, 36 BIS FRACCIÓN II, 37, 37 BIS, 40, 41 FRACCIÓN VII, 44, 46, 47, 48 Y DEMÁS CORRELACIONADOS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, ASÍ COMO EL ARTÍCULO 39, 44, 47, 48, 50, 51, 57, 71 Y 72 FRACCIÓN VI DE SU REGLAMENTO Y EN EL PUNTO 3 DE LA INVITACIÓN.

22	Resonancia magnetica de torax	Estudio	\$2,600.00
23	Resonancia magnetica de abdomen	Estudio	\$3,400.00
24	Resonancia magnetica de pelvis	Estudio	\$4,000.00
25	Resonancia de hombro	Estudio	\$3,200.00
26	Resonancia magnetica lumbar con gadolineo	Estudio	\$5,700.00
27	Resonancia magnetica de tobillo	Estudio	\$3,200.00
28	Resonancia magnetica de brazo	Estudio	\$3,200.00
29	Anestesia para resonancia	Estudio	\$2,400.00
30	Angio resonancia tronco supra optico	Estudio	\$3,600.00
31	Resonancia con espectrometría	Estudio	\$3,700.00
32	Resonancia de campo abierto en cualquier segmento del cuerpo con gadolineo	Estudio	\$4,000.00
33	Resonancia de campo abierto en cualquier segmento del cuerpo sin gadolineo	Estudio	\$3,200.00
SUBTOTAL:			\$122,100.00
IVA:			\$19,536.00
TOTAL:			\$141,636.00

NO. DE PARTIDA	UNIDAD	MONTOS MÍNIMOS Y MÁXIMOS INCLUYEN IVA.	
		MÍNIMO	MÁXIMO
2	HGZ 8 URUAPAN	\$174,238.14	\$435,595.34
	HGSZ 9 APATZINGÁN	\$21,961.84	\$54,904.59
	HGZ MF 12 LAZARO CÁRDENAS	\$94,370.64	\$235,926.59
	HGSZMF 24 PEDERNALES	\$22,466.11	\$56,165.28
	TOTAL	\$313,036.72	\$782,591.80

**PARTIDA 12: HGZ 8 URUAPAN**

NÚMERO DE SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO UNITARIO
1	Electroencefalograma (adulto y/o pediátrico)	Estudio	\$2,950.00
SUBTOTAL:			\$2,950.00
IVA:			\$472.00
TOTAL:			\$3,422.00

NO. DE PARTIDA	UNIDAD	MONTOS MÍNIMOS Y MÁXIMOS INCLUYEN IVA.	
		MÍNIMO	MÁXIMO
12	HGZ 8 URUAPAN	\$14,009.16	\$35,022.89
	TOTAL	\$14,009.16	\$35,022.89

NÚMERO DE CONTRATO EN FALLO: 050GYR033N2224-073-00  
LICITANTE: MARIA DE LOURDES CALVO HERNANDEZ / R.F.C.: CAHL610127214

**PARTIDA 21: HGR 1 CHARO, HGZMF 2 ZACAPU, HGZ 83 MORELIA**

NÚMERO DE SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO QUE INCLUYE EL SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO QUE INCLUYE EL SERVICIO	DÍAS DE SERVICIO	HORARIO	PRECIO UNITARIO S/ IVA
21	SELLADO DE VASOS	ESTUDIO	EL SUBROGATARIO DEBE CONTAR CON EL PERSONAL ESPECIALIZADO Y CERTIFICADO. DEBERÁ CONTAR CON EL EQUIPO MÉDICO NECESARIO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE TIPO DE PROCEDIMIENTOS CON LA MEJOR TECNOLOGÍA, BRINDANDO A LOS DERECHAHABIENTES DEL INSTITUTO, UNA ATENCIÓN MÉDICA CON OPORTUNIDAD Y CALIDAD. DEBERÁ PRESTAR EL SERVICIO LOS 365 DÍAS DEL AÑO Y LAS 24 HRS DEL DÍA DURANTE LA VIGENCIA DE CONTRATO ASIGNADO, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA UNIDAD MÉDICA. ASÍ MISMO, EL SUBROGATARIO DEBERÁ ENVIAR MENSUALMENTE A LA UNIDAD MÉDICA SOLICITANTE DE ACUERDO AL FORMATO DE	EMISIÓN FALLO AL 31 DE DICIEMBRE 2024	24 HORAS	\$6,465.52

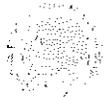
ACTA DE FALLO DE LA ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NÚMERO AA-50-GYR-050GYR033-N-22-2024

Manuel Pérez Coronado No. 200 Interoasis Camelinas C.P. 58290, Morelia, Michoacán, Teléfono 443 344 8765  
www.imss.gob.mx

**ANEXOS**  
Oficina de Contratos



2024  
Felipe Carrillo  
PUERTO  
SECRETARIO DEL PARLAMENTO  
ESTADOUNIDENSE Y SERVICIO



ACTA CORRESPONDIENTE AL EVENTO DE FALLO DE LA ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA N° AA-50-GYR-050GYR033-N-22-2024, QUE SE EFECTÚA PARA LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS, AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO Y ATENCIÓN MÉDICA SUBROGADA PARA LAS UNIDADES MÉDICAS DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL DEL IMSS EN MICHOACÁN PARA EJERCER A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL FALLO AL 31 DICIEMBRE 2024., EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA INVITACIÓN Y LOS ARTÍCULOS, 26 FRACCIÓN III, 26 BIS FRACCIÓN II, 28 FRACCIÓN I, 36 SEGUNDO PÁRRAFO, 36 BIS FRACCIÓN II, 37, 37 BIS, 40, 41 FRACCIÓN VII, 44, 46, 47, 48 Y DEMÁS CORRELACIONADOS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, ASÍ COMO EL ARTÍCULO 39, 44, 47, 48, 50, 51, 57, 71 Y 72 FRACCIÓN VI DE SU REGLAMENTO Y EN EL PUNTO 3 DE LA INVITACIÓN.

Table with 2 columns: Description (SUBROGADO PREVIAMENTE ELABORADO POR EL IMSS, UN INFORME DE TOTAL DE PROCEDIMIENTOS POR MES, AUNADO A LA FACTURACIÓN, EL CUAL DEBERA CONTENER POR ESCRITO EL REPORTE DEL RESULTADO) and Amount (IVA: \$1,034.48, TOTAL: \$7,500.00)

Table with 4 columns: NO. DE PARTIDA, UNIDAD, MONTOS MÍNIMOS Y MÁXIMOS INCLUYEN IVA (MÍNIMO, MÁXIMO). Rows include HGR 1 CHARO, HGZMF 2 ZACAPU, HGZ 83 MORELIA, and TOTAL.

NOTA: LAS CANTIDADES MÍNIMAS Y MÁXIMAS INDICADAS EN EL REQUERIMIENTO SON ÚNICAMENTE ENUNCIATIVAS MAS NO LIMITATIVAS Y ESTÁN SUJETAS AL PRESUPUESTO AUTORIZADO A EJERCER SIN SOBREPASAR EL TECHO PRESUPUESTAL MISMAS QUE PODRÁN PRESENTAR INCREMENTO O DECREMENTO DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS

SEXTO.- ASÍ MISMO SE INFORMÓ A LOS PARTICIPANTES QUE LAS PARTIDAS QUE SE DECLARARON DESIERTAS EN VIRTUD DE NO HABERSE PRESENTADO PROPUESTAS SOLVENTES PARA LA CONVOCANTE, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 58 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

Table with 3 columns: NO. DE PARTIDA, DESCRIPCIÓN DE SERVICIO, UNIDADES MÉDICAS. Lists various medical services like LITOTRIPSIA INTRA Y EXTRACORPÓREA, REHABILITACIÓN, ELECTROMIOGRAFÍAS, LABORATORIO SEGUNDO NIVEL, LABORATORIO PRIMER NIVEL, MASTOGRAFÍA, CRANEOTOMO, HISTOPATOLOGÍA, and REUMATOLOGÍA.

SÉPTIMO.- LA EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS FUE REALIZADA POR EL ÁREA TÉCNICA EN CONJUNTO CON EL ÁREA CONTRATANTE CADA UNO EN EL ÁMBITO DE SU COMPETENCIA DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 4.39 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

OCTAVO.- EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ ACUDIR DENTRO DE LOS 15 QUINCE DÍAS NATURALES A PARTIR DE LA FECHA DE ASIGNACIÓN DE LAS 09:00 HORAS A LAS 14:00 HORAS, DE CONFORMIDAD CON LO QUE DISPONEN LOS ARTÍCULOS 46, 48, 59 Y 60 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, CON EL OBJETO DE FORMALIZAR EN TIEMPO Y FORMA EL CONTRATO Y EVITAR INCURRIR EN ALGUNA DE LAS CAUSALES QUE SEÑALAN LOS PRECEPTOS ANTES CITADOS, EN LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DELEGACIONAL (OFICINA DE CONTRATOS), CON DOMICILIO EN MANUEL PÉREZ CORONADO NÚMERO 200 ESQUINA J. JESÚS SANSON FLORES, COLONIA INFONAVIT CAMELINAS, C.P. 58150 (PLANTA ALTA), MORELIA, MICHOACÁN, PARA LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO, DE IGUAL FORMA SE LE INFORMA AL PROVEEDOR ADJUDICADO QUE A LA FIRMA DEL CONTRATO DEBERÁ PRESENTAR EN LA OFICINA DE CONTRATOS LA FIANZA EXPEDIDA POR AFIANZADORA DEBIDAMENTE CONSTITUIDA EN TÉRMINOS DE LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS, POR UN IMPORTE EQUIVALENTE AL 10% DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO SIN CONSIDERAR EL IVA, ASÍ MISMO PARA EFECTOS DEL ARTÍCULO 32-D, EN CASO DE

ACTA DE FALLO DE LA ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NÚMERO AA-50-GYR-050GYR033-N-22-2024

Manuel Pérez Coronado No. 209 Infonavit Camelinas C.P. 58150, Morelia, Michoacán, Teléfono 413 314 3005 www.imss.gob.mx

ANEXOS
Oficina de Contratos



2024
Felipe Carrillo
PUERTO
SECRETARÍA DE ECONOMÍA

ACTA CORRESPONDIENTE AL EVENTO DE FALLO DE LA ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA N° AA-50-GYR-050GYR033-N-22-2024, QUE SE EFECTÚA PARA LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS, AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO Y ATENCIÓN MÉDICA SUBROGADA PARA LAS UNIDADES MÉDICAS DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL DEL IMSS EN MICHOACÁN PARA EJERCER A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL FALLO AL 31 DICIEMBRE 2024., EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA INVITACIÓN Y LOS ARTÍCULOS, 26 FRACCIÓN III, 26 BIS FRACCIÓN II, 28 FRACCIÓN I, 36 SEGUNDO PÁRRAFO, 36 BIS FRACCIÓN II, 37, 37 BIS, 40, 41 FRACCIÓN VII, 44, 46, 47, 48 Y DEMÁS CORRELACIONADOS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, ASÍ COMO EL ARTÍCULO 39, 44, 47, 48, 50, 51, 57, 71 Y 72 FRACCIÓN VI DE SU REGLAMENTO Y EN EL PUNTO 3 DE LA INVITACIÓN.-----

QUE LOS MONTOS COTIZADOS SEAN MAYORES DE \$300,000.00 (TRESCIENTOS MIL PESOS), SIN INCLUIR EL IVA, DEBERÁN DE PRESENTAR LA OPINIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL (IMSS), VIGENTE Y POSITIVA, EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 32-D DEL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN, DE CONFORMIDAD CON DEL ACUERDO ACDO.AS2.HCT.270422/107.P.DIR, PUBLICADAS EL 22 DE SEPTIEMBRE DE 2022 EN EL D.O.F. PARA EFECTOS DE LO PREVISTO EN LAS "DISPOSICIONES TRANSITORIAS APLICABLES A LAS "REGLAS DE CARÁCTER GENERAL PARA LA OBTENCIÓN DE OPINIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES FISCALES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL, PUBLICADAS EL 22 DE SEPTIEMBRE DE 2022, EL PARTICIPANTE DEBERÁ ACREDITAR QUE LA OPINIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES FISCALES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL FUE OBTENIDA DURANTE EL PLAZO DE QUINCE DÍAS NATURALES QUE EL CONTRIBUYENTE TIENE PARA LA FIRMA DEL CONTRATO CORRESPONDIENTE", POR LO CUAL ESTARÁ OBLIGADO A PRESENTAR POR CADA CONTRATO DOCUMENTO ACTUALIZADO EXPEDIDO POR EL SAT, EN EL QUE EMITAN OPINIÓN SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES, ASÍ COMO LA OPINIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL Y LA CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL EN MATERIA DE APORTACIONES PATRONALES Y ENTERO DE AMORTIZACIONES EMITIDA POR EL INFONAVIT.-----

RESUMEN	
PARTIDAS REQUERIDAS	12
PARTIDAS ASIGNADAS	03
PARTIDAS DESECHADAS	09

CIERRE DEL ACTA

PRIMERO.- SE DIO LECTURA AL CONTENIDO DE LA PRESENTE ACTA, POR LO QUE NO EXISTIENDO OTRO ASUNTO QUE TRATAR, SE CONCLUYE CON EL CIERRE DE LA MISMA A LAS 16:00 HORAS DEL DÍA 20 DE FEBRERO DEL 2024, FIRMANDO AL MARGEN Y AL CALCE PARA LA DEBIDA CONSTANCIA Y EFECTOS LEGALES PROCEDENTES LOS QUE INTERVIENEN EN ESTE EVENTO, EN TODAS Y CADA UNA DE SUS FOJAS, MISMA DE LA QUE SE LES ENTREGA COPIA Y RECIBEN DE CONFORMIDAD. LA FALTA DE FIRMA DE ALGÚN PARTICIPANTE NO INVALIDARÁ SU CONTENIDO Y EFECTOS; ASIMISMO, SE DIFUNDIRÁ UN EJEMPLAR DE ESTA ACTA EN COMPRANET (<https://upcp-compranet.hacienda.gob.mx>) MISMA QUE SURTIRÁ PARA EFECTOS DE SU NOTIFICACIÓN A LOS LICITANTES PARTICIPANTES, SIENDO QUE NO HUBO ASISTENCIA POR PARTE DE LA PROVEEDURÍA POR TRATARSE DE UN EVENTO ELECTRÓNICO SE INFORMA A LOS PARTICIPANTES QUE PODRÁN CONSULTAR LA PRESENTE ACTA POR EL SISTEMA DE COMPRANET.-----

POR EL INSTITUTO:

POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	
NOMBRE DEL FUNCIONARIO Y CARGO	FIRMA
LIC. SERGIO RAFAEL ABREGO GARCIA TITULAR DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO (ÁREA CONTRATANTE)	
DR. JUAN GABRIEL PAREDES SARALEGUI TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS (ÁREA REQUIRENTE)	
LIC. PEDRO RÓDOLFO ARAGÓN AVEDOY TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS (ÁREA CONTRATANTE)	
LIC. MARTIN YHAMEL GONZÁLEZ ANDRADE ENCARGADO DE LA OFICINA DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 157 DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DESIGNADO MEDIANTE OFICIO NO.179001700100/ENCARG JSDP-035/2024 DE FECHA 01 DE ENERO DE 2024. (ÁREA CONTRATANTE)	
L.C.P. GUADALUPE MAGANDA CALDERÓN ANALISTA COORD	

POR LOS PARTICULARES:

"NO HUBO ASISTENCIA, DEBIDO A QUE ES UN EVENTO ELECTRÓNICO"

ACTA DE FALLO DE LA ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NÚMERO AA-50-GYR-050GYR033-N-22-2024

Manuel Flores Coronado No. 200 Infonavit Comallinas C.P. 58290, Morelia, Michoacán, Teléfono 463 314 4705  
www.imss.gob.mx

7 de 7

ANEXOS  
Oficina de Contratos



2024

Felipe Carrillo  
PUERTO

SIN TEXTO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACAN  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Número de Contrato interno  
050GYR033N2224-072-00  
Número de Contrato SAI  
S4M0026

## **Anexo 4 (cuatro)**

### **“Documento de designación del Administrador del Contrato”**

SGR

OFICINA DE CONTRATOS

“Este instrumento jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala”

**ANEXOS**  
Página | 21  
**Oficina de Contratos**

SIN TEXTO



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**



**ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL DE MICHOACÁN  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS**

Oficio Número 17 90 01 200100 / 022 /2024

Morelia, Michoacán a 2 de febrero de 2024

**Dra. María Leticia Hernández Uribe**  
Coordinador Prevención y Atención a la Salud  
Presente

En atención a las contrataciones o adquisición de bienes servicios "Servicios Médicos Subrogados, Auxiliares de Diagnóstico, Laboratorio y Atención Médica Subrogada" y de acuerdo al numeral 5.3.15 de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público vigentes, que a la letra establece:

*"5.3.15 Los responsables de verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, como son la prestación de los servicios o la entrega de los bienes, así como el cálculo de deducciones y penas convencionales, entre otros, será el servidor público designado como el Administrador del Contrato, el cual tendrá como nivel jerárquico:*

....  
b) En OOAD.  
*Los Jefes de Servicios de que se traten, o quienes designen éstos con nivel inmediato inferior a ellos.*

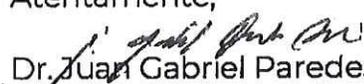
....  
*El Administrador del Contrato una vez designado por escrito como lo dispone el numeral 4.24.6 de estas POBALINES, podrá auxiliarse para el debido cumplimiento de sus obligaciones, con otras personas servidoras públicas cuando las condiciones contractuales lo requieran, en ese caso, dichos auxiliares deberán ser designados por escrito, y serán corresponsables de las actividades que se les asignen y de mantener informado al Administrador del Contrato con la periodicidad y forma que se les indique."*

Por lo anterior se designa a Usted como Administrador de Contrato del siguiente Servicios Médicos Subrogados, Auxiliares de Diagnóstico, Laboratorio y Atención Médica Subrogada del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Michoacán, que se requiere para el periodo de la emisión del fallo al 31 Diciembre 2024 y durante la vigencia de la póliza de fianza de cumplimiento del contrato.

En caso de que se lleve a cabo un relevo institucional temporal o permanente de dicho servidor público, tendrá carácter de Administrador del Contrato la persona que sustituya en el cargo.

Sin más por el momento quedo como su atento y seguro servidor.

Atentamente,

  
**Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui**  
Titular de la Jefatura de los Servicios de Prestaciones Médicas

ACEPTA EL CARGO DE ADMINISTRADOR DEL CONTRATO

  
**Dra. María Leticia Hernández Uribe**  
Coordinador Prevención y Atención a la Salud  
Jefatura de Servicios Prestaciones Médicas  
Av. Madero Pte 1200 Col Centro Morelia, Mich.

RFC: [REDACTED]

CURP: [REDACTED]

Correo: maria.hernandezu@imss.gob.mx

Tel: (443) 3 12 32 14

Av. Madero Pte. No.1200, Col. Centro, C. P. 58000, Ciudad Morelia  
Tel. 443327214, Ext. 0. www.imss.gob.mx

**ANEXOS**  
Oficina de Contratos



**2024**  
**Felipe Carrillo**  
**PUERTO**  
SECRETARÍA DE PRESTACIONES  
DE SALUD Y BIENESTAR  
DEL ESTADO

SE CANCELAN DATOS PERSONALES DE PERSONA(S) FISICAS IDENTIFICABLE(S) TALES COMO: RFC Y CURP POR CONSIDERARSE INFORMACIÓN CUYA DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR A LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 113 FRACCIÓN I Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 09-mayo-2016

**SIN TEXTO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL MICHOACAN  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Número de Contrato Interno  
050GYR033N2224-072-00  
Número de Contrato SAI  
S4M0026

## **Anexo Cinco (5)**

### **“Póliza de Fianza de Cumplimiento de Contrato”**

SGR

OFICINA DE CONTRATOS

"Este instrumento jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala"

**ANEXOS**  
Página 22  
**Oficina de Contratos**

**SIN  
TEKSTO**