



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

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

Contrato **abierto** para la prestación del "SERVICIO DE HEMODIALISIS EXTERNA" PARA LAS UNIDADES MEDICAS HOSPITALARIAS HGZ No. 33, U.M.F. No. 16, U.M.F. No. 19, U.M.F. No. 22 Y U.M.F. No. 27 DEL AMBITO DEL ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL NAYARIT, que celebran, por una parte, el Ejecutivo Federal, por conducto del INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, representada por el [REDACTED] Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada, Estatal Nayarit, en su carácter de **apoderado legal**, en adelante "EL INSTITUTO" y, por la otra, la empresa denominada **Unidad de Diálisis La Loma, S.C.**, en lo subsecuente "EL PROVEEDOR" representado por el C. [REDACTED] en su carácter de Apoderado Legal, a quienes de manera conjunta se les denominará "LAS PARTES", al tenor de las declaraciones y cláusulas siguientes:

## DECLARACIONES

I. "EL INSTITUTO" declara 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 4o y 5o de la Ley del Seguro Social.
- I.2 Conforme a lo dispuesto por el artículo 251, fracción IV, de la Ley del Seguro Social, Fracción XVIII del artículo 155, con relación al artículo 2, fracción IV, inciso a), del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social y de acuerdo con el poder que le fue conferido en la Escritura Pública número 81,315 de fecha 13 de enero de 2023 otorgada ante la fe del Licenciado [REDACTED] Titular de la Notaría Pública número 13 de la Ciudad de México, el Ciudadano Dr. [REDACTED] Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Nayarit, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en cumplimiento a los artículos 24 y 25, fracción IV, de la Ley Federal de Entidades Paraestatales, es un servidor público adscrito a la misma que cuenta con facultades legales para celebrar el presente contrato, quien podrá ser sustituido en cualquier momento en su cargo o funciones, sin que por ello, sea necesario celebrar un convenio modificatorio.
- I.3 La adjudicación del presente contrato se realizó mediante el procedimiento de **Adjudicación Directa** de carácter **Nacional**, No. **AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023**, al amparo de lo establecido en los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 26 fracción III, 26 Bis fracción III, 28 fracción I, 41 fracción V, 45, 46 48 y 55 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
- I.4 "EL INSTITUTO" cuenta con recursos suficientes y con autorización para ejercerlos en el cumplimiento de sus obligaciones derivadas del presente contrato, comprometidos, en la partida presupuestal número **42061604** como se desprende del certificado de disponibilidad presupuestal previo número **0000278694-2023**, de fecha 14 de noviembre de 2022, signado por el Titular de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento.
- I.5 Para efectos fiscales las Autoridades Hacendarias le han asignado el Registro Federal de Contribuyentes [REDACTED]
- I.6 Tiene establecido su domicilio en Calzada del Ejército Nacional No. 14, Fraccionamiento Fray Junípero Serra, Código Postal 63169, en Tepic, Nayarit; mismo que señala para los fines y efectos legales del presente contrato.

II. "EL PROVEEDOR", por conducto de su representante declara que:

- II.1 Es una persona moral originalmente constituida como **Unidad de Diálisis la Loma, S.C.**, de conformidad con las leyes de los Estados Unidos Mexicanos según lo acredita con la Escritura Pública

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 144, frac. XXIII, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social y en atención a la normativa aplicable.

Queda registrado bajo el número: OOAD/NAY/JSJ/DC/2023. 142



número 26,026 de fecha 05 de septiembre de 1997, pasada ante la fe del [REDACTED] Titular de la Notaría Pública 15 del Estado de Nayarit; e inscrita en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio, bajo partida número 7 del libro 41 de la sección IV, cuyo objeto social consiste entre otras actividades, en realizar consulta, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes con problemas renales, tratamiento de hemodiálisis, procedimiento consistente en filtrar la sangre del paciente a través de un filtro especial contenido en una maquina llamada riñón artificial, colocación de catéter vascular y fístula arteriovenosa requerido para el procedimiento de hemodiálisis.

II.2 El C. [REDACTED] en su carácter de **Apoderado Legal** cuenta con facultades suficientes para suscribir el presente contrato y obligar a su representada, como lo acredita con la Escritura Pública número 19,092, de fecha 20 de mayo de 2019 otorgada ante la fe del [REDACTED] Notario Público número 8, de la ciudad de Guadalajara, Jalisco, e inscrita en el registro público de la propiedad y del Comercio del Estado de Nayarit, Libro III, Sección IV, Partida 16, instrumento que bajo protesta de decir verdad manifiesta no le ha sido limitado ni revocado en forma alguna.

II.3 Reúne las condiciones técnicas, jurídicas y económicas, y cuenta con la organización y elementos necesarios para su cumplimiento.

II.4 Cuenta con los siguientes registros:

- Registro Federal de Contribuyentes [REDACTED] .
- Registro Patronal ante "EL INSTITUTO" y EL INFONAVIT número: **D3547312107**
- Número de proveedor IMSS: **0000145117**

II.5 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 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.

II.6 [REDACTED]

III. De "LAS PARTES":

III.1 Que es su voluntad celebrar el presente contrato y sujetarse a sus términos y condiciones, para lo cual se reconocen las facultades y capacidades, mismas que no les han sido revocadas o limitadas en forma alguna, 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 del "SERVICIO DE HEMODIALISIS EXTERNA" PARA LAS UNIDADES MEDICAS HOSPITALARIAS HGZ No. 33, U.M.F. No. 16, U.M.F.



Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 144, frac. XXIII, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social y en atención a la normativa aplicable.

Queda registrado bajo el número: OOAD/NAY/JSJ/DC/2023.



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

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

No. 19, U.M.F. No. 22 Y U.M.F. No. 27 DEL AMBITO DEL ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL NAYARIT, en los términos y condiciones establecidos en este contrato y sus anexos que forman parte integrante del mismo.

Anexo 1 (uno)	"Oficio de Designación de Administrador del contrato"
Anexo 2 (dos)	"Certificado de Disponibilidad Presupuestal Previo"
Anexo 3 (tres)	"Requerimiento"
Anexo 4 (cuatro)	"Anexo Técnico"
Anexo 5 (cinco)	"Modelo de póliza de fianza de cumplimiento"

## SEGUNDA. MONTO DEL CONTRATO

"EL INSTITUTO" pagará a "EL PROVEEDOR" como contraprestación por los servicios objeto de este contrato, un monto mínimo de \$3,089,349.12 (Tres millones ochenta y nueve mil trescientos cuarenta y nueve pesos 12/100 M.N.) más el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.) que asciende a \$494,295.85 (Cuatrocientos noventa y cuatro mil doscientos noventa y cinco pesos 85/100M.N), que hace un total de \$3,583,644.97 (Tres millones quinientos ochenta y tres mil seiscientos cuarenta y cuatro pesos 97/100 M.N) con impuestos, y un monto máximo de \$7,723,372.80 (Siete millones setecientos veinte tres mil trescientos setenta y dos pesos 80/100 M.N.), más el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.) que asciende a \$1,235,739.64 (Un millón doscientos treinta y cinco mil setecientos treinta y nueve pesos 64/100M.N), que hace un total de \$8,959,112.44 (Ocho millones novecientos cincuenta y nueve mil ciento doce pesos 44/100M.N) con impuestos.

"LAS PARTES" convienen expresamente que las obligaciones de este contrato, cuyo cumplimiento se encuentra previsto realizar durante el ejercicio fiscal de 2023, quedarán sujetas para fines de su ejecución y pago a la disponibilidad presupuestaria, con que cuente "EL INSTITUTO", conforme al Presupuesto de Egresos de la Federación que para el ejercicio fiscal correspondiente apruebe la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, sin que la no realización de la referida condición suspensiva origine responsabilidad para alguna de "LAS PARTES".

El(los) precio(s) unitario(s) del presente contrato, expresado(s) en moneda nacional es (son):

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO O SERVICIO	P.U. POR SERVICIO SIN I.V.A.
SERVICIO DE HEMODIALISIS UMF DE BAHIA DE BANDERAS NAYARIT.	\$ 1,562.20
SERVICIO DE HEMODIALISIS UMF DE IXTLAN DEL RIO NAYARIT.	\$ 1,562.20

El precio unitario es considerado fijo y en moneda nacional (pesos mexicanos) hasta que concluya la relación contractual que se formaliza, incluyendo todos los conceptos y costos involucrados en la prestación del SERVICIO DE HEMODIALISIS EXTERNA PARA LAS UNIDADES MEDICAS HOSPITALARIAS HGZ No. 33, U.M.F. No. 16, U.M.F. No. 19, U.M.F. No. 22 Y U.M.F. No. 27 DEL AMBITO DEL ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL NAYARIT, 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" efectuará el pago a través de transferencia electrónica en pesos de los Estados Unidos Mexicanos, a mes vencido (otra temporalidad o calendario establecido) o porcentaje de avance (pagos progresivos), conforme a los servicios efectivamente prestados y a entera satisfacción del administrador

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 144, frac. XXIII, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social y en atención a la normativa aplicable.

Queda registrado bajo el número: OOAD/NAY/JSJ/DC/2023.

3



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

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

del contrato y de acuerdo con lo establecido en el Anexo 3 (tres) que forma parte integrante de este contrato.

El pago se realizará en un plazo máximo de 20 (veinte) días naturales siguientes, contados a partir de la fecha en que sea entregado y aceptado el Comprobante Fiscal Digital por Internet (CFDI) o factura electrónica a "EL INSTITUTO", con la aprobación (firma) del Administrador del presente contrato a través del Sistema Integral de Administración Financiera Federal (SIAFF).

El cómputo del plazo para realizar el pago se contabilizará a partir del día hábil siguiente de la aceptación del CFDI o factura electrónica, y ésta reúna los requisitos fiscales que establece la legislación en la materia, el desglose de los servicios prestados, los precios unitarios, se verifique su autenticidad, no existan aclaraciones al importe y vaya acompañada con la documentación soporte de la prestación de los servicios facturados.

De conformidad con el artículo 90, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, en caso de que el CFDI o factura electrónica entregado presente errores, el Administrador del presente contrato o a quien éste designe por escrito, dentro de los 3 (tres) días hábiles siguientes de su recepción, indicará a "EL PROVEEDOR" las deficiencias que deberá corregir; por lo que, el procedimiento de pago reiniciará en el momento en que "EL PROVEEDOR" presente el CFDI y/o documentos soporte corregidas y sea aceptada.

El tiempo que "EL PROVEEDOR" utilice para la corrección del CFDI y/o documentación soporte entregada, no se computará para efectos de pago, de acuerdo con lo establecido en el artículo 51 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

El proveedor deberá expedir sus Comprobantes Fiscales Digitales por Internet (CFDI), en el esquema de facturación electrónica, con las especificaciones normadas en los artículos 29 y 29-A del CFF, así como las que emita el SAT a nombre del Instituto Mexicano del Seguro Social, con Registro Federal de Contribuyentes IMS421231145 y en caso de ser necesario como dato adicional, el domicilio en Avenida Paseo de la Reforma Núm. 476 en la Colonia Juárez, C.P. 06600, alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, la validez de las mismas será determinada durante la carga y únicamente las facturas fiscalmente válidas serán procedentes para pago. El proveedor deberá proporcionar a las áreas financieras una representación impresa de la misma que cumpla con las especificaciones normadas por el SAT, la representación impresa por sí misma no será sustento para pago si no se hace la carga del XML del cual se originó o si la misma no es una representación fiel del XML origen.

El CFDI o factura electrónica se deberá presentar desglosando el IVA cuando aplique.

"EL PROVEEDOR" manifiesta su conformidad que, hasta en tanto no se cumpla con la verificación, supervisión y aceptación de la prestación de los servicios, no se tendrán como recibidos o aceptados por el Administrador del presente contrato.

Para efectos de trámite de pago, conforme a lo establecido en el SIAFF, "EL PROVEEDOR" deberá ser titular de una cuenta bancaria, en la que se efectuará la transferencia electrónica de pago, respecto de la cual deberá proporcionar toda la información y documentación que le sea requerida por "EL INSTITUTO", para efectos del pago.

El pago de la prestación de los servicios recibidos, quedará condicionado proporcionalmente al pago que "EL PROVEEDOR" deba efectuar por concepto de penas convencionales.

Para el caso que se presenten pagos en exceso, se estará a lo dispuesto por el artículo 51, párrafo tercero, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 144, frac. XXIII, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social y en atención a la normativa aplicable.

Queda registrado bajo el número: OOAD/NAY/JSJ/DC/2023.



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

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

El pago de los servicios quedará condicionado al descuento que "EL INSTITUTO" efectuará a "EL PROVEEDOR" por concepto de penas convencionales y deducciones, en el entendido de que en el supuesto de que sea rescindido el contrato, no procederá el cobro de dichas penalizaciones, ni la contabilización de las mismas para hacer efectiva la garantía de cumplimiento, de conformidad con lo establecido por el artículo 95 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Anexo a la solicitud de pago electrónico (intrabancario e interbancario) "EL PROVEEDOR" deberá presentar original y copia de la cédula del Registro Federal de Contribuyentes, Poder Notarial e identificación oficial; los originales se solicitan únicamente para cotejar los datos y les serán devueltos en el mismo acto.

"EL PROVEEDOR" deberá presentar posterior a la fecha del corte de los servicios, la factura electrónica y el reporte de procedimientos aprobados en el periodo por el Jefe de Servicio o Coordinador Clínico de la Unidad Médica, para el visto bueno del Director de la Unidad Médica, a más tardar cinco días hábiles posteriores a la fecha de entrega de la factura electrónica, misma que deberá referir los procedimientos aprobados que se encuentran señalados en el reporte, del cual se le hará de su conocimiento al Administrador del Contrato.

"EL PROVEEDOR" que tenga cuentas líquidas y exigibles a su cargo por concepto de cuotas obrero patronales, conforme a lo previsto en el artículo 40 B de la Ley del Seguro Social, acepta que "EL INSTITUTO" las compense con el o los pagos que tenga que hacerle por concepto de contraprestación por la contratación de bienes o servicios.

"EL PROVEEDOR" que celebren contratos de cesión de derechos de cobro, deberán notificarlo 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, de igual forma los que celebren contrato de 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.

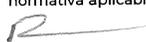
El pago se depositará en la fecha programada de pago si la cuenta bancaria de "EL PROVEEDOR", está contratada con Banamex, S.A., HSBC, S.A., Banorte, S.A., Santander, S.A. o Scotiabank Inverlat, S.A.; si la cuenta pertenece a un banco distinto a los mencionados, "EL INSTITUTO" realizará la instrucción de pago en la fecha programada, y su aplicación se llevará a cabo el día hábil siguiente, de acuerdo con lo establecido por el Centro de Compensación Bancaria (CECOBAN).

"EL PROVEEDOR" podrá optar por cobrar a través de factoraje financiero conforme al programa de cadenas productivas de nacional financiera, S.N.C. institución de banca de desarrollo con "EL INSTITUTO" "EL PROVEEDOR" se obliga a no cancelar ante el SAT los CFDI a favor de "EL INSTITUTO" previamente validados en el Portal de Servicios a Proveedores, salvo justificación y comunicación por parte del mismo al Administrador del Contrato para su autorización expresa, debiendo éste informar a las áreas de trámite de erogaciones de dicha justificación y reposición del CFDI, en su caso.

En caso de aplicar, "EL PROVEEDOR" deberá entregar el CFDI a favor de "EL INSTITUTO" por el importe de la aplicación de la pena convencional por atraso o deficiencia del servicio.

#### 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 anexo3 (tres) del presente contrato.

 Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 144, frac. XXIII, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social y en atención a la normativa aplicable.  
Queda registrado bajo el número: OOAD/NAY/JSJ/DC/2023.



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

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL

AA-050-CYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

Los servicios serán prestados en los domicilios señalados en el anexo 3 (tres) del presente contrato y fechas establecidas en el mismo.

En los casos que derivado de la verificación se detecten defectos o discrepancias en la prestación del servicio o incumplimiento en las especificaciones técnicas, "EL PROVEEDOR" deberá reponer los servicios, sin costo adicional para "EL INSTITUTO".

#### SEXTA. VIGENCIA

"LAS PARTES" convienen en que la vigencia del presente contrato será del **01 de febrero del 2023 al 05 de abril del 2023**.

#### SÉPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO.

"LAS PARTES" están de acuerdo que el "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 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 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 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 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

"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. GARANTÍAS DE LOS SERVICIOS

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(S)

##### A) CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.



Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 144, frac. XXIII, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social y en atención a la normativa aplicable.

Queda registrado bajo el número: OOAD/NAY/353/DC/2023.



Conforme a los artículos 48, fracción II, 49, fracción I, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público; 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 será, **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%** del monto total del contrato, sin incluir el IVA. Dicha fianza deberá ser entregada a "EL INSTITUTO", a más tardar dentro de los 10 (diez) días naturales posteriores a la firma del presente contrato.

Si las disposiciones jurídicas aplicables lo permiten, la entrega de la garantía de cumplimiento se podrá realizar de manera electrónica.

Cuando la garantía de cumplimiento se presente a través de una fianza, se deberá observar el "Modelo de póliza de fianza de Cumplimiento" conforme al anexo No. 5(cinco).

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 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 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 las garantías y cumplimiento del contrato, lo que comunicará a "EL PROVEEDOR".

"EL PROVEEDOR" queda obligado a entregar a "EL INSTITUTO" la póliza de fianza antes señalada, en la Oficina de Contratos, ubicada en Calle Retorno número 72, Colonia Obrera, Código Postal 63120, en la Ciudad de Tepic, Nayarit, apegándose al formato que para tal efecto se anexa al presente contrato con el **Anexo 5 (cinco)**.

#### DÉCIMA. OBLIGACIONES DE "EL PROVEEDOR".

- a) Prestar los servicios en las fechas o plazos y lugares establecidos conforme a lo pactado en el presente contrato y anexos respectivos.
- b) Cumplir con las especificaciones técnicas, de calidad y demás condiciones establecidas en el presente contrato y sus respectivos anexos.
- c) 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.





- d) 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 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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

- a) Otorgar todas las facilidades necesarias, a efecto de que "EL PROVEEDOR" lleve a cabo en los términos convenidos en la prestación de los servicios objeto del contrato.
- b) Realizar el pago correspondiente en tiempo y forma.

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

"EL INSTITUTO" designa como Administrador(es) del presente contrato al **Dr. Jorge Manuel Vera Peralta, con RFC\_VEPJ-760712-MZ0, Coordinador de Prevención y Atención a la Salud**, de conformidad con el oficio No. 199001250100/CAOA/0043/2023, de fecha 23 de enero del 2023, firmado por el Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, quien dará seguimiento y verificará el cumplimiento de los derechos y obligaciones establecidos en este instrumento.

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.

En el 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 lo sustituya en el cargo.

#### DÉCIMA TERCERA. PENAS CONVENCIONALES

En caso que "EL PROVEEDOR" incurra en atraso en el cumplimiento de las fechas pactadas para la prestación de los servicios, objeto del presente contrato, conforme a lo establecido en el Anexo No. 3 (tres) parte integral del presente contrato, "EL INSTITUTO" por conducto del administrador del contrato aplicará la pena convencional de atraso sobre la parte de los servicios no prestados, de conformidad con este instrumento legal y sus respectivos anexos sobre el valor de lo incumplido sin considerar el IVA.

El Administrador del contrato, notificará a "EL PROVEEDOR" por escrito o vía correo electrónico el cálculo de la pena convencional, posterior al atraso en el cumplimiento de la obligación de que se trate.

El pago de los servicios quedará condicionado, proporcionalmente, al pago que "EL PROVEEDOR" deba efectuar por concepto de penas convencionales por atraso; en el supuesto que el contrato sea rescindido





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

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

en términos de lo previsto en la Cláusula Vigésima Segunda De Rescisión, no procederá el cobro de dichas penas ni la contabilización de las mismas al hacer efectiva la garantía de cumplimiento del contrato.

El pago de la pena podrá efectuarse a través del esquema de Pago Electrónico de Derechos, Productos y Aprovechamientos (DPA's), a favor de la Tesorería de la Federación, o "EL INSTITUTO"; o bien, a través de un comprobante de egreso (CFDI de Egreso) conocido comúnmente como Nota de Crédito, en el momento en el que emita el comprobante de Ingreso (Factura o CFDI de Ingreso) por concepto de los servicios, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

El importe de la pena convencional, no podrá exceder el equivalente al monto total de la garantía de cumplimiento del contrato.

#### DÉCIMA CUARTA. 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 QUINTA. SEGUROS

Para la prestación de los servicios materia del presente contrato, no se requiere que "EL PROVEEDOR" contrate una póliza de seguro por responsabilidad civil.

#### DÉCIMA SEXTA. 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 SÉPTIMA. 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".

#### DÉCIMA OCTAVA. DERECHOS DE AUTOR, PATENTES Y/O MARCAS

"EL PROVEEDOR" será responsable en caso de infringir patentes, marcas o viole otros registros de derechos de propiedad industrial a nivel nacional e internacional, con motivo del cumplimiento de las obligaciones del presente contrato, por lo que se obliga a responder personal e ilimitadamente de los daños y perjuicios que pudiera causar a "EL INSTITUTO" o a terceros.

De presentarse alguna reclamación en contra de "EL INSTITUTO", por cualquiera de las causas antes mencionadas, "EL PROVEEDOR", se obliga a salvaguardar los derechos e intereses de "EL INSTITUTO" de cualquier controversia, liberándola de toda responsabilidad de carácter civil, penal, mercantil, fiscal o de cualquier otra índole, sacándola en paz y a salvo.



Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 144, frac. XXIII, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social y en atención a la normativa aplicable.

Queda registrado bajo el número: OOAD/NAV/JSJ/DC/2023.



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

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

#### DÉCIMA NOVENA. 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 las Leyes 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.

#### VIGÉSIMA. 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 la "EL INSTITUTO" así lo determina; y en caso 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 PRIMERA. 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", 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 Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

#### VIGÉSIMA SEGUNDA. 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



Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 144, frac. XXIII, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social y en atención a la normativa aplicable.

Queda registrado bajo el número: OOAD/NAY/JSJ/DC/2023.



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 no entrega dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha de firma del presente contrato, la garantía de cumplimiento del mismo.
- i) 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 éste contrato cuando no se haya requerido la garantía de cumplimiento;
- j) 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 DÉCIMA NOVENA DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES del presente instrumento jurídico;
- k) Si se comprueba la falsedad de alguna manifestación, información o documentación proporcionada para efecto del presente contrato;
- l) Cuando "EL PROVEEDOR" y/o su personal, impidan el desempeño normal de labores de "EL INSTITUTO";
- m) En general, incurra en incumplimiento total o parcial de las obligaciones que se estipulen en el presente contrato o de las disposiciones de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento;
- n) Si la autoridad competente declara el concurso mercantil o cualquier situación análoga o equivalente que afecte el patrimonio de "EL PROVEEDOR";
- o) Cuando no realice el servicio dentro del periodo establecido incluyendo el periodo de penas convencionales por atraso, y;
- p) Cuando se compruebe que "EL PROVEEDOR" haya entregado servicios con descripciones y presentaciones distintas a las aceptadas en el contrato.

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 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 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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 TERCERA. 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



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

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

intervenga o contrate para la atención de los asuntos encomendados por "EL INSTITUTO", así como en la ejecución de los servicios.

Para cualquier caso no previsto, "EL PROVEEDOR" exime 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 CUARTA. DISCREPANCIAS

"LAS PARTES" convienen que, en caso de discrepancia entre la solicitud de cotización y el modelo de contrato, prevalecerá lo establecido en solicitud respectiva, de conformidad con el artículo 81, fracción IV, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

#### VIGÉSIMA QUINTA. 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 SEXTA. 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 SÉPTIMA. 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.

#### VIGÉSIMA OCTAVA. 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 Tepic, Nayarit, renunciando expresamente al fuero que pudiera corresponderles en razón de su domicilio actual o futuro.

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 144, frac. XXIII, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social y en atención a la normativa aplicable.

Queda registrado bajo el número: OOAD/NAY/JSJ/DC/2023.



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

ADJUDICACION DIRECTA  
 NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

**FIRMANTES O SUSCRIPCIÓN.**

Por lo anterior expuesto, "EL INSTITUTO" y "EL PROVEEDOR", manifiestan estar conformes y enterados de las consecuencias, valor y alcance legal de todas y cada una de las estipulaciones que el presente instrumento jurídico contiene, por lo que lo ratifican y firman en todas sus partes, por triplicado, en la Ciudad de Tepic, Nayarit; el día 01 de febrero del 2023, quedando un ejemplar en poder de "EL PROVEEDOR" y los restantes en poder de "EL INSTITUTO".

POR:  
 "EL INSTITUTO"

TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN  
 ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL  
 NAYARIT

COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA  
 SALUD  
 ADMINISTRADOR DEL CONTRATO

Establecido en la fracción IV del artículo 2, en  
 relación con el artículo 2, fracción IV, inciso a, del  
 Reglamento Interior del Instituto Mexicano del  
 Seguro Social

POR:  
 "EL PROVEEDOR"  
 UNIDAD DE DIÁLISIS LA LOMA, S.C.  
 R.F.C.: UDL-070905-820



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

ADJUDICACION DIRECTA  
 NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

ANEXO 1 (UNO)  
 "OFICIO DE DESIGNACIÓN DE ADMINISTRADOR DEL CONTRATO"



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA EN NAYARIT  
 Jefatura De Servicios De Prestaciones Médicas  
 Coordinación Auxiliar Operativa Administrativa

Oficio. 199001250100/CAOA/0043/2023  
 Tepic, Nayarit a 23/01/2023



Titular De la Coord. De Abastecimiento y Equipamiento  
 PRESENTE

En complemento al Oficio No.199001250100/CAOA/0002/2023 y Oficio No.199001250100/CAOA/0003/2023 de fecha 02/01/2023, envié oficio de aceptación de la responsabilidad y designación del servidor público que fungirá como **Administrador del Contrato** del "SERVICIO HEMODIALISIS EXTERNA", a partir del mes de Febrero y hasta el mes de Agosto del 2023.

Funcionario Designado	Cargo	Firma
	Coordinador de Prevención y Atención a la Salud	

Sin otro en particular, aprovecho la ocasión para enviarle un saludo cordial.

Atentamente  
 "Seguridad y Solidaridad Social"



Calzada del Ejército Nacional No. 14 Fraccionamiento Fray Junípero Serra,  
 Tepic, Nayarit C. P. 63169.  
 Tel. (311) 213 11 70, Ext. 1242, Directo 133 59 10  
 www.imss.gob.mx



2023  
 AÑO DE  
**Francisco  
 VILLA**



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

ADJUDICACION DIRECTA  
 NACIONAL

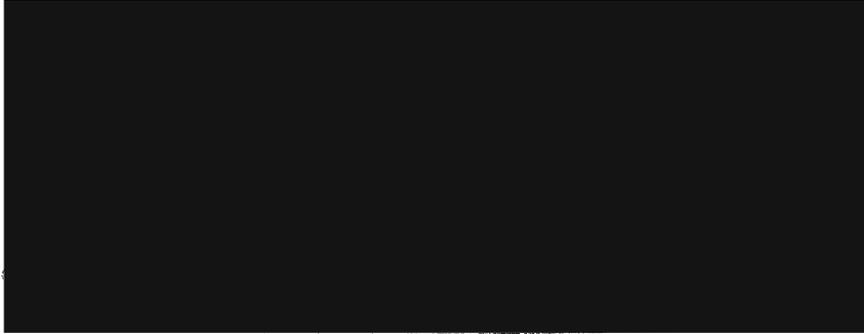
AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

ANEXO 2 (DOS)  
 "CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO"



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



COMROMISOS MENSUAL (en miles de pesos)											
ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
6,401,999.61	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Este documento de respaldo presupuestario se emite con base en la revisión efectuada en el Módulo de Control de Compromisos del Sistema Financiero PREI-Milenium, por lo que el monto señalado se encuentra comprometido para dar inicio a las gestiones de adquisición de bienes y servicios previo cumplimiento del marco normativo vigente, siendo responsabilidad del área solicitante el destino y aplicación de los recursos, lo anterior con fundamento en los artículos 35 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, 25 y 45 fracción III de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 24 y 46 fracción III de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, 8°, 144 y 148 del Reglamento Interior del IMSS y el numeral 7.2.10 de la Norma Presupuestaria del IMSS.

CERTIFICADO PREVIO

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

IMPORTE: \$ 6,401,999,614.00  
 SEIS MIL CUATROCIENTOS UN MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS CATORCE PESOS 00/100 MN

  
 \_\_\_\_\_  
 Autorizó

Coordinador Técnico de Admon. de Gasto de Bienes y Servicios



**ANEXO 3 (TRES)  
"REQUERIMIENTO"**

**HEMODIALISIS EXTRAMUROS**

**PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

**Condiciones de la Prestación del Servicio**

El procedimiento de hemodiálisis se llevará a cabo únicamente en las instalaciones de **"EL PROVEEDOR"**.

Por ningún motivo podrá **"EL PROVEEDOR"** otorgar éste a través de terceros o en instalaciones distintas a las propuestas y estipuladas en el presente documento.

El horario de servicio será de las 7:00 a las 21:00 horas de lunes a sábado; incluso días festivos, de conformidad con el apartado denominado **"LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES PUNTOS"** de este documento.

El servicio de hemodiálisis deberá ser prestado dentro del plazo establecido y de acuerdo a las necesidades de las unidades médicas contenidas en el **Anexo TI (T-uno)**, el cual forma parte del presente contrato.

**LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES PUNTOS**

El servicio deberá ser prestado por personal con las siguientes características, de acuerdo con lo estipulado en la NOM-003-SSA3-2010 **"Para la práctica de la Hemodiálisis"**:

- El responsable de la unidad de hemodiálisis deberá ser un médico especialista en nefrología, con certificado de especialización, cédula profesional, debiendo encontrarse en la unidad de hemodiálisis durante la práctica de la misma.
- El personal de enfermería con especialidad en nefrología o personal profesional y técnico con capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de seis meses de enfermería, deberá contar con al menos una enfermera por cada 3 (tres) máquinas de hemodiálisis.

Para garantizar lo anterior, durante la prestación del servicio, el Instituto realizará verificaciones del personal que presta el servicio, durante las visitas de supervisión semestrales o las que se determinen necesarias (bimensuales en unidades que no cuentan con el trámite de certificación del consejo, cuatrimestrales las que iniciaron trámite de certificación y semestrales las que estén certificadas ante el consejo de Salubridad General).

**"EL PROVEEDOR"** deberá dotar en forma mensual al Instituto del número de catéteres temporales o permanentes que fueron colocados en unidades médicas del IMSS a pacientes referidos a subrogación que ingresaron el mes inmediato anterior, más 2 (dos) catéteres temporales o permanentes como lo solicite el jefe de servicio

Esto será acumulable, con el propósito de contar con un stock para garantizar la atención oportuna de los pacientes referidos por primera vez a las unidades subrogadas, los catéteres se entregarán al almacén de la unidad médica correspondiente o en donde lo indique el Director Médico de la Unidad dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes en el horario de 9-15 hrs. De lunes a viernes, debiendo anotar nombre, matrícula y cargo de quien los recibe, debiendo notificar al administrador del contrato la falta de entrega de los catéteres.

**"EL INSTITUTO"** podrá verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad de los bienes, a través de la COCTI, cuyas muestras utilizadas para este efecto, deberán ser repuestas por **"EL PROVEEDOR"** sin costo para **"EL INSTITUTO"**, al área del IMSS que así lo solicite.



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

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

En caso de deficiencia en la calidad de los catéteres la Unidad Médica podrá solicitar el cambio de los catéteres por otros que cumplan con la calidad solicitada, sin costo adicional al Instituto. Todos los catéteres, permanentes o temporales deberán entregarse con su Kit de introducción sin excepción. (Anexo T2 (T dos))

Para los pacientes con permanencia en el programa, la transición del acceso vascular temporal por un acceso vascular definitivo no deberá ser por un tiempo mayor de 3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada. Esto estará sujeto a verificación por parte del personal del Instituto, durante las visitas de supervisión o en cualquier momento.

Es responsabilidad de "EL PROVEEDOR" dentro del marco de los términos del contrato, proporcionar al 100% el servicio subrogado de hemodiálisis por lo que el Instituto no aceptará la omisión, suspensión o cancelación de ningún tratamiento programado, con excepción de causas médicas, las cuales deberán ser sustentadas en nota médica. Por lo anterior no se aceptará como otorgado el servicio si por causas imputables a "EL PROVEEDOR" no se da la sesión de hemodiálisis de acuerdo con la prescripción indicada por el médico tratante del IMSS.

La unidad de hemodiálisis subrogada deberá utilizar dializadores nuevos por cada sesión de hemodiálisis; o el reusó de dializadores de forma automatizada.

En caso de optar por el reuso de dializadores deberá contar con personal especializado para el uso de la Unidad de procesamiento de dializadores.

Los bienes de consumo necesarios para la prestación del servicio deberán ser compatibles con el equipo médico ofertado y deberán cumplir con las especificaciones técnicas solicitadas en el **Anexo T2 (T-dos)** del presente documento.

El jefe de servicio de Nefrología o Medicina Interna y el prestador del servicio determinarán en conjunto, las fechas en que el prestador de servicio deberá entregar copia simple de los reportes originales de los resultados de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del agua, presentando los originales de dichos reportes para cotejo, con la periodicidad bimestral para el análisis de biológicos y al menos una vez al año para los estudios químicos, así como, validar que los resultados se encuentren dentro de los parámetros estipulados en la NOM 003-SSA3-2010 de los estudios mencionados, mediante el **Anexo T5 (T-cinco) CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE HEMODIALISIS SUBROGADA.**

El administrador del contrato y "EL PROVEEDOR" determinarán en conjunto, las fechas mensuales en que "EL PROVEEDOR" deberá entregar los catéteres, mediante el **Anexo T6 (T-seis) CALENDARIO PARA ENTREGA DE CATÉTERES.**

"EL PROVEEDOR" entregará un reporte mensual a la Unidad Médica a través del Jefe del Servicio o encargado de Hemodiálisis, según corresponda. La información deberá ser registrada en una hoja de cálculo (Excel) tal y como se especifica en el **Anexo T7 (T- siete) Tabla de control de Registro Nominal Hemodiálisis Subrogado.** El medio de entrega, deberá ser indicado por la Unidad Médica, para el Programa de Hemodiálisis Subrogado.

#### Visita a las Instalaciones

El Instituto realizará visitas a las instalaciones de "EL PROVEEDOR" de acuerdo a lo siguiente:

Durante la vigencia del contrato, la verificación se realizará, con base al **Anexo T4 (T cuatro) CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**, misma que estará a cargo del personal designado por "EL INSTITUTO"; se llevará a cabo en los domicilios de las instalaciones de "EL PROVEEDOR", y en caso de incumplimientos se iniciará el proceso de rescisión.

Para los efectos antes señalados, una Comisión integrada por representantes de la Jefatura de Prestaciones Médicas y de la Jefatura del Departamento de Conservación y Servicios Generales de "EL



INSTITUTO", se dirigirá al domicilio de las instalaciones propuestas por "EL PROVEEDOR", a partir del día siguiente a la publicación de la presente solicitud de información, y hasta tres días hábiles previos a acto de comunicación de la adjudicación,, mismos que establecerán comunicación con "EL PROVEEDOR" para hacerle del conocimiento de la fecha programada.

Referente a **Protección Civil**, se solicita lo siguiente:

1. Evaluación de Conformidad de Cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo, en los términos que establece la Secretaria de trabajo y Previsión Social.

- La vigilancia del cumplimiento de la Norma corresponde a la Secretaria del Trabajo y Previsión Social en su ámbito de competencia.
- El procedimiento para la evaluación de la conformidad aplica tanto para la autoridad laboral, en ejercicio de sus facultades de vigilaría o al verificar el cumplimiento de la Norma, en el marco de las evaluaciones integrales del programa de Autogestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, así como para las unidades de verificación.
- **Documento probatorio: Dictamen del cumplimiento de la NOM-002-STPS-2010, por parte de la inspección federal del trabajo o en su caso, por parte de unidad de verificación acreditada.**

1. Acreditación del Programa Interno de Protección Civil, en los términos establecidos y reglamentados por la autoridad de Protección Civil estatal o municipal, según corresponda por la ubicación geográfica del inmueble.

- La vigilancia del cumplimiento del Programa Interno de Protección Civil corresponde a las autoridades del Protección Civil estatal o municipal.
- El procedimiento para la evaluación del Programa de Protección Civil en establecimientos mercantiles aplica a la autoridad de protección Civil estatal o municipal, en el ejercicio de sus facultades de inspección y verificación
- **Documento probatorio: Documento que acredite la verificación satisfactoria del Programa Interno de Protección Civil, expedido por la autoridad local de Protección Civil.**

Adjudicación de acuerdo a lo siguiente:

PARTIDA	OOAD	UNIDADES	Localidad donde se prestará el servicio
2	Nayarit	HGZ No. 33 Bahía de Banderas	Bahía de Banderas, Nayarit
		UMF. No.16	
		UMF. No.19	
		UMF. No.22	
		UMF. No.27	

De actualizarse el supuesto establecido en el numeral SEXTO del ACUERDO por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales de la Ciudad de México y municipales, el Instituto podrá declarar solventes las propuestas técnicas presentadas por "EL PROVEEDOR", cuando únicamente incumplan con el requisito establecido en el inciso p) del apartado Documentación Técnica de este documento, siempre y cuando en la evaluación técnica se compruebe que concurren las siguientes circunstancias:



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

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

- Que dentro de la Localidad correspondiente a la Unidad Médica a la que se prestará el servicio, no existan proveedores de servicios médicos hospitalarios o de hemodiálisis privados.
- Que la Clínica Subrogada ofertada que no cuente con certificación y no se encuentre en proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General, se localice dentro de la localidad que corresponde a la Unidad Médica a la que se prestará el servicio o dentro de los límites máximos establecidos en el apartado Descripción del Servicio de Hemodiálisis Subrogada a Contratar de este documento.
- Que las Clínicas Subrogadas ofertadas que se encuentran certificadas o en proceso de certificación no se ubiquen en un radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica Hospitalaria de referencia a la que pretenda prestarse el servicio.
- De existir unidad de hemodiálisis subrogada certificadas o en proceso de certificación y que se encuentren dentro de las distancias máximas establecidas en el apartado Descripción del Servicio de Hemodiálisis Subrogada a Contratar de este documento, éstas no presenten proposición para la Unidad Médica a adjudicarse.

Los servicios ofertados se deberán apegar a la descripción del servicio establecida en el presente documento y sus anexos.

**"EL PROVEEDOR"** 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, con motivo de las obligaciones pactadas en este instrumento jurídico, o bien, por los defectos o vicios ocultos en los bienes entregados, de conformidad con lo establecido en el artículo 53 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

**"EL INSTITUTO"** podrá verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad de los bienes, a través de la COCTI, cuyas muestras utilizadas para este efecto, deberán ser repuestas por **"EL PROVEEDOR"** sin costo para **"EL INSTITUTO"**, al área del IMSS que así lo solicite.



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

ADJUDICACION DIRECTA  
 NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

ANEXO T0 (T CERO)  
 "OFERTA TÉCNICA"



UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL NAYARIT  
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO.

Anexo T0 (T-cero)

Oferta Técnica

Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada

Licitante: **UNIDAD DE DIALISIS LA LOMA SC**

Unidad de Hemodiálisis Subrogada	UNIDAD DE DIALISIS LA LOMA SC CLINICA IXTLAN		
Domicilio:	AV. HIDALDO No. 122 COL CENTRO		
	C.P.:	63940	
	Teléfono:	Ext:	
Municipio/OOAD:	IXTLAN	Estado:	NAYARIT
Horario de Atención:	6:00 AM A 10:00 PM		

Nombre Médico Nefrólogo:	DR. ARMANDO IBARRA HERNANDEZ
Número de Cédula Profesional	4743496

Unidad de Hemodiálisis Subrogada	Total m²	Se ubica dentro de un Hospital	
		Si	No X
a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris)	150		
		Máquinas de Hemodiálisis	
	Total	Sero positivo	Sero negativo
b) Número de máquinas de Hemodiálisis	9	1	9





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

ADJUDICACION DIRECTA  
 NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061



UNIDAD DE DIALISIS  
**LALOMA**

Equipamiento	Marca (s):	Modelo (s):
Máquina de Hemodiálisis	FRESENIUS, GAMBRO	2008K2, AK98, 4008 CLASICA
Sistema de tratamiento de agua	DYMIS	2015
Equipo de reprocesamiento automático de dializadores (en caso de usarlo)	RENATRON	II

Cuenta con:	
Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General (Anexar documento)	No Certificado
	X

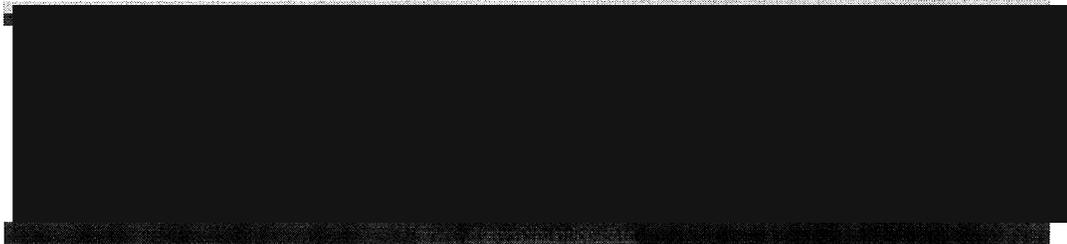
Anexo T 0 (T-cero)

Servicios

Servicios al paciente		
El servicio incluye:	Si	No
Colocación de acceso vascular permanente y mantenerlo funcional	X	
Realización de estudios de laboratorio con la periodicidad solicitada	X	

Servicios de traslado	Si	No	Propio	Subrogado
Cuenta con servicio de traslado en ambulancia	X			X

Otros Servicios	Si	No
El área de tratamiento es considerada como semi-restringida (zona gris)	X	
Cuenta con las áreas Infraestructura, Equipamiento y Suministro del presente documento, en apego a la NOM-003-SSA3-2010, "Para la práctica de la hemodiálisis".	X	
Se cumple con resultados de análisis bacteriológicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010.	X	
Se cumple con resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010.	X	
Reproceso de Dializadores.	X	
Contar con un sistema de información que incluya datos clínicos y administrativos, como mínimos los establecidos en la ETIMSS 5640-023-004.	X	





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

ADJUDICACION DIRECTA  
 NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061



UNIDAD DE DIALISIS  
**LALOMA**

OOAD	Unidad del IMSS		Distancia (km)	Requerimien to Anexo TI Sesiones	Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida
	Tipo y Número	Localidad		Máximo	936 sesiones minimo por máquina
NAYARIT (AHUACATLAN, IXTLAN DEL RIO)	UMF 17 Y 18	AHUACATLAN, IXTLAN	1.4	5011	8,94
<b>Total:</b>				5011	8,94

**Anexo T 0 (T-cero)**

**Normatividad**

Anexar copia legible de la documentación que se señala a continuación.

	SI	NO	Número de Folio
Aviso de Funcionamiento	X		
Licencia Sanitaria		X	

Responsable Sanitario	Nombre	Número de Folio
De la Unidad de Hemodiálisis	DR. ARMANDO IBARRA HERNANDEZ	

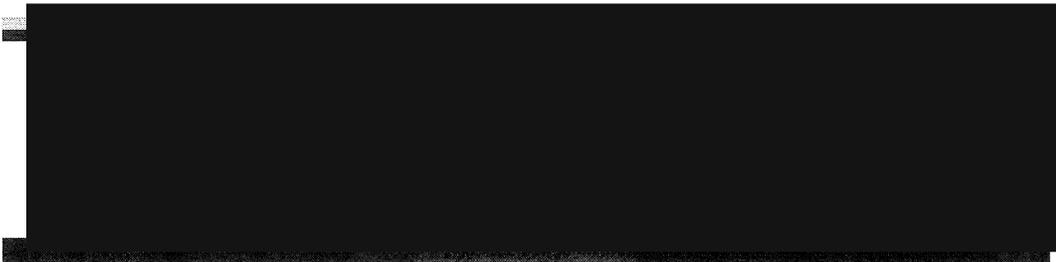
Fecha:

12 DE ENERO DEL 2023.

Nombre y cargo del médico responsable de la Unidad de Hemodiálisis:  
IBARRA HERNANDEZ

DR. ARMANDO

MEDICO NEFROLOGO





UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

**Formato de Oferta**

**Servicio de Hemodiálisis Subrogada**

**Instrucciones de llenado:**

1. Deberá anotar el nombre del licitante y el nombre de la unidad de Hemodiálisis Subrogada exactamente como aparece en el Acta Constitutiva del Establecimiento o en la Cédula del Registro Federal de Contribuyentes. El domicilio debe ser proporcionado de forma completa, incluyendo número exterior, código postal, (Lote y Manzana, en su caso), Colonia y entre calles, para una mejor ubicación del mismo.
  2. Anotar el nombre completo del Médico Nefrólogo, Numero de Cedula Profesional.
  3. Deberá anotar los metros cuadrados del área gris, el número de máquinas de hemodiálisis
  4. Deberá anotar la(s) marca(s) y modelo(s) del equipamiento.
  5. Marcar con una X si cuenta con "certificación / proceso de certificación por el consejo de salubridad General" o "No Certificado".
  6. Marcar con una X si los servicios al pacientes incluyen o no:
    - a. Colocación de acceso vascular permanente y mantenerlo funcional.
    - b. Realización de estudios de laboratorio con periodicidad solicitada.
  7. Marcar con una X la respuesta (Si) (No) (Propio) (Subrogado) según cumpla la afirmación: "Cuenta con servicio de traslado en ambulancia"
  8. Marcar con una X (Si) (No) para las afirmaciones siguientes:
    - a. El área de tratamiento deberá ser considerada área semi-restringida (área gris)
    - b. Cuenta con las áreas Infraestructura, Equipamiento y Suministro del presente documento, en apego a la NOM-003-SSA3-2010, "Para la práctica de la hemodiálisis".
    - c. Se cumple con resultados de análisis bacteriológicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010
    - d. Se cumple con resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010
    - e. Reproceso de Dializadores
    - f. Contar con un sistema de información que incluya datos clínicos y administrativos, como mínimos los establecidos en la **ETIMSS 5640-023-004**.
  9. Anotar los requerimientos del TI en Sesiones (máximo) y hacer el cálculo para las máquinas requeridas por partida de Hemodiálisis de acuerdo a la siguiente formula:  $\text{máximo}/936 = \text{Número de máquinas}$ ; también anotar la unidad del IMSS (OOAD, Tipo y número, localidad y distancia en km) La Distancia corresponderá en un radio de distancia en kilómetros de la Unidad Médica a la que pretenda prestarse el servicio.
  10. Anotar en "aviso de funcionamiento" de la unidad de Hemodiálisis y la licencia Sanitaria, (Si) (No), y el Número de folio.
  11. Anotar en "Responsable Sanitario" de la unidad de Hemodiálisis u otras el nombre y Número de folio.
- Al Final Anotar la fecha, Nombre del Director de la unidad de Hemodiálisis



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ORGANISMO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA  
 ESTATAL NAYARIT  
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACION DIRECTA  
 NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061



UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL NAYARIT  
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO.  
 ADJUDICACION DIRECTA

Anexo T0 (T-cero)

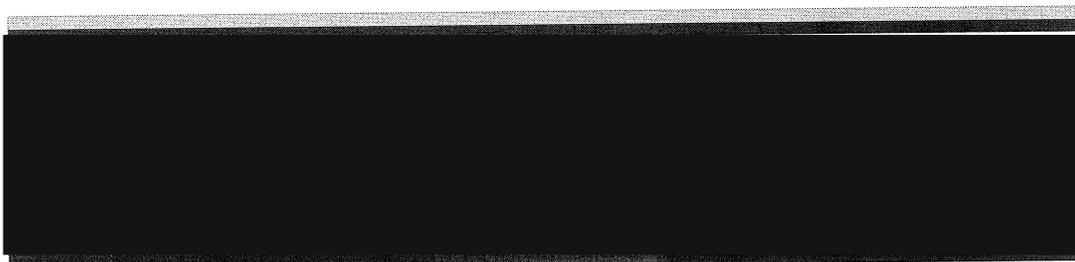
Oferta Técnica  
 Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada

Licitante: UNIDAD DE DIALISIS LA LOMA SC

Unidad de Hemodiálisis Subrogada	UNIDAD DE DIALISIS LA LOMA SC CLINICA MEZCALES		
Domicilio:	CARRETERA MEZCALES - SAN VICENTE NO. 260-A COL. SAN ISIDRO		
	Telefono: 329 688 73 41	C.P.:	63735
		Ext:	
Municipio/OOAD:	MEZCALES, BAHIA DE BANDERAS	Estado:	NAYARIT
Horario de Atención:	6:00 AM A 22:00 PM		

Nombre Médico Nefrólogo:	DR. ARMANDO IBARRA HERNANDEZ
Número de Cédula Profesional	4743496

Unidad de Hemodiálisis Subrogada	Total, m <sup>2</sup>	Se ubica dentro de un Hospital	
		Si	No X
a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris)	152	Si	No X
b) Número de máquinas de Hemodiálisis	<b>Máquinas de Hemodiálisis</b>		
	<b>Total</b>	<b>Sero positivo</b>	<b>Sero negativo</b>
	11	0	11





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

ADJUDICACION DIRECTA  
 NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061



UNIDAD DE DIALISIS  
**LALOMA**

Equipamiento	Marca (s):	Modelo (s):
Máquina de Hemodiálisis	FRESENIUS, GAMBRO	2008K2, 4008 CLASICA, AK98
Sistema de tratamiento de agua	DYMIS	2015
Equipo de reprocesamiento automático de dializadores (en caso de usarlo)	RENATRON	III

Cuenta con:	
Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General (Anexar documento)	No Certificado
	X

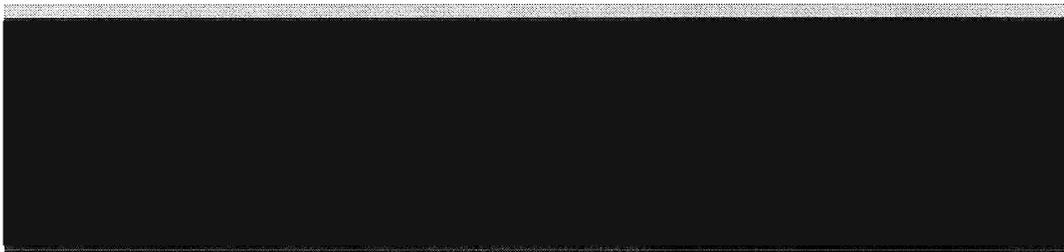
**Anexo T 0 (T-cero)**

**Servicios**

Servicios al paciente		
El servicio incluye:	Sí	No
Colocación de acceso vascular permanente y mantenerlo funcional	X	
Realización de estudios de laboratorio con la periodicidad solicitada	X	

Servicios de traslado	Sí	No	Propio	Subrogado
Cuenta con servicio de traslado en ambulancia	X			X

Otros Servicios	Sí	No
El área de tratamiento es considerada como semi-restringida (zona gris)	X	
Cuenta con las áreas Infraestructura, Equipamiento y Suministro" del presente documento, en apego a la NOM-003-SSA3-2010, "Para la práctica de la hemodiálisis".	X	
Se cumple con resultados de análisis bacteriológicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010.	X	
Se cumple con resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010.	X	
Reproceso de Dializadores.	X	
Contar con un sistema de información que incluya datos clínicos y administrativos, como mínimos los establecidos en la ETIMSS 5640-023-004.	X	





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

ADJUDICACION DIRECTA  
 NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061



UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

OOAD	Unidad del IMSS		Distancia (km)	Requerimien to Anexo TI Sesiones	Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida
	Tipo y Número	Localidad		Máximo	936 sesiones mínimo por máquina
LAS VARAS	UMF 16	MEZCALES	1.8 KM	5011	10.02
MEZCALES	UMF 19				
SAN JUAN	UMF 22				
SAN JOSE	UMF 27				
<b>Total:</b>				5011	10.02

**Anexo T 0 (T-cero)**

**Normatividad**

Anexar copia legible de la documentación que se señala a continuación.

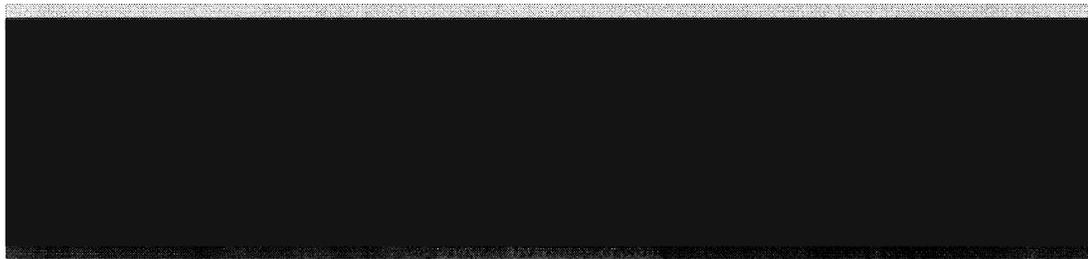
	Si	No	Número de Folio
Aviso de Funcionamiento	X		
Licencia Sanitaria		X	

Responsable Sanitario	Nombre	Número de Folio
De la Unidad de Hemodiálisis	DR. ARMANDO IBARRA HERNANDEZ	

Fecha: 12 DE ENERO DE 2023

Nombre y cargo del médico responsable de la Unidad de Hemodiálisis:  
IBARRA HERNANDEZ

DR. ARMANDO  
MEDICO NEFROLOGO





UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

### Formato de Oferta

### Servicio de Hemodiálisis Subrogada

#### Instrucciones de llenado:

1. Deberá anotar el nombre del licitante y el nombre de la unidad de Hemodiálisis Subrogada exactamente como aparece en el Acta Constitutiva del Establecimiento o en la Cédula del Registro Federal de Contribuyentes. El domicilio debe ser proporcionado de forma completa, incluyendo número exterior, código postal, (Lote y Manzana, en su caso), Colonia y entre calles, para una mejor ubicación del mismo.
  2. Anotar el nombre completo del Médico Nefrólogo, Numero de Cedula Profesional.
  3. Deberá anotar los metros cuadrados del área gris, el número de máquinas de hemodiálisis.
  4. Deberá anotar la(s) marca(s) y modelo(s) del equipamiento.
  5. Marcar con una X si cuenta con "certificación / proceso de certificación por el consejo de salubridad General" o "No Certificado".
  6. Marcar con una X si los servicios al pacientes incluyen o no:
    - a. Colocación de acceso vascular permanente y mantenerlo funcional.
    - b. Realización de estudios de laboratorio con periodicidad solicitada.
  7. Marcar con una X la respuesta (Si) (No) (Propio) (Subrogado) según cumpla la afirmación: "Cuenta con servicio de traslado en ambulancia".
  8. Marcar con una X (Si) (No) para las afirmaciones siguientes:
    - a. El área de tratamiento deberá ser considerada área semi-restringida (área gris)
    - b. Cuenta con las áreas Infraestructura, Equipamiento y Suministro" del presente documento, en apego a la NOM-003-SSA3-2010, "Para la práctica de la hemodiálisis".
    - c. Se cumple con resultados de análisis bacteriológicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010
    - d. Se cumple con resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010
    - e. Reproceso de Dializadores
    - f. Contar con un sistema de información que incluya datos clínicos y administrativos, como mínimos los establecidos en la **ETIMSS 5640-023-004**.
  9. Anotar los requerimientos del TI en Sesiones (máximo) y hacer el cálculo para las máquinas requeridas por partida de Hemodiálisis de acuerdo a la siguiente formula: máximo/936=Número de máquinas, también anotar la unidad del IMSS (OOAD), Tipo y número, localidad y distancia en km) La Distancia corresponderá en un radio de distancia en kilómetros de la Unidad Médica a la que pretenda prestarse el servicio.
  10. Anotar en "aviso de funcionamiento" de la unidad de Hemodiálisis y la licencia Sanitaria, (Si) (No), y el Número de folio.
  11. Anotar en "Responsable Sanitario" de la unidad de Hemodiálisis u otras el nombre y Número de folio.
- Al Final Anotar la fecha, Nombre del Director de la unidad de Hemodiálisis



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

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

ANEXO TI (T UNO)  
"REQUERIMIENTO POR UNIDAD MÉDICA PARA PACIENTES EN HEMODIÁLISIS SUBROGADA"

No.	OOAD	UNIDAD MEDICA	MONTOS MINIMOS SIN IVA	MONTOS MAXIMOS SIN IVA
2	Nayarit	HGZ No.33	3,089,349.12	7,723,372.80
		UMF. No.16		
		UMF. No.19		
		UMF. No.22		
		UMF. No.27		



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA  
 ESTATAL NAYARIT  
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACION DIRECTA  
 NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

ANEXO T2 (T DOS)  
 "ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS"



UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

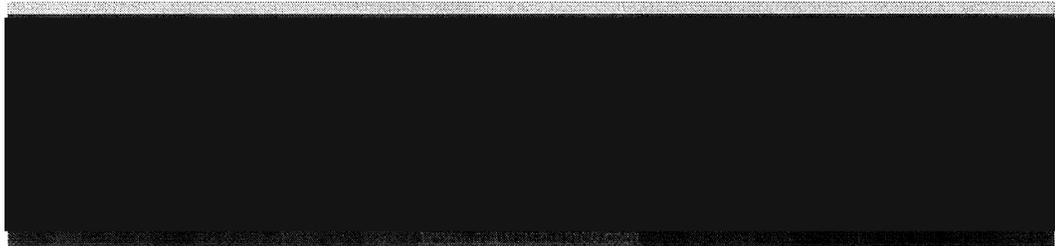
ANEXO T 2

Tepic, Nayarit, 12 de enero del 2023

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL NAYARIT  
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO.  
 ADJUDICACION DIRECTA AA.050.GYR.050GYR005.N.15.2023

A) CARACTERÍSTICA DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS: SISTEMA DE HEMODIÁLISIS PARA USO EN NEONATO, PEDIÁTRICO Y ADULTO

NOMBRE GENÉRICO	SISTEMA DE HEMODIÁLISIS PARA USO EN NEONATO, PEDIÁTRICO Y ADULTO			
CLAVE: 531.340.0169	ESPECIALIDAD (ES):	Nefrología	SERVICIO (S):	Hospitalización. Unidad de Hemodiálisis
<b>DESCRIPCIÓN:</b>		<b>Propuesta del Licitante</b>		
Equipo para el tratamiento de pacientes con falla renal o con otros padecimientos que requieran desintoxicación sanguínea y eliminación de exceso de líquidos del organismo (ultrafiltración) para uso en neonato, pediátrico y adulto a través de terapias dialíticas.	Equipo para el tratamiento de pacientes con falla renal o con otros padecimientos que requieran desintoxicación sanguínea y eliminación de exceso de líquidos del organismo (ultrafiltración) para uso en neonato, pediátrico y adulto a través de terapias dialíticas.			
<b>Se oferta:</b>				
Se oferta:		<b>Sistema para Hemodiálisis 4008 S</b>		
Marca:		Fresenius Medical Care		
Modelo:		4008S		
Código:		M200661		
Registro Sanitario:		0629E99SSA		
Referencia:		Manual Máquina de Hemodiálisis Instrucciones de Uso 4008S		
Referencia:		Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S™		



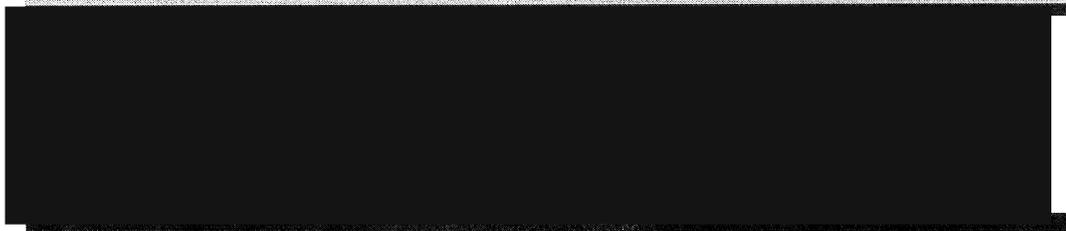


UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**



**FRESENIUS  
 MEDICAL CARE**

<p>1.- Máquina de hemodiálisis con tecnología basada en microprocesadores.</p>	<p>1.- Máquina de Hemodiálisis Marca Fresenius Medical Care Modelo 4008S con tecnología basada en microprocesadores.</p> <table border="1" data-bbox="651 653 1333 772"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 55   Manual 1-47</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S™</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Pag. 2</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S	Página:	Archivo 55   Manual 1-47	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S™	Página:	Pag. 2
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S								
Página:	Archivo 55   Manual 1-47								
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S™								
Página:	Pag. 2								
<p>2.- Con capacidad de administración de datos a través de un sistema de cómputo.</p>	<p>2.- Con capacidad de administración de datos a través de un sistema de cómputo.</p> <table border="1" data-bbox="651 863 1333 961"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 25, 24, 123 y 364   Manual 1-17, 1-16, 1-115, 7-24</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S	Página:	Archivo 25, 24, 123 y 364   Manual 1-17, 1-16, 1-115, 7-24				
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S								
Página:	Archivo 25, 24, 123 y 364   Manual 1-17, 1-16, 1-115, 7-24								
<p>3.- Que trabaje con bicarbonato en polvo, cartucho o en solución (para uso no parenteral).</p>	<p>3.- Con capacidad de trabajar con bicarbonato en polvo y bolsa (para uso no parenteral).</p> <table border="1" data-bbox="651 1052 1333 1115"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 46, 158   Manual 1-38, 2-10</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S	Página:	Archivo 46, 158   Manual 1-38, 2-10				
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S								
Página:	Archivo 46, 158   Manual 1-38, 2-10								
<p>4.- Con control de parámetros de:</p>	<p>4.- Con control de parámetros de:</p>								
<p>4.1.- Temperatura del líquido dializante dentro del rango de 35 a 38 grados centígrados.</p>	<p>4.1.- Temperatura del líquido dializante dentro del rango de 35 a 39 grados centígrados.</p> <table border="1" data-bbox="651 1251 1333 1381"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 128, 199   Manual 1-120 y 2-51</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>3</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S	Página:	Archivo 128, 199   Manual 1-120 y 2-51	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S	Página:	3
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S								
Página:	Archivo 128, 199   Manual 1-120 y 2-51								
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S								
Página:	3								
<p>4.2.- Flujo del líquido dializante dentro del rango de 300 a 800 ml/min o mayor.</p>	<p>4.2.- Flujo del líquido dializante dentro del rango de 300 a 800 ml/min.</p> <table border="1" data-bbox="651 1430 1333 1560"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 128   Manual 1-120</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>3</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S	Página:	Archivo 128   Manual 1-120	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S	Página:	3
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S								
Página:	Archivo 128   Manual 1-120								
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S								
Página:	3								





UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

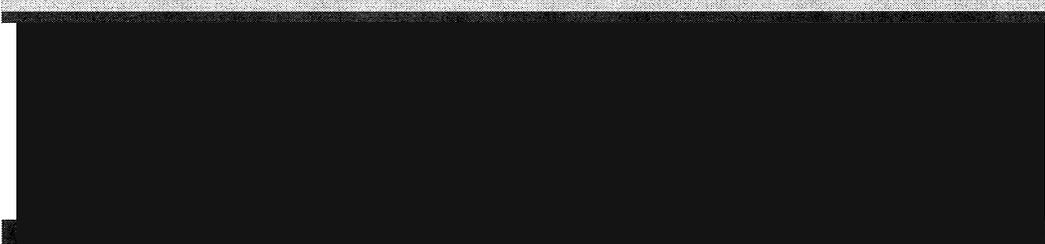
<p>4.3.- Flujo de sangre dentro del rango de 15 ml/min a 500 ml/min.</p>	<p>4.3.- Flujo de sangre dentro del rango de 15 ml/min a 600 ml/min.</p> <table border="1" data-bbox="630 531 1313 657"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 130   Manual 1-122</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>3</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S	Página:	Archivo 130   Manual 1-122	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S	Página:	3
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S								
Página:	Archivo 130   Manual 1-122								
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S								
Página:	3								
<p>4.4.- Nivel de bicarbonato programable (parcial o perfil de bicarbonato) durante el proceso de hemodiálisis dentro del rango de 28 a 40 mEq/l o 28 a 40 mmol/l o 2.4 a 4 ms/cm.</p>	<p>4.4.- Nivel de bicarbonato programable (parcial) durante el proceso de Hemodiálisis dentro del rango de 2.4 a 4 ms/cm o 28 a 40 mEq/l (mmol/l). (1+27.6 ±8 mmol/l).</p> <table border="1" data-bbox="630 783 1313 846"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>3</td> </tr> </table>	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S	Página:	3				
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S								
Página:	3								
<p>4.5.- Nivel de sodio programable durante el proceso de la hemodiálisis dentro del rango de 130 a 150 mEq/l o 130 a 150 mmol/l o 12.8 a 15.7 ms/cm.</p>	<p>4.5.- Nivel de sodio programable durante el proceso de la hemodiálisis 125 a 150 mmol/l o 12.8 a 15.7 ms/cm.</p> <table border="1" data-bbox="630 982 1313 1098"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 14, 89   Manual 1-6, 1-81</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Pág. 3</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S	Página:	Archivo 14, 89   Manual 1-6, 1-81	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S	Página:	Pág. 3
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S								
Página:	Archivo 14, 89   Manual 1-6, 1-81								
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S								
Página:	Pág. 3								
<p>4.6.- Sistema de control de la ultrafiltración con tasa dentro del rango de 0.0 a 3 l/h. o de 0.0 a 3 kg/h.</p>	<p>4.6.- Sistema de control de la ultrafiltración con tasa de 0.0 a 4 l/h. (0.0 a 4000 ml/h).</p> <table border="1" data-bbox="630 1203 1313 1318"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 126   Manual 1-118</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>3</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S	Página:	Archivo 126   Manual 1-118	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S	Página:	3
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S								
Página:	Archivo 126   Manual 1-118								
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S								
Página:	3								
<p>4.7.- Sistema integrado de infusión para anticoagulación (bomba de heparina de 0.5 ml/h a 5 ml/h). Con un flujo de infusión dentro del rango de 0.1 a</p>	<p>4.7.- Sistema integrado de infusión para anticoagulación (bomba de heparina de 0.5 ml/h a 5 ml/h). Con un flujo de infusión de 0.1 a 10 ml/h en incrementos de 0.1ml/h.</p> <table border="1" data-bbox="630 1434 1313 1549"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 132   Manual 1-124</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>3</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S	Página:	Archivo 132   Manual 1-124	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S	Página:	3
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S								
Página:	Archivo 132   Manual 1-124								
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S								
Página:	3								





UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

9.9 ml/h en incrementos de 0.1ml/h.									
5.- Que cuente dentro del sistema con alarmas críticas:	5.- Que cuente dentro del sistema con alarmas críticas:								
5.1.- Presión arterial no invasiva.	5.1.- Presión arterial no invasiva. (Monitor de Presión Sanguínea BPM 4008) <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 16, 249   Manual 1-8, 4-9</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones BPM, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 20   Manual 2-12</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S	Página:	Archivo 16, 249   Manual 1-8, 4-9	Referencia:	Manual de Instrucciones BPM, 4008S	Página:	Archivo 20   Manual 2-12
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S								
Página:	Archivo 16, 249   Manual 1-8, 4-9								
Referencia:	Manual de Instrucciones BPM, 4008S								
Página:	Archivo 20   Manual 2-12								
5.2.- Detector de aire	5.2.- Detector de aire (Transmisión Ultrasónica) <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 131, 259   Manual 1-123, 4-19</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>3</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S	Página:	Archivo 131, 259   Manual 1-123, 4-19	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S	Página:	3
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S								
Página:	Archivo 131, 259   Manual 1-123, 4-19								
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S								
Página:	3								
5.3.- Detector de fugas sanguíneas	5.3.- Detector de fugas sanguíneas (Óptico por colores) <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 126, 255, 256   Manual 1-118, 4-15, 4-16</td> </tr> </table>	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S	Página:	3	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S	Página:	Archivo 126, 255, 256   Manual 1-118, 4-15, 4-16
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S								
Página:	3								
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S								
Página:	Archivo 126, 255, 256   Manual 1-118, 4-15, 4-16								
6.- Pantalla LCD o plasma o tecnología superior integrada a la máquina.	6.- Pantalla integrada al cuerpo de la máquina, a base de cristal líquido (LCD), a color de alta resolución. <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 14, 22, 23   Manual 1-6, 1-14 y 1-15</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>2</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™	Página:	Archivo 14, 22, 23   Manual 1-6, 1-14 y 1-15	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S	Página:	2
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™								
Página:	Archivo 14, 22, 23   Manual 1-6, 1-14 y 1-15								
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S								
Página:	2								
7.- Con capacidad de ingresar al menos tres tipos de perfiles de sodio.	7.- Con capacidad de ingresar al menos seis tipos de perfiles de sodio (Perfiles de Sodio) <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 53, 230   Manual 1-45, 3-30</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S	Página:	Archivo 53, 230   Manual 1-45, 3-30				
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S								
Página:	Archivo 53, 230   Manual 1-45, 3-30								





UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

8.- Con despliegue en pantalla de:	8.- Con despliegue en pantalla de:				
8.1.- Presión arterial del circuito.	8.1.- Presión arterial del circuito. <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 23, 94   Manual 1-15, 1-86</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™	Página:	Archivo 23, 94   Manual 1-15, 1-86
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™				
Página:	Archivo 23, 94   Manual 1-15, 1-86				
8.2.- Presión venosa del circuito.	8.2.- Presión venosa del circuito. <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 23, 94   Manual 1-15, 1-86</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™	Página:	Archivo 23, 94   Manual 1-15, 1-86
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™				
Página:	Archivo 23, 94   Manual 1-15, 1-86				
8.3.- Presión transmembrana.	8.3.- Presión transmembrana. <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 22, 23, 90   Manual 1-14, 1-15, 1-82</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™	Página:	Archivo 22, 23, 90   Manual 1-14, 1-15, 1-82
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™				
Página:	Archivo 22, 23, 90   Manual 1-14, 1-15, 1-82				
8.4.- Flujo de líquido dializante.	8.4.- Flujo de líquido dializante. <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 96, 155   Manual 1-88, 2-7</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™	Página:	Archivo 96, 155   Manual 1-88, 2-7
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™				
Página:	Archivo 96, 155   Manual 1-88, 2-7				
8.5.- Flujo de sangre.	8.5.- Flujo Efectivo de Sangre. <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 167, 169   Manual 2-19, 2-41</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™	Página:	Archivo 167, 169   Manual 2-19, 2-41
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™				
Página:	Archivo 167, 169   Manual 2-19, 2-41				
8.6.- Tasa de infusión de heparina.	8.6.- Tasa de infusión de heparina. <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 181   Manual 2-33</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™	Página:	Archivo 181   Manual 2-33
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™				
Página:	Archivo 181   Manual 2-33				
8.7.- Tasa de ultrafiltración.	8.7.- Tasa de ultrafiltración. <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 88, 94, 204, 205   Manual 1-80, 1-86, 3-4, 3-5</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™	Página:	Archivo 88, 94, 204, 205   Manual 1-80, 1-86, 3-4, 3-5
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S™				
Página:	Archivo 88, 94, 204, 205   Manual 1-80, 1-86, 3-4, 3-5				
8.8.- Conductividad del dializante.	8.8.- Conductividad del dializante. <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 22, 23, 96, 195   Manual 1-14, 1-15, 1-88, 2-47</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S	Página:	Archivo 22, 23, 96, 195   Manual 1-14, 1-15, 1-88, 2-47
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S				
Página:	Archivo 22, 23, 96, 195   Manual 1-14, 1-15, 1-88, 2-47				

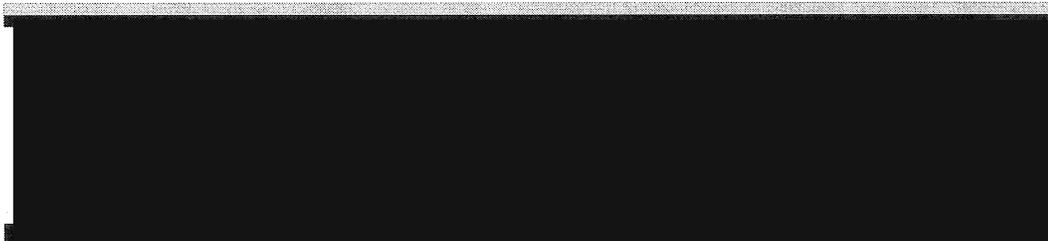


α



UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

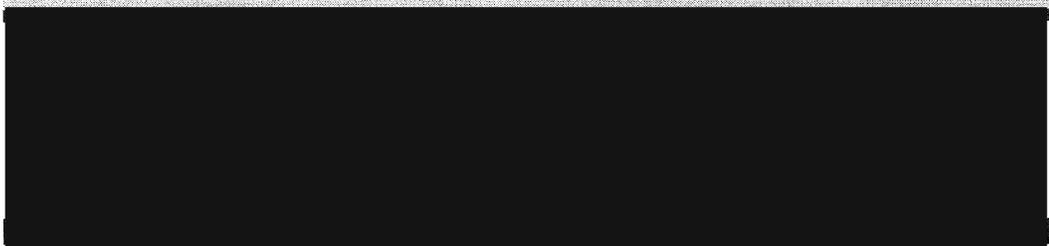
8.9.- Volumen de sangre procesada.	8.9.- Volumen de sangre procesada. (Volumen de sangre acumulada).  Referencia: Manual de Instrucciones de Uso, 4008S Página: Archivo 94, 95, 100   Manual 1-86, 1-87, 1-92
8.10.- Temperatura del líquido dializante.	8.10.- Temperatura del líquido dializante.  Referencia: Manual de Instrucciones de Uso, 4008S Página: Archivo 89, 199   Manual 1-81, 2-51
8.11.- Presión arterial no invasiva del paciente (sistólica y diastólica), frecuencia cardíaca.	8.11.- Presión arterial no invasiva del paciente (sistólica y diastólica, así como la frecuencia cardíaca (pulso) y presión arterial media (PAM).  Referencia: Manual de Instrucciones BPM, 4008S Página: Archivo 9, 10, 17   Manual 2-1, 2-2, 2-9. Referencia: Manual de Instrucciones de Uso 4008S Página: Archivo 16, 100   Manual 1-8, 1-92
8.12.- Tiempo transcurrido o restante de diálisis.	8.12.- Tiempo restante de diálisis. (Resto tiempo)  Referencia: Manual de Instrucciones de Uso, 4008S Página: Archivo 88, 94, 226   Manual 1-80, 1-86, 3-28
8.13.- Volumen de ultrafiltración conseguido.	8.13.- Volumen de ultrafiltración conseguido (ya extraído).  Referencia: Manual de Instrucciones de Uso, 4008S Página: Archivo 94   Manual 1-86
9.- Con sistema de alarmas audibles y visibles de:	9.- Con sistema de alarmas audibles y visibles de:
9.1.- Presión arterial del circuito.	9.1.- Presión arterial del circuito.  Referencia: Manual de Instrucciones de Uso, 4008S Página: Archivo 249   Manual 4-9
9.2.- Presión venosa del circuito.	9.2.- Presión venosa del circuito.  Referencia: Manual de Instrucciones de Uso, 4008S Página: Archivo 251   Manual 4-11





UNIDAD DE DIALISIS  
**LALOMA**

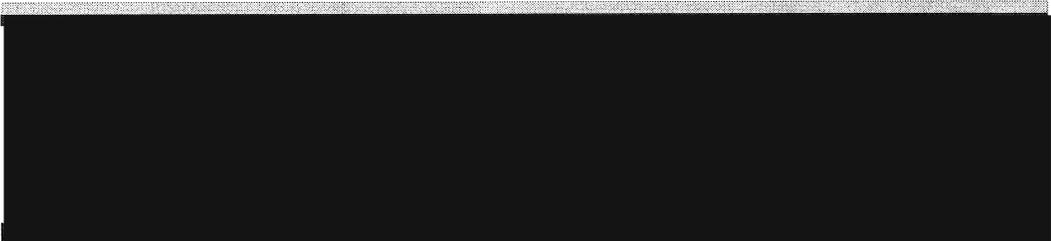
9.3.- Presión transmembrana.	9.3.- Presión transmembrana. Referencia: Manual de Instrucciones de Uso, 4008S Página: Archivo 253   Manual 4-13
9.4.- Flujo del líquido dializante.	9.4.- Flujo del líquido dializante. Referencia: Manual de Instrucciones de Uso, 4008S Página: Archivo 266, 268   Manual 4-26, 4-28
9.5.- Flujo de sangre.	9.5.- Flujo de sangre. Referencia: Manual de Instrucciones de Uso, 4008S Página: Archivo 130, 257, 260   Manual 1-122, 4-17, 4-20
9.6.- Ultrafiltración.	9.6.- Ultrafiltración. Referencia: Manual de Instrucciones de Uso, 4008S Página: Archivo 270, 272, 273   Manual 4-30, 4-32, 4-33
9.7.- Conductividad.	9.7.- Conductividad. Referencia: Manual de Instrucciones de Uso, 4008S Página: Archivo 127, 266   Manual 1-119, 4-26
9.8.- Temperatura del líquido dializante.	9.8.- Temperatura del líquido dializante. Referencia: Manual de Instrucciones de Uso, 4008S Página: Archivo 267   Manual 4-27
9.9.- Detector de fugas sanguíneas.	9.9.- Detector de fugas sanguíneas. Referencia: Manual de Instrucciones de Uso, 4008S Página: Archivo 256   Manual 4-16
9.10.- Detector de aire.	9.10.- Detector de aire. Referencia: Manual de Instrucciones de Uso, 4008S Página: Archivo 131, 259   Manual 1-123, 4-19
9.11.- Falla en el suministro de agua.	9.11.- Falla en el suministro de agua. Referencia: Manual de Instrucciones de Uso, 4008S Página: Archivo 268   Manual 4-28





UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

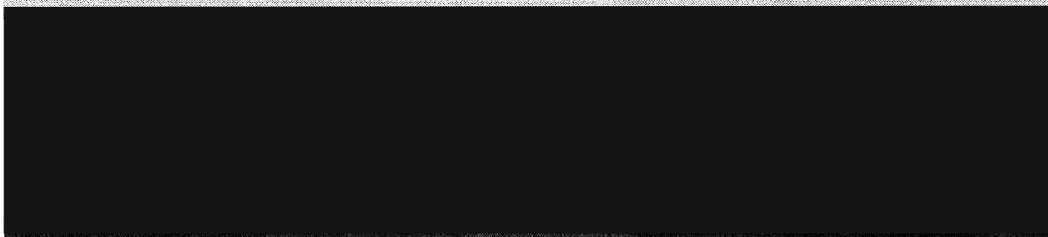
9.12.- Falla en el suministro de energía eléctrica.	9.12.- Falla en el suministro de energía eléctrica. <table border="1" data-bbox="646 541 1328 604"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 280, 275   Manual 4-40, 4-35</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S	Página:	Archivo 280, 275   Manual 4-40, 4-35				
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S								
Página:	Archivo 280, 275   Manual 4-40, 4-35								
9.13.- Presión arterial no invasiva.	9.13.- Presión arterial no invasiva. <table border="1" data-bbox="646 667 1328 730"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones BPM, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 20   Manual 2-12</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="646 730 1328 793"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de uso 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 16, 95, 249   Manual 1-8, 1-87, 4-9</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones BPM, 4008S	Página:	Archivo 20   Manual 2-12	Referencia:	Manual de Instrucciones de uso 4008S	Página:	Archivo 16, 95, 249   Manual 1-8, 1-87, 4-9
Referencia:	Manual de Instrucciones BPM, 4008S								
Página:	Archivo 20   Manual 2-12								
Referencia:	Manual de Instrucciones de uso 4008S								
Página:	Archivo 16, 95, 249   Manual 1-8, 1-87, 4-9								
10.- Con sistema automático para desinfección química.	10.- Con sistema automático para desinfección química. <table border="1" data-bbox="646 856 1328 940"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 33, 105, 125, 314, 315 y 316   Manual 1-25, 1-97, 1-117, 6-6, 6-7 y 6-8.</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S	Página:	Archivo 33, 105, 125, 314, 315 y 316   Manual 1-25, 1-97, 1-117, 6-6, 6-7 y 6-8.				
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S								
Página:	Archivo 33, 105, 125, 314, 315 y 316   Manual 1-25, 1-97, 1-117, 6-6, 6-7 y 6-8.								
11.- Con sistema automático para remoción de sales y/o con sistema automático de desinfección térmica.	11.- Con sistema automático para remoción de sales (Descalcificación) y con sistema automático de desinfección térmica (Lavado Caliente). <table border="1" data-bbox="646 1045 1328 1129"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 33, 125, 314, 316, 325 y 326   Manual 1-25, 1-117, 6-6, 6-8, 6-17 y 6-18.</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S	Página:	Archivo 33, 125, 314, 316, 325 y 326   Manual 1-25, 1-117, 6-6, 6-8, 6-17 y 6-18.				
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S								
Página:	Archivo 33, 125, 314, 316, 325 y 326   Manual 1-25, 1-117, 6-6, 6-8, 6-17 y 6-18.								
12.- Gabinete con las siguientes características: superficies de material lavable, con base rodable, con Sistema de frenos.	12.- Gabinete con las siguientes características: superficies de material lavable, con base rodable, con Sistema de frenos. <table border="1" data-bbox="646 1234 1328 1318"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 18, 20, 313   Manual 1-10, 1-12, 6-5.</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S	Página:	Archivo 18, 20, 313   Manual 1-10, 1-12, 6-5.				
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S								
Página:	Archivo 18, 20, 313   Manual 1-10, 1-12, 6-5.								
13.- Capacidad para guardar la información del tratamiento en caso de falla de energía eléctrica.	13.- Capacidad para guardar la información del tratamiento en caso de falla de energía eléctrica. <table border="1" data-bbox="646 1415 1328 1478"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 275, 276, 119   Manual 4-35, 4-36, 1-111</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="646 1499 1328 1554"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>2</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S	Página:	Archivo 275, 276, 119   Manual 4-35, 4-36, 1-111	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S	Página:	2
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S								
Página:	Archivo 275, 276, 119   Manual 4-35, 4-36, 1-111								
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S								
Página:	2								





UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

<p>14.- Con capacidad para realizar el retorno sanguíneo en forma manual en caso de falla eléctrica.</p>	<p>14.- Con capacidad para realizar el retorno sanguíneo en forma manual en caso de falla eléctrica.</p> <table border="1" data-bbox="649 577 1331 703"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 276   Manual 4-36</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>2</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S	Página:	Archivo 276   Manual 4-36	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S	Página:	2
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S								
Página:	Archivo 276   Manual 4-36								
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S								
Página:	2								
<p><b>ACCESORIOS:</b>          Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.</p>	<p><b>ACCESORIOS:</b>          Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.</p>								
<p><b>CONSUMIBLES:</b>          Soluciones para hemodiálisis: con concentraciones variables de calcio y potasio según requerimientos del usuario, bicarbonato de sodio para preparación manual o automática (para uso no parenteral). Líneas arterial y venosa con protector de transductor de presión, desechable y adaptable o integrado a las líneas arterial y venosa (neonatal, pediátrica, adulto).          Agujas para punción de fistula arterio-venosa.          Filtros para hemodiálisis o hemodializadores a</p>	<p><b>CONSUMIBLES:</b>          Se ofertan consumibles relacionados al Anexo T 2 (T-dos)  <b>ADJUDICACION DIRECTA AA.050.GYR.050GYR005.N.15.2023</b></p>								





UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

<p>partir de 0.2 m2 de cualquier material sintético. Líquido desinfectante y desincrustante según sea el caso. Las cantidades serán determinadas de acuerdo a las necesidades operativas de las unidades médicas, asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo.</p>	
<p><b>ACCESORIOS OPCIONALES:</b></p>	<p><b>ACCESORIOS OPCIONALES:</b></p>
<p>Monitor de Kt/V.</p>	<p>Nuestro equipo cuenta con: Monitor de Kt/V.          Referencia: Manual de Instrucciones de Uso, 4008S          Página: Archivo 16   Manual 1-8</p>
<p>Computadora con software de hemodiálisis para obtención y administración de datos.</p>	<p>Se oferta equipo de computo y software para dar cumplimiento a la ETIMSS 5640-023-004</p>
<p>Impresora.</p>	<p>Se oferta impresora para dar cumplimiento a la ETIMSS 5640-023-004</p>
<p>Sistema de preparación en línea del bicarbonato.</p>	<p>Se oferta bicarbonato de sodio para preparación manual</p>
<p>Monitor de niveles de hematocrito.</p>	<p>No se oferta</p>
<p>Monitoreo en tiempo real de aclaramiento de la urea.</p>	<p>Nuestro equipo cuenta con: Monitoreo en tiempo real de aclaramiento de la urea. OCM (Monitor de Aclaramiento En línea).          Referencia: Manual de Instrucciones de Uso, 4008S          Página: Archivo 16   Manual 1-8</p>





UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.	Se ofertan accesorios opcionales relacionados en la convocatoria ADJUDICACION DIRECTA AA.050.GYR.050GYR005.N.15.2023				
<b>REFACCIONES:</b>	<b>REFACCIONES:</b>				
Según marca y modelo.	Según marca y modelo.				
Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.	Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.				
<b>INSTALACIÓN:</b>	<b>INSTALACIÓN:</b>				
Corriente eléctrica de 120V ±10% o 220V ±10% / 60 Hz, tierra física.	Corriente eléctrica de 120V ±10% 47 a 63 Hz, tierra física. <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, 4008S</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 121   Manual 1-113</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S	Página:	Archivo 121   Manual 1-113
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, 4008S				
Página:	Archivo 121   Manual 1-113				
<b>OPERACIÓN:</b>	<b>OPERACIÓN:</b>				
Por personal especializado de acuerdo a la NOM-003-SSA3-2010 y manual de operación.	Por personal especializado de acuerdo a la NOM-003-SSA3-2010 y manual de operación.				
<b>MANTENIMIENTO:</b>	<b>MANTENIMIENTO:</b>				
Preventivo y correctivo por personal calificado y certificado por personal autorizado por el fabricante.	Preventivo y correctivo por personal calificado y certificado por personal autorizado de Fresenius Medical Care y Gambro				

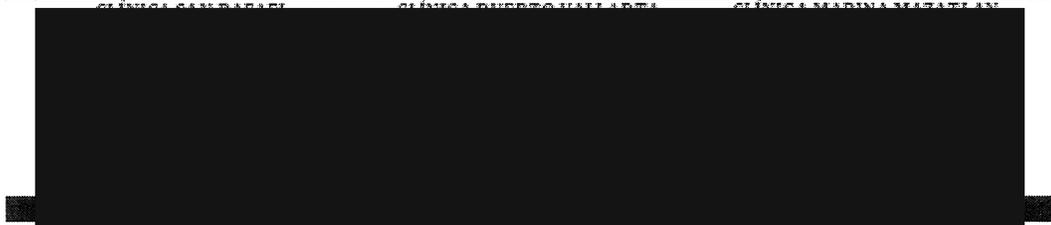




UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

**B) CARACTERÍSTICA DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS: SISTEMA DE HEMODIÁLISIS PARA USO EN NEONATO, PEDIÁTRICO Y ADULTO**

NOMBRE GENÉRICO	SISTEMA DE HEMODIÁLISIS PARA USO EN NEONATO, PEDIÁTRICO Y ADULTO		
CLAVE: 531.340.0169	ESPECIALIDAD (ES):	Nefrología	SERVICIO (S): Hospitalización. Unidad de Hemodiálisis
<b>Descripción</b>		<b>Propuesta del Licitante</b>	
<p>Equipo para el tratamiento de pacientes con falla renal o con otros padecimientos que requieran desintoxicación sanguínea y eliminación de exceso de líquidos del organismo (ultrafiltración) para uso en neonato, pediátrico y adulto a través de terapias dialíticas.</p>	<p>Equipo para el tratamiento de pacientes con falla renal o con otros padecimientos que requieran desintoxicación sanguínea y eliminación de exceso de líquidos del organismo (ultrafiltración) para uso en neonato, pediátrico y adulto a través de terapias dialíticas.</p> <div data-bbox="630 926 1323 1354" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><b>Se oferta:</b></p> <p>Se oferta: <b>Máquina de hemodiálisis 4008S V10</b>          Marca: Fresenius Medical Care          Modelo: 4008S V10          Código: M204001          Registro Sanitario: 2069E2011SSA          Referencias: Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10          Referencias: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <div style="text-align: center;">  <p><b>FRESENIUS          MEDICAL CARE</b></p> </div> </div>		
<p>1.- Máquina de hemodiálisis con tecnología basada en microprocesadores.</p>	<p>1.- Máquina de Hemodiálisis Marca Fresenius Medical Care Modelo 4008S V10 con tecnología basada en microprocesadores.</p> <div data-bbox="630 1465 1323 1528" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Referencia: Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10          Página: 2</p> </div>		





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA  
ESTATAL NAYARIT

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL

JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061



UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

<p>2.- Con capacidad de administración de datos a través de un sistema de cómputo.</p>	<p>2.- Con capacidad de administración de datos a través de un sistema de cómputo.</p> <table border="1" data-bbox="643 562 1333 667"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 359   Manual 14-25</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)	Página:	Archivo 359   Manual 14-25				
Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)								
Página:	Archivo 359   Manual 14-25								
<p>3.- Que trabaje con bicarbonato en polvo, cartucho o en solución (para uso no parenteral).</p>	<p>3.- Que trabaje con bicarbonato en polvo, cartucho o en solución (para uso no parenteral).</p> <table border="1" data-bbox="643 772 1333 877"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 66, 251   Manual 4-6, 7-7</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)	Página:	Archivo 66, 251   Manual 4-6, 7-7				
Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)								
Página:	Archivo 66, 251   Manual 4-6, 7-7								
<p>4.- Con control de parámetros de:</p>	<p>4.- Con control de parámetros de:</p>								
<p>4.1.- Temperatura del líquido dializante dentro del rango de 35 a 38 grados centígrados.</p>	<p>4.1.- Temperatura del líquido dializante de 35 a 39 grados centígrados.</p> <table border="1" data-bbox="643 993 1333 1150"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 322   Manual 12-14</td> </tr> </table>	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10	Página:	3	Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)	Página:	Archivo 322   Manual 12-14
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10								
Página:	3								
Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)								
Página:	Archivo 322   Manual 12-14								
<p>4.2.- Flujo del líquido dializante dentro del rango de 300 a 800 ml/min o mayor.</p>	<p>4.2.- Flujo del líquido dializante dentro del rango de 300 a 800 ml/min.</p> <table border="1" data-bbox="643 1203 1333 1360"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 322   Manual 12-14</td> </tr> </table>	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10	Página:	3	Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)	Página:	Archivo 322   Manual 12-14
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10								
Página:	3								
Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)								
Página:	Archivo 322   Manual 12-14								
<p>4.3.- Flujo de sangre dentro del rango de 15 ml/min a 500 ml/min.</p>	<p>4.3.- Flujo de sangre dentro del rango de 15 ml/min a 600 ml/min.</p> <table border="1" data-bbox="643 1413 1333 1570"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 323   Manual 12-15</td> </tr> </table>	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10	Página:	3	Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)	Página:	Archivo 323   Manual 12-15
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10								
Página:	3								
Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)								
Página:	Archivo 323   Manual 12-15								

**CLÍNICA SAN RAFAEL**  
AV. DEL VALLE 91 9690 2 INT. 221  
FRACC. CIUDAD DEL VALLE  
TEL. (311) 486 27 79  
TEPIC NAYARIT.  
**CLÍNICA MEZCALES**  
CARA. MEZCALES SAN VICENTE 200A  
COL. SAN ISIDRO  
TEL. (319) 608 73 41  
MEZCALES NAYARIT

**CLÍNICA PUERTO VALLARTA**  
AV. LOS TULES 140  
COL. DIAZ ORDAZ  
TEL. (322) 225 31 30  
PTO. VALLARTA (JALISCO).  
**CLÍNICA IXTLÁN DEL RÍO**  
AV. HIDALGO 122  
COL. CENTRO  
TEL. (324) 242 04 96  
IXTLÁN DEL RÍO, NAYARIT

**CLÍNICA MARINA MAZATLÁN**  
AV. DR. CARLOS CANSCO 6008  
FRACC. LA MARINA  
TEL. (669) 101 09 84  
MAZATLÁN SINALOA  
**RADIOLOGÍA E IMAGEN**  
LIN. CARR. No. 3412  
COL. LINDAYISTA  
TEL. (311) 218 01 94  
TEPIC, NAYARIT



UNIDAD DE DIALISIS  
**LALOMA**

<p>4.4.- Nivel de bicarbonato programable (parcial o perfil de bicarbonato) durante el proceso de hemodiálisis dentro del rango 28 a 40 mEq/l o 28 a 40 mmol/l o 2.4 a 4 ms/cm.</p>	<p>4.4.- Nivel de bicarbonato programable (parcial o perfil de bicarbonato) durante el proceso de hemodiálisis dentro del rango 28 a 40 mEq/l o 28 a 40 mmol/l o 2.4 a 4 ms/cm.</p> <table border="1" data-bbox="630 625 1325 772"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 321   Manual 12-13</td> </tr> </table>	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10	Página:	3	Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)	Página:	Archivo 321   Manual 12-13
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10								
Página:	3								
Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)								
Página:	Archivo 321   Manual 12-13								
<p>4.5.- Nivel de sodio programable durante el proceso de la hemodiálisis dentro del rango de 130 a 150 mEq/l ó 130 a 150 mmol/l o 12.8 a 15.7 ms/cm.</p>	<p>4.5.- Nivel de sodio programable durante el proceso de la hemodiálisis dentro del rango de 125 a 150 mEq/l.</p> <table border="1" data-bbox="630 890 1325 1045"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 321   Manual 12-13</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>3</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)	Página:	Archivo 321   Manual 12-13	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10	Página:	3
Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)								
Página:	Archivo 321   Manual 12-13								
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10								
Página:	3								
<p>4.6.- Sistema de control de la ultrafiltración con tasa dentro del rango de 0.0 a 3 l/h o de 0.0 a 3kg /h.</p>	<p>4.6.- Sistema de control de la ultrafiltración con tasa dentro del rango de 0.0 a 4 l/h.</p> <table border="1" data-bbox="630 1136 1325 1297"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 320   Manual '12-12</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>3</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)	Página:	Archivo 320   Manual '12-12	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10	Página:	3
Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)								
Página:	Archivo 320   Manual '12-12								
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10								
Página:	3								
<p>4.7.- Sistema integrado de infusión para anticoagulación (bomba de heparina de 0.5 ml/h a 5 ml/h). Con un flujo de infusión dentro del rango de 0.1 ml a 9.9 ml/h en incrementos de 0.1 ml/h.</p>	<p>4.7.- Sistema integrado de infusión para anticoagulación (bomba de heparina de 0.5 ml/h a 5 ml/h). Con un flujo de infusión dentro del rango de 0.1 ml a 10 ml/h en incrementos de 0.1 ml/h.</p> <table border="1" data-bbox="630 1451 1325 1566"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 112, 324   Manual '4-52, 12-16</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)	Página:	Archivo 112, 324   Manual '4-52, 12-16	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10		
Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)								
Página:	Archivo 112, 324   Manual '4-52, 12-16								
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10								

**CLÍNICA SAN RAFAEL**  
 AV. DEL VALLE 91 PISO 2 INT. 321  
 FRACC. CIUDAD DEL VALLE  
 TEL. (311) 456 27 79  
 TEPIC NAYARIT.  
**CLÍNICA MEZCALES**  
 CARR. MEZCALES SAN VICENTE 2604  
 COL. SAN ISIDRO  
 TEL. (329) 696 72 41  
 MEZCALES NAYARIT

**CLÍNICA PUERTO VALLARTA**  
 AV. LOS TOLES 140  
 COL. DIAZ ORDÁZ  
 TEL. (322) 215 51 30  
 PTO. VALLARTA JALISCO.  
**CLÍNICA INTLÁN DEL RIO**  
 AV. HIDALGO 122  
 COL. CENTRO  
 TEL. (321) 210 44 96  
 INTLÁN DEL RIO, NAYARIT

**CLÍNICA MARINA MAZATLÁN**  
 AV. DR. CARLOS CANSECO 6040  
 FRACC. LA NAHINA  
 TEL. (649) 101 09 04  
 MAZATLÁN SINALOA  
**RADIOLOGIA E IMAGEN**  
 101 CARR. No. 3412  
 COL. LINDAVISTA  
 TEL. (311) 210 51 04  
 TEPIC, NAYARIT



UNIDAD DE DIALISIS  
**LALOMA**

	Página: 3
5.- Que cuente dentro del sistema con alarmas críticas:	5.- Que cuente dentro del sistema con alarmas críticas:
5.1.- Presión arterial no invasiva.	5.1.- Presión arterial no invasiva. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 341, 344, 345   Manual 14-7, 14-10, 14-11
5.2.- Detector de aire	5.2.- Detector de aire Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 188   Manual 5-20
5.3.- Detector de fugas sanguíneas	5.3.- Detector de fugas sanguíneas Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 186   Manual 5-18
6.- Pantalla LCD o plasma o tecnología superior integrada a la máquina.	6.- Pantalla LCD integrada a la máquina Referencia: Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10 Página: 1, 2 Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 17, 37, 38   Manual 2-3, 3-3, 3-4
7.- Con capacidad de ingresar al menos tres tipos de perfiles de sodio.	7.- Con capacidad de ingresar seis tipos de perfiles de sodio. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 121, 122   Manual 4-61, 4-62
8.- Con despliegue en pantalla de:	8.- Con despliegue en pantalla de:
8.1.- Presión arterial del circuito.	8.1.- Presión arterial del circuito. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)

**CLÍNICA SAN RAFAEL**  
 AV. DEL VALLE 91 PISO 2 INT. 321  
 FRACC. CIUDAD DEL VALLE  
 TEL. (911) 456 27 39  
 TEPIC NAYARIT

**CLÍNICA MEZCALES**  
 CARR. MEZCALES SAN VICENTE 260A  
 COL. SAN ISIDRO  
 TEL. (229) 688 73-41  
 MEZCALÉN NAYARIT

**CLÍNICA PUERTO VALLARTA**  
 AV. LOS TULES 140  
 COL. DIATÓRDIAZ  
 TEL. (222) 225 31 30  
 PTO. VALLARTA ENLISCA

**CLÍNICA IXTLÁN DEL RÍO**  
 AV. HEMALCO 122  
 COL. CENTRO  
 TEL. (224) 243 44 96  
 IXTLÁN DEL RÍO NAYARIT

**CLÍNICA MARINA MAZATLÁN**  
 AV. DR. CARLOS CANSECO 6040  
 FRACC. LA MARINA  
 TEL. (669) 101 89 86  
 MAZATLÁN SINALOA

**RADIOLOGÍA E IMAGEN**  
 LIB. CARR. No. 1412  
 COL. LINDAVISTA  
 TEL. (911) 218 51 94  
 TEPIC NAYARIT



UNIDAD DE DIALISIS  
**LALOMA**

	Página: Archivo 38   Manual 3-4
8.2.- Presión venosa del circuito.	8.2.- Presión venosa del circuito. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 38   Manual 3-4
8.3.- Presión transmembrana.	8.3.- Presión transmembrana. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 38   Manual 3-4
8.4.- Flujo de líquido dializante.	8.4.- Flujo de líquido dializante. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 50   Manual 3-16
8.5.- Flujo de sangre.	8.5.- Flujo de sangre (efectivo) Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 49, 52, 273   Manual 3-15, 3-18, 7-29
8.6.- Tasa de infusión de heparina.	8.6.- Tasa de infusión de heparina. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 82, 43   Manual 4-22, 3-9
8.7.- Tasa de ultrafiltración.	8.7.- Tasa de ultrafiltración. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 52   Manual 3-18
8.8.- Conductividad del dializante.	8.8.- Conductividad del dializante. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)

**CLÍNICA SAN RAFAEL**  
 AV. DEL VALLE 91 PISO 2 INT. 221  
 FRACC. CIUDAD DEL VALLE  
 TEL. (311) 456 2779  
 TEPIC NAYARIT.  
**CLÍNICA MEZCALES**  
 CARRE. MEZCALES SAN VICENTE 260A  
 COL. SAN ISIDRO  
 TEL. (329) 688 72 41  
 MEZCALES NAYARIT

**CLÍNICA PUERTO VALLARTA**  
 AV. LOS TOLES 119  
 COL. DIAZ ORDÓZ  
 TEL. (323) 225 31 30  
 PTO. VALLARTA, JALISCO.  
**CLÍNICA INTLÁN DEL RIO**  
 AV. HIDALGO 132  
 COL. CENTRO  
 TEL. (324) 343 44 96  
 INTLÁN DEL RIO, NAYARIT

**CLÍNICA MARINA MAZATLÁN**  
 AV. DR. CARLOS CANECIO 601E  
 FRACC. LA MARINA  
 TEL. (659) 101 89 81  
 MAZATLÁN SIERRA  
**RADIOLOGÍA E IMAGEN**  
 LOR. CARRE No. 2412  
 COL. LINDAVISTA  
 TEL. (311) 218 51 94  
 TEPIC, NAYARIT



UNIDAD DE DIALISIS  
**LALOMA**

	Página: Archivo 37, 38, 54   Manual 3-3, 3-4, 3-20
8.9.- Volumen de sangre procesada.	8.9.- Volumen de sangre procesada (Vol acumulado) Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 49, 57, 273   Manual 3-15, 3-23, 7-29
8.10.- Temperatura del líquido dializante.	8.10.- Temperatura del líquido dializante. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 101, 48   Manual 4-41, 3-14
8.11.- Presión arterial no invasiva del paciente (sistólica y diastólica), frecuencia cardíaca.	8.11.- Presión arterial no invasiva del paciente (sistólica y diastólica), frecuencia cardíaca (pulso) y presión arterial media (PAM) Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 344   Manual 14-10
8.12.- Tiempo transcurrido o restante de diálisis	8.12.- Tiempo transcurrido o restante de diálisis Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 57, 273   Manual 3-23, 7-29
8.13.- Volumen de ultrafiltración conseguido.	8.13.- Volumen de ultrafiltración conseguido (ya extraído) Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 52   Manual 3-18
9.- Con sistema de alarmas audibles y visibles de:	9.- Con sistema de alarmas audibles y visibles de:
9.1.- Presión arterial del circuito.	9.1.- Presión arterial del circuito. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 176, 180   Manual 5-8, 5-12

**CLÍNICA SAN RAFAEL**  
 AV. DEL VALLE 91 PISO 2 INT. 301  
 FRACC. CIUDAD DEL VALLE  
 TEL. (311) 456 37 79  
 TEPIC NAYARIT.

**CLÍNICA MEZCALES**  
 CARRE. MEZCALES SAN VICENTE 260A  
 COL. SAN ISIDRO  
 TEL. (329) 600 73 41  
 MEZCALES NAYARIT

**CLÍNICA PUERTO VALLARTA**  
 AV. LOS TOLES 100  
 COL. BAZ DURAZ  
 TEL. (322) 223 31 30  
 PTO. VALLARTA JALISCO.

**CLÍNICA IXTLÁN DEL RIO**  
 AV. HIDALGO 122  
 COL. CENTRO  
 TEL. (334) 243 44 95  
 IXTLÁN DEL RIO, NAYARIT

**CLÍNICA MARINA MAZATLÁN**  
 AV. DR. CARLOS CANSECO 604B  
 FRACC. LA MARINA  
 TEL. (669) 101 89 81  
 MAZATLÁN SINALOA  
**RADIOLOGÍA E IMAGEN**  
 LBL. CASB No. 2412  
 COL. LINDAVISTA  
 TEL. (311) 210 51 99  
 TEPIC, NAYARIT



UNIDAD DE DIALISIS  
**LALOMA**

9.2.- Presión venosa del circuito.	9.2.- Presión venosa del circuito. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 176, 182   Manual 5-8, 5-14
9.3.- Presión transmembrana.	9.3.- Presión transmembrana. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 176, 183   Manual 5-8, 5-15
9.4.- Flujo del líquido dializante.	9.4.- Flujo del líquido dializante. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 194   Manual 5-26
9.5.- Flujo de sangre.	9.5.- Flujo de sangre. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 187   Manual 5-19
9.6.- Ultrafiltración.	9.6.- Ultrafiltración. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 103, 210   Manual 4-43, 5-42
9.7.- Conductividad.	9.7.- Conductividad. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 194   Manual 5-26
9.8.- Temperatura del líquido dializante.	9.8.- Temperatura del líquido dializante. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 195   Manual 5-27

**CLÍNICA SAN RAFAEL**  
 AV. DEL VALLE 91 #190 2 INT. 321  
 FRACC. CIUDAD DEL VALLE  
 TEL. (311) 456 27 79  
 TEPIC NAYARIT.  
**CLÍNICA MEZCALES**  
 CARIL MEZCALES SAN VICENTE 2004  
 COL. SAN ISIDRO  
 TEL. (329) 609 73 81  
 MEZCALES NAYARIT

**CLÍNICA PUERTO VALLARTA**  
 AV. LOS TULES 140  
 COL. OÑEZ ORMAZ  
 TEL. (322) 225 31 30  
 PTO. VALLARTA BAJISCO.  
**CLÍNICA INTLÁN DEL RIO**  
 AV. HIDALGO 122  
 COL. CENTRO  
 TEL. (234) 249 44 96  
 INTLÁN DEL RIO NAYARIT

**CLÍNICA MARINA MAZATLÁN**  
 AV. DR. CARLOS CANSECO 6049  
 FRACC. LA MARINA  
 TEL. (659) 101 89 04  
 MAZATLÁN SINALOA  
**RADIOLOGÍA E IMAGEN**  
 LIB. CARR. NÚM. 3412  
 COL. LINDAVISTA  
 TEL. (311) 218 53 94  
 TEPIC NAYARIT



UNIDAD DE DIALISIS  
**LALOMA**

9.9.- Detector de fugas sanguíneas.	9.9.- Detector de fugas sanguíneas. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 181, 186   Manual 5-13, 5-18
9.10.- Detector de aire.	9.10.- Detector de aire. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 183, 188   Manual 5-15, 5-20
9.11.- Falla en el suministro de agua.	9.11.- Falla en el suministro de agua. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 196, 210   Manual 5-28, 5-42
9.12.- Falla en el suministro de energía eléctrica.	9.12.- Falla en el suministro de energía eléctrica. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 209   Manual 5-41
9.13.- Presión arterial no invasiva.	9.13.- Presión arterial no invasiva. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 344, 345   Manual 14-10, 14-11
10.- Con sistema automático para desinfección química.	10.- Con sistema automático para desinfección química. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 222, 319   Manual 6-6, 12-11
11.- Con sistema automático para remoción de sales y/o sistema automático de desinfección térmica.	11.- Con sistema automático para remoción de sales y/o sistema automático de desinfección térmica. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)

**CLÍNICA SAN RAFAEL**  
AV. DEL VALLE 91 PISO 2 INT. 321  
FRACC. CIUDAD DEL VALLE  
TEL. (311) 456 27 99  
TEPIC NAYARIT.  
**CLÍNICA MEZCALES**  
CARR. MEZCALES SAN VICENTE 260A  
COL. SAN ISIDRO  
TEL. (529) 689 72 41  
MEZCALES NAYARIT

**CLÍNICA PUERTO VALLARTA**  
AV. LOS TULES 149  
COL. DIAS ORDAZ  
TEL. (322) 225 31 30  
PTO. VALLARTA BAISCO.  
**CLÍNICA IXTLÁN DEL RÍO**  
AV. HIDALGO 122  
COL. CENTRO  
TEL. (324) 243 44 96  
IXTLÁN DEL RÍO, NAYARIT

**CLÍNICA MARINA MAZATLÁN**  
AV. DR. CARLOS CANSECO 604B  
FRACC. LA MANISNA  
TEL. (669) 161 09 04  
MAZATLÁN SIERRA  
**RADIOLOGÍA E IMAGEN**  
LIB. CARR. No. 3412  
COL. LINDAVISTA  
TEL. (311) 210 51 94  
TEPIC NAYARIT



UNIDAD DE DIALISIS  
**LALOMA**

	Página: Archivo 319, 322   Manual 12-11, 12-14
12.- Gabinete con las siguientes características: superficies de material lavable, con base rodable, con sistema de frenos.	12.- Gabinete con las siguientes características: superficies de material lavable, con base rodable, con sistema de frenos.  Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 35, 220, 300   Manual 3-1, 6-4, 10-2
13.- Capacidad para guardar la información del tratamiento en caso de falla de energía eléctrica.	13.- Capacidad para guardar la información del tratamiento en caso de falla de energía eléctrica.  Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 203   Manual 5-35
14.- Con capacidad para realizar el retorno sanguíneo en forma manual en caso de falla eléctrica.	14.- Con capacidad para realizar el retorno sanguíneo en forma manual en caso de falla eléctrica.  Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 204, 205   Manual 5-36, 5-37
<b>ACCESORIOS</b>	<b>ACCESORIOS</b>
Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.	Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.
<b>CONSUMIBLES:</b>	<b>CONSUMIBLES:</b>
Soluciones para hemodiálisis: con concentraciones variables de calcio y potasio según requerimientos del usuario. Bicarbonato de sodio para preparación manual o	Se ofertan consumibles relacionados al Anexo T 2 (T-dos) ADJUDICACION DIRECTA AA.050.GYR.050GYR005.N.15.2023

**CLÍNICA SAN RAFAEL**  
 AV. DEL VALLE 91 PISO 2 INT. 321  
 FRACC. CIUDAD DEL VALLE  
 TEL. (311) 456 27 79  
 TEPIC NAYARIT.

**CLÍNICA MEZCALES**  
 CARRE. MEZCALES SAN VICENTE 260A  
 COL. SAN ISIDRO  
 TEL. (329) 699 73 43  
 MEZCALES NAYARIT

**CLÍNICA PUERTO VALLARTA**  
 AV. LOS VILES 140  
 COL. DIAZ ORDAZ  
 TEL. (333) 226 34 30  
 PTO. VALLARTA, JALISCO.

**CLÍNICA INTLÁN DEL RIO**  
 AV. HIDALGO 123  
 COL. CENTRO  
 TEL. (324) 249 49 96  
 INTLÁN DEL RIO, NAYARIT

**CLÍNICA MARINA MAZATLÁN**  
 AV. DR. CARLOS CARRICO 604B  
 FRACC. LA MARINA  
 TEL. (669) 101 89 06  
 MAZATLÁN, SINALOA  
**RADIOLOGÍA E IMAGEN**  
 LIB. CARR. No. 2412  
 COL. LINDAVISTA  
 TEL. (311) 218 51 94  
 TEPIC, NAYARIT



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

ADJUDICACION DIRECTA  
 NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061



UNIDAD DE DIALISIS  
**LALOMA**

<p>automática (para uso no parenteral).          Líneas arterial y venosa con protector de transductor de presión, desechable y adaptable o integrado a las líneas arterial y venosa (neonatal, pediátrica, adulto).          Agujas para punción de fistula arterio-venosa.          Filtros para hemodiálisis o hemodializadores a partir de 0.2 m2 de cualquier material sintético.          Líquido desinfectante y desincrustante según sea el caso.          Las cantidades serán determinadas de acuerdo a las necesidades operativas de las unidades médicas, asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo.</p>					
<b>Accesorios Opcionales</b>	<b>Accesorios Opcionales</b>				
Monitor de Kt/V	Nuestro equipo cuenta con monitor para medición de Kt/V en línea. <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 167, 258   Manual 4-107, 7-14</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)	Página:	Archivo 167, 258   Manual 4-107, 7-14
Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)				
Página:	Archivo 167, 258   Manual 4-107, 7-14				
Computadora con software de hemodiálisis para obtención y administración de datos. Impresora.	Se oferta equipo de cómputo y software para dar cumplimiento a la ETIMSS 5640-023-004				
Impresora.	Se oferta impresora para dar cumplimiento a la ETIMSS 5640-023-004				
Sistema de preparación en línea del bicarbonato	Se oferta bicarbonato de sodio para preparación manual				
Monitor de niveles de hematocrito.	No se oferta				

**CLÍNICA SAN RAFAEL**

AV. DEL VALLE 90 PISO 2 INT. 321  
 FRACC. CIUDAD DEL VALLE  
 TEL. (311) 056 27 79  
 TEPIC NAYARIT.

**CLÍNICA MEZCALES**

CARR. MEZCALES SAN VICENTE 2600A  
 COL. SAN ISIDRO  
 TEL. (329) 608 73 44  
 MEZCALES NAYARIT

**CLINICA PUERTO VALLARTA**

AV. LOS TOLES 140  
 COL. DIAZ OBREGON  
 TEL. (322) 225 34 30  
 PTO. VALLARTA JALISCO.

**CLÍNICA IXTLÁN DEL RÍO**

AV. HIDALGO 122  
 COL. CENTRO  
 TEL. (228) 243 44 96  
 IXTLÁN DEL RÍO, NAYARIT

**CLÍNICA MARINA MAZATLÁN**

AV. DR. CARLOS CAMACHO 5048  
 FRACC. LA MARINA  
 TEL. (669) 101 09 04  
 MAZATLÁN SINALOA

**RADIOLOGÍA E IMAGEN**

LIB. CARR. No. 3-912  
 COL. LINDAVISTA  
 TEL. (311) 200 81 94  
 TEPIC NAYARIT



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

ADJUDICACION DIRECTA  
 NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061



UNIDAD DE DIALISIS  
**LALOMA**

Monitoreo en tiempo real de aclaramiento de la urea.	Monitoreo en tiempo real de aclaramiento de la urea. (KtV en línea). Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo: 167, 258   Manual 4-107, 7-14
<b>REFACCIONES:</b>	<b>REFACCIONES:</b>
Según marca y modelo.	Según marca y modelo.
Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.	Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.
<b>INSTALACIÓN</b>	<b>INSTALACIÓN:</b>
Corriente eléctrica de 120V ±10% o 220V ±10% / 60 Hz, tierra física.	Corriente eléctrica de 120V ±10% / 60 Hz, tierra física. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo: 310   Manual 12-2
<b>OPERACIÓN</b>	<b>OPERACIÓN</b>
Por personal especializado de acuerdo a la NOM-003-SSA3-2010 y manual de operación.	Por personal especializado de acuerdo a la NOM-003-SSA3-2010 y manual de operación.
<b>MANTENIMIENTO:</b>	<b>MANTENIMIENTO:</b>
Preventivo y correctivo por personal calificado y certificado por personal autorizado por el fabricante.	Preventivo y correctivo por personal calificado y certificado por personal autorizado de Fresenius Medical Care y gambro

**CLÍNICA SAN RAFAEL**

AV. DEL VALLE 91 PISO 2 INT. 321  
 FRACC. CIUDAD DEL VALLE  
 TEL. (312) 436 27 79  
 TEPIC NAYARIT.

**CLÍNICA MEZCALES**

CARR. MEZCALES SAN VICENTE 260A  
 COL. SAN ISIDRO  
 TEL. (329) 608 73 41  
 MEZCALES NAYARIT

**CLÍNICA PUERTO VALLARTA**

AV. LOS TULES 140  
 COL. DIAZ ORDÁZ  
 TEL. (222) 226 31 30  
 PTO. VALLARTA JALISCO.

**CLÍNICA IXTLÁN DEL RIO**

AV. HIDALGO 122  
 COL. CENTRO  
 TEL. (324) 243 44 96  
 IXTLÁN DEL RIO, NAYARIT

**CLÍNICA MARINA MAZATLÁN**

AV. DR. CARLOS CANSECO 6046  
 FRACC. LA MARINA  
 TEL. (659) 101 89 84  
 MAZATLÁN SINALOA

**RADIOLOGÍA E IMAGEN**

LIB. CARR. No. 3412  
 COL. LINDAVISTA  
 TEL. (311) 226 51 94  
 TEPIC NAYARIT



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

ADJUDICACION DIRECTA  
 NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061



UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

**C) BIENES DE CONSUMO PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO**

No	Descripción	Propuesta del proveedor															
1	Filtro para hemodiálisis, o dializadores de membrana sintética y/o celulosa modificada de 0.4 m2 hasta 2.0 m2.	<p>Filtros para hemodiálisis. Dializadores de material sintético de: 1.0 m<sup>2</sup></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><b>Oferta</b></p> <p>Denominación: <u>Dializadores HELIXONE® Clase –</u>            Distintiva: <u>FX Fresenius</u>            Membrana Sintética: <u>Helixone®</u>            Registro Sanitario: <u>2524C2002 SSA</u></p> <table border="0"> <tr> <td><b>Modelo:</b></td> <td><b>Código:</b></td> <td><b>Superficie m<sup>2</sup>:</b></td> </tr> <tr> <td><u>Dializador Helixone® – FX 5</u></td> <td><u>5004831</u></td> <td><u>1.0 m<sup>2</sup> (Bajo flujo)</u></td> </tr> </table> <p>Referencia: <u>Folleto "FX - class"</u>      Página: 1, 4</p> </div> <p>Filtros para hemodiálisis. Dializadores de material sintético de: 1.3 m<sup>2</sup>, 1.8 m<sup>2</sup></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><b>Oferta</b></p> <p>Denominación: <u>Dializadores Fresenius Polisulfona®</u>            Distintiva: <u>Polisulfona</u>            Membrana Sintética: <u>Polisulfona</u>            Registro Sanitario: <u>1271C2014 SSA</u></p> <table border="0"> <tr> <td><b>Modelo:</b></td> <td><b>Código:</b></td> <td><b>Superficie m<sup>2</sup>:</b></td> </tr> <tr> <td><u>F8 HPS</u></td> <td><u>5007081</u></td> <td><u>1.3 m<sup>2</sup> (Bajo flujo)</u></td> </tr> <tr> <td><u>F8 HPS</u></td> <td><u>5007081</u></td> <td><u>1.8 m<sup>2</sup> (Bajo flujo)</u></td> </tr> </table> <p>Referencia: <u>Folleto Dializador Bajo Flujo HPS</u>      Página: 1, 5</p> </div>	<b>Modelo:</b>	<b>Código:</b>	<b>Superficie m<sup>2</sup>:</b>	<u>Dializador Helixone® – FX 5</u>	<u>5004831</u>	<u>1.0 m<sup>2</sup> (Bajo flujo)</u>	<b>Modelo:</b>	<b>Código:</b>	<b>Superficie m<sup>2</sup>:</b>	<u>F8 HPS</u>	<u>5007081</u>	<u>1.3 m<sup>2</sup> (Bajo flujo)</u>	<u>F8 HPS</u>	<u>5007081</u>	<u>1.8 m<sup>2</sup> (Bajo flujo)</u>
<b>Modelo:</b>	<b>Código:</b>	<b>Superficie m<sup>2</sup>:</b>															
<u>Dializador Helixone® – FX 5</u>	<u>5004831</u>	<u>1.0 m<sup>2</sup> (Bajo flujo)</u>															
<b>Modelo:</b>	<b>Código:</b>	<b>Superficie m<sup>2</sup>:</b>															
<u>F8 HPS</u>	<u>5007081</u>	<u>1.3 m<sup>2</sup> (Bajo flujo)</u>															
<u>F8 HPS</u>	<u>5007081</u>	<u>1.8 m<sup>2</sup> (Bajo flujo)</u>															

**CLÍNICA SAN RAFAEL**  
 AV. DEL VALLE 91 PISO 2 INT. 321  
 FRACC. CIUDAD DEL VALLE  
 TEL. (211) 456 27 79  
 TEPIC NAYARIT.

**CLÍNICA MEZCALES**  
 CARR. MEZCALES SAN VICENTE 260A  
 CUL. SAN ISIDRO  
 TEL. (229) 608 73 51  
 MEZCALES NAYARIT

**CLÍNICA PUERTO VALLARTA**  
 AV. LOS TULES 140  
 COL. DIAZ ORDÁZ  
 TEL. (322) 225 31 30  
 PTO. VALLARTA BALISCO.

**CLÍNICA IXTLÁN DEL RÍO**  
 AV. HIDALGO 122  
 COL. CENTRO  
 TEL. (324) 243 44 96  
 IXTLÁN DEL RÍO, NAYARIT

**CLÍNICA MARINA MAZATLÁN**  
 AV. DR. CARLOS CANSECO 6040  
 FRACC. LA MARINA  
 TEL. (669) 101 89 84  
 MAZATLÁN SINALOA

**RADIOLOGÍA E IMAGEN**  
 LIB. CARR. No. 3462  
 COL. LINIARISTA  
 TEL. (311) 348 51 94  
 TEPIC NAYARIT



UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

Filtros para hemodiálisis. Dializadores de material sintético de:  
1.8 m<sup>2</sup>

Oferta		
Denominación Distintiva:	<u>Dializadores Fresenius Polisulfona®</u>	
Membrana Sintética:	<u>Fresenius Polisulfona</u>	
Registro Sanitario:	<u>1272C2014 SSA</u>	
<b>Modelo:</b>	<b>Código:</b>	<b>Superficie m<sup>2</sup>:</b>
<u>HF80S</u>	<u>5007181</u>	<u>1.8 m<sup>2</sup></u> <u>(Alto flujo)</u>
Referencia:	<u>Folleto Dializadores de Alto Flujo</u>	Página: 1. 5

Filtros para hemodiálisis. Hemodializadores de material sintético de:  
1.5 m<sup>2</sup>, 1.7 m<sup>2</sup>, 1.9 m<sup>2</sup>

Oferta		
Denominación Distintiva:	<u>Optiflux®</u>	
Denominación Genérica:	<u>Hemodializador Capilar</u>	
Membrana Sintética:	<u>Polisulfona avanzada</u> <u>Fresenius</u>	
Registro Sanitario:	<u>2135E2009 SSA</u>	
<b>Modelo:</b>	<b>Código:</b>	<b>Superficie m<sup>2</sup>:</b>
<u>Fresenius Optiflux® F160NR</u>	<u>0500316E</u>	<u>1.5 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u>
<u>Fresenius Optiflux® F180NR</u>	<u>0500318E</u>	<u>1.7 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u>
<u>Fresenius Optiflux® F200NR</u>	<u>0500320E</u>	<u>1.9 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u>
Referencia:	<u>Folleto "Dializadores Optiflux®"</u>	Página: 1. 2

<b>2</b>	Juego de líneas arterial y venosa, desechable, estéril, con conectores.	Juego de líneas arterial y venosa para hemodiálisis, desechable, estéril, con conectores, con protectores de transductor de presión. Compatible con la <b>Máquina de Hemodiálisis 4008S V10 y 4008S, GAMBRO AK98</b> . Marca Fresenius Medical Care y Gambro
----------	---	--

**CLÍNICA SAN RAFAEL**  
AV. DEL VALLE 91 PISO 2 INT. 321  
FRACC. CIUDAD DEL VALLE  
TEL. (311) 456 27 79  
TEPEC NAYARIT.

**CLÍNICA MEZCALES**  
CARR. MEZCALES SAN VICENTE 2600  
COL. SAN ISIDRO  
TEL. (329) 689 73 41  
MEZCALES NAYARIT

**CLÍNICA PUERTO VALLARTA**  
AV. LOS TULES 140  
COL. DIAZ ORDÁZ  
TEL. (322) 225 31 30  
PTR. VALLARTA IALISCO.

**CLÍNICA IXTLÁN DEL RIO**  
AV. HIDALGO 123  
COL. CENTRO  
TEL. (323) 243 44 96  
IXTLÁN DEL RÍO, NAYARIT

**CLÍNICA MARINA MAZATLÁN**  
AV. DR. CARLOS CANSECO 6049  
FRACC. LA MARINA  
TEL. (659) 101 89 88  
MAZATLÁN SINALOA  
**RADIOLOGÍA E IMAGEN**  
LÍD. CARR. NO. 3012  
COL. LINDAVISTA  
TEL. (311) 218 31 99  
TEPEC NAYARIT



UNIDAD DE DIALISIS  
**LALOMA**

<p>con o sin protectores de transductor de presión, compatible con la máquina de hemodiálisis de la marca correspondiente, con diferentes volúmenes de cebado para adulto y pediátrico.</p>	<p style="text-align: right;"><b>Oferta</b></p> <p>Denominación: <u>Línea de Sangre A/V</u>          Distintiva: <u>1962C2017SS</u>          Registro Sanitario: <u>A</u>          Código: <u>BL05R</u>          Paciente: <u>Pediátrico / Neonatal</u>          Volumen de llenado: <u>56 mL</u>          Referencia: <u>Folleto Líneas de sangre, Sistemas de líneas, Accesorios</u> <span style="float: right;">Página: 1,5</span></p>
	<p style="text-align: right;"><b>Oferta</b></p> <p>Denominación: <u>Combi Set®</u>          Distintiva: <u>0224E2011 SSA</u>          Registro Sanitario: <u>0224E2011 SSA</u>          Código: <u>03-2822-3</u>          Paciente: <u>Adulto</u>          Segmento de Bomba: <u>8.0 mm de diámetro interno.</u>          Volumen de cebado: <u>97mL arterial, 76 mL venoso.</u>          Código: <u>Código: 03-2892-8</u>          Paciente: <u>Pediátrico</u>          Segmento de Bomba: <u>Segmento de Bomba: 8.35 mm de diámetro interno.</u>          Volumen de cebado: <u>Volumen de cebado: 25.87 mL arterial, 28.33 mL venoso.</u>          Referencia: <u>Folleto Líneas de sangre, Sistemas de líneas, Accesorios</u> <span style="float: right;">Página: 1.5</span></p>
<p>3 Ácido en solución líquidos concentrados para</p>	<p>Soluciones para hemodiálisis. Solución acuosa compuesta de cloruro de sodio, cloruro de magnesio hexahidratado, cloruro de calcio di-hidratado, cloruro de potasio, dextrosa monohidratada y ácido acético glacial en concentraciones variables. Compatible con</p>

**CLINICA SAN RAFAEL**  
 AV. DEL VALLE 91 PISO 2 INT. 323  
 FRACC. CIUDAD DEL VALLE  
 TEL. (311) 456 37 79  
 TEPIC NAYARIT.  
**CLÍNICA MEZCALES**  
 CARR. MEZCALES SAN VICENTE 260A  
 COL. SAN ISIDRO  
 TEL. (329) 688 73 41  
 MEZCALES NAYARIT

**CLINICA PUERTO VALLARTA**  
 AV. LOS TULES 140  
 COL. DIAZ ORDÁZ  
 TEL. (322) 223 31 30  
 PTO. VALLARTA (JUSCO).  
**CLÍNICA INTLÁN DEL RIO**  
 AV. HONOLÚ 122  
 COL. CENTRO  
 TEL. (324) 243 44 96  
 INTLÁN DEL RIO NAYARIT

**CLINICA MARINA MAZATLAN**  
 AV. DR. CARLOS CANSECO 6018  
 FRACC. LA PLATANIL  
 TEL. (659) 101 89 81  
 MAZATLAN SINALOA  
**RADIOLOGIA E IMAGEN**  
 LEB CARR. No. 3412  
 COL. LINDAVISTA  
 TEL. (311) 218 21 91  
 TEPIC NAYARIT



UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

hemodiálisis de la Máquina de Hemodiálisis 4008S V10 y 4008S Y GAMBRO AK98. Marca Fresenius Medical Care

de acuerdo a marca y modelo de la máquina con variabilidad en concentración de Potasio de 0 o 2.0 y Calcio de 2.5 o 3.5 mEq/L.

Oferta							
Soluciones para hemodiálisis:		<u>Naturalyte®</u>					
Registro Sanitario:		<u>0827C2008 SSA</u>					
Código Concentración	Na+ Sodio mEq/L	K+ Potasio mEq/L	Ca++ Calcio mEq/L	Mg++ Magnesio mEq/L	Cl- Cloro mEq/L	Acetato mEq/L	Dextrosa g/L
F00000226	100	0.0	2.5	0.75	103.25	4.0	2.0
F00000260	100	2.0	2.5	0.75	105.25	4.0	2.0
Referencia: Folleto "Naturalyte®"				Página: 1,2			

4 Bicarbonato de sodio en polvo o solución. Para uso no parenteral; para conductividad de acuerdo a la marca de la máquina; para ácido específico, presentación en paquete o bolsa

Bicarbonato de sodio en polvo para hemodiálisis: Para uso no parenteral, y conductividad. Compatible con la Máquina de Hemodiálisis 4008S V10 Y 4008S. Marca Fresenius Medical Care; para Ácido específico Series 4000. Presentación en paquete.

Oferta	
Bicarbonato de sodio:	<u>Naturalyte®</u>
Registro Sanitario:	<u>0002R02 SSA</u>
Código:	<u>08-4400-1</u>

**CLÍNICA SAN RAFAEL**  
 AV. DEL VALLE 91 1950 2 INT. 323  
 FRACC. CIUDAD DEL VALLE  
 TEL. (377) 456 27 79  
 TEPIC NAYARIT.  
**CLÍNICA MEZCALES**  
 CARR. MEZCALES SAN VICENTE 260A  
 COL. SAN ISIDRO  
 TEL. (329) 688 73 41  
 MEZCALES NAYARIT

**CLÍNICA PUERTO VALLARTA**  
 AV. LOS TULES 140  
 COL. DIAS ORDÓZ  
 TEL. (322) 225 31 50  
 PTO. VALLARTA JALISCO.  
**CLÍNICA INTLÁN DEL RIO**  
 AV. HIDALGO 122  
 COL. CENTRO  
 TEL. (324) 243 44 96  
 INTLÁN DEL RIO, NAYARIT

**CLÍNICA MARINA MAZATLÁN**  
 AV. DR. CARLOS CANSECO 6018  
 FRACC. LA MARINA  
 TEL. (649) 10109 00  
 MAZATLÁN SINALOA  
**RADIOLOGIA E IMAGEN**  
 LIB. CARR. No. 3412  
 COL. LINDAVISTA  
 TEL. (311) 218 01 94  
 TEPIC, NAYARIT



UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

que se refiere a la Referencia: Folleto "Naturalyte®"

Página: 2

máquina  
 propuesta.

5 Cánula para punción de fistula arteriovenosa interna: consta de tubo de elastómero de silicón de 15 o 30 cm. de longitud, con obturador y adaptador luer lock, mariposa y aguja calibre 15 o 16 adulto y 16 o 17 g. pediátrico y con orificio posterior al bisel; un lumen.

Cánula para punción de fistula arteriovenosa interna: consta de tubo de elastómero de silicón de 15 o 30 cm. de longitud, con obturador y adaptador luer lock, mariposa y aguja calibre 15 o 16 adulto y 16 o 17 g. pediátrico. y con orificio posterior al bisel; un lumen.

**Oferta**

- Aguja para fistula: Aguja-Fistula Fresenius  
 Registro Sanitario: 0493C99 SSA
- Aguja - Fistula: Adulto  
 códigos: Arterial: 5088621; Venosa 5088631  
 Calibre / Longitud: 15GA / 150 mm
- Aguja - Fistula: Adulto  
 códigos: Arterial: 5082501; Venosa 5082631  
 Calibre / Longitud: 15GA / 300 mm
- Aguja - Fistula: Adulto y Pediátrico  
 códigos: Arterial: 5088641; Venosa 5088651  
 Calibre / Longitud: 16GA / 150 mm
- Aguja - Fistula: Adulto y Pediátrico  
 códigos: Arterial: 5082511; Venosa 5082641  
 Calibre / Longitud: 16GA / 300 mm
- Aguja - Fistula: Adulto y Pediátrico  
 códigos: Arterial: 5088661; Venosa 5088671  
 Calibre / Longitud: 17GA / 150 mm
- Aguja - Fistula: Adulto y Pediátrico  
 códigos: Arterial: 5082521; Venosa 5082651  
 Calibre / Longitud: 17GA / 300 mm

Referencia: Folleto "Agujas de Fístula para Hemodiálisis" Página: 1,2

**CLÍNICA SAN RAFAEL**

AV. DEL VALLE 91 PISO 2 INT. 333  
 FRACC. CIUDAD DEL VALLE  
 TEL. (311) 436 29 79  
 TEPIC, NAYARIT.

**CLÍNICA MEZCALES**

CARR. MEZCALES SAN VICENTE 260A  
 COL. SAN VICENTE  
 TEL. (329) 688 73 41  
 MEZCALES, NAYARIT

**CLÍNICA PUERTO VALLARTA**

AV. LOS TULES 110  
 COL. BUZ ORDÁZ  
 TEL. (322) 225 31 36  
 PTO. VALLARTA, JALISCO.

**CLÍNICA IXTLÁN DEL RIO**

AV. HOBOLGA 122  
 COL. CENTRO  
 TEL. (324) 243 44 96  
 IXTLÁN DEL RIO, NAYARIT

**CLÍNICA MARINA MAZATLÁN**

AV. DR. CARLOS CINSECO 604B  
 FRACC. LA MARINA  
 TEL. (669) 101 09 04  
 MAZATLÁN, SINALOA

**RADIOLOGÍA E IMAGEN**

LIB. CARR. N. 3412  
 COL. LINDAVISTA  
 TEL. (341) 230 51 94  
 TEPIC, NAYARIT



UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

**D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO CON EL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE.**

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
1	Descripción (se describen para presentación de oferta técnica)	
2	080.345.0148 Para hemodiálisis, pediátrico. Inserción en subclavía, yugular o femoral, doble lumen. Contiene: Una cánula, Una jeringa de 5 ml, Una guía de acero inoxidable. Un catéter doble lumen calibre de 8 a 10 fr, longitud 130 a 150 mm, con obturador, un dilatador y extensiones curvas. Tipo: mahurkar. Estéril y desechable	Equipo. Para hemodiálisis, pediátrico. Inserción en subclavía, yugular o femoral, doble lumen.  <b>Oferta</b> Denominación: <u>Juego de Catéter Mahurkar</u> Distintiva: Marca: <u>Kendall de México, SA de CV</u> Código: <u>8832539004</u> Registro Sanitario: <u>04220201188A</u> Contenido: <u>Una cánula</u> <u>Una guía de acero inoxidable</u> <u>Un catéter doble lumen con ranuras laterales en corte láser, calibre de 9 fr, longitud 150 mm, con obturador, un dilatador y extensiones curvas.</u> <u>Tipo: Mahurkar</u> <u>Estéril y desechable</u>  Referencia: Folleto "Mahurkar Portafolio de Cateteres de Cuidado Agudo" <span style="float: right;">Página: 8</span>
3	080.345.2301 Para hemodiálisis. Adulto. De inserción en subclavía, yugular o femoral doble lumen, incluye: Una cánula, Una jeringa de 5 ml, Una guía de acero	Equipo. Para hemodiálisis, adulto. Inserción en subclavía, yugular o femoral, doble lumen.  <b>Oferta</b> Denominación: <u>Juego de Catéter Mahurkar</u> Distintiva:

**CLÍNICA SAN RAFAEL**  
AV. DEL VALLE 91 PISO 2 INT. 321  
FRACC. CIUDAD DEL VALLE  
TEL. (311) 456 27 79  
TEPEC NAYARIT.  
**CLÍNICA MEZCALES**  
CARR. MEZCALES SAN VICENTE 260A  
CUL. SAN ISIDRO  
TEL. (329) 409 72 41  
MEZCALES NAYARIT

**CLÍNICA PUERTO VALLARTA**  
AV. LOS TULES 140  
COL. DIAZ ORDAZ  
TEL. (323) 213 31 30  
PTO. VALLARTA JALISCO.  
**CLÍNICA IXTLÁN DEL RÍO**  
AV. BIRALGO 132  
COL. CENTRO  
TEL. (324) 213 44 96  
IXTLÁN DEL RÍO NAYARIT

**CLÍNICA MARINA MAZATLÁN**  
AV. DR. CARLOS CASSECO 6048  
FRACC. LA MARINA  
TEL. (659) 101 99 84  
MAZATLÁN SINALOA  
**RADIOLOGÍA E IMAGEN**  
LIB. CARR. No. 3412  
COL. LINDAVISTA  
TEL. (311) 210 51 94  
TEPEC NAYARIT



UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

<p>inoxidable. Un catéter doble lumen calibre de 11 a 12 fr, longitud de 185 a 205 mm con obturador y un dilatador con extensiones curvas.Tipo: mahurkar. Estéril y desechable</p>	<p>Marca <u>Kendall de México, SA de CV</u> Código: <u>8813783013</u> Registro Sanitario <u>0422C2011SSA</u> Contenido: <u>Una cánula.</u> <u>Una guía de acero inoxidable.</u> <u>Un catéter doble lumen calibre de 11.5 fr, longitud de</u> <u>195 mm con obturador y un dilatador con extensiones</u> <u>curvas.</u> <u>Tipo: Mahurkar.</u> <u>Estéril y desechable</u></p> <p>Referencia: Folleto "Mahurkar Portafolio de Cateteres de Cuidado Agudo" <span style="float: right;">Página: 6</span></p>
<p>4 080.186.0533 Catéter permanente, para hemodiálisis. Tamaño adulto, de doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetros internos de 1.80 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 2.0 mm a 3.20 mm en el lado venoso, con longitud de 31.5 a 37.0 cm, con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene: Catéter de doble lumen. Aguja introductora calibre 18 g. Introductor con camisa desprendible. Guía de alambre de 0.038", con longitud de 88.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 ml y 2 tapones de inyección. Estéril y desechable. Pieza</p>	<p>Catéter permanente para Hemodiálisis, Tamaño adulto De doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetros internos de <u>1.80mm a 2.0mm</u> en el lado arterial y de <u>2.0mm a 3.20mm</u> en el lado venoso, con longitud de <u>36 cm</u> con separación mínima de <u>2.5cm</u> entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene:</p> <p style="text-align: center;"><b>Oferta</b></p> <p>Denominación <u>catéter de hemodiálisis Permacath</u> Distintiva: Marca <u>Kendall de México, SA de CV</u> Código: <u>8817748001</u> Registro Sanitario <u>0423C2011 SSA</u> Contenido: <u>Catéter de doble lumen de 36 cm de longitud</u> <u>Aguja introductora calibre 18 G.</u> <u>Introductor con camisa desprendible.</u> <u>Guía de alambre de 0.038", con longitud 70 cm</u> <u>2 Tapones de inyección</u> <u>Estéril y desechable</u></p>

**CLÍNICA SAN RAFAEL**

AV. DEL VALLE 91 PISO 2 INT. 321  
FRACC. CIUDAD DEL VALLE  
TEL. (311) 456 27 79  
TEPEC NAYARIT.

**CLÍNICA MEZCALES**

CARR. MEZCALES SAN VICENTE 260.A  
COL. SAN ISIDRO  
TEL. (329) 688 73-11  
MEZCALES NAYARIT

**CLÍNICA PUERTO VALLARTA**

AV. LOS TELES 140  
COL. DIAS GONZALEZ  
TEL. (322) 225 21 30  
PTO. VALLARTA JALISCO.

**CLÍNICA IXTLÁN DEL RIO**

AV. HIDALGO 122  
COL. CENTRO  
TEL. (324) 243 44 96  
IXTLÁN DEL RIO, NAYARIT

**CLÍNICA MARINA MAZATLÁN**

AV. DR. CARLOS CANSECO 6048  
FRACC. LA MARINA  
TEL. (669) 101 89 04  
MAZATLÁN SINALOA

**RADIOLOGIA E IMAGEN**

LIB. CARR. No. 3412  
COL. LINDAVISTA  
TEL. (311) 238 51 94  
TEPEC NAYARIT



UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

	<p>Referencia: Folleto "catéter de Doble Lumen Quinton Permacath" <span style="float: right;">Página: 1,2</span></p>
<p>5</p> <p>080.188.0541 Catéter permanente, para hemodiálisis. Tamaño pediátrico, de doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetro interno de 1.5 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 1.5 mm a 1.2 mm en el lado venoso, con longitud de 27.0 cm a 30.0 cm con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene: Catéter de doble lumen. Aguja introductora calibre 18 g. Introductor con camisa desprendible. Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 ml y 2 tapones de inyección. Estéril y desechable.</p>	<p>080.188.0541 Catéter permanente, para hemodiálisis. Tamaño pediátrico, de doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetro interno de <u>1.5 mm a 2.0 mm</u> en el lado arterial y de <u>1.5 mm a 1.2 mm</u> en el lado venoso, con longitud de <u>28 cm</u> con separación mínima de <u>2.5 cm</u> entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene:</p> <p style="text-align: center;"><b>Oferta</b></p> <p>Denominación: <u>Cateter de hemodiálisis Permacath</u>        Distintiva:        Marca: <u>Kendall de México, SA de CV</u>        Código: <u>88343890001</u>        Registro Sanitario: <u>0423C2011 SSA</u>        Contenido: <u>Catéter de doble lumen con 28 cm de longitud</u>  <u>Aguja introductora calibre 18 G.</u>  <u>Introductor con camisa desprendible.</u>  <u>Guía de alambre de 0.038", con longitud de 70 cm</u>  <u>2 Tapones de inyección</u></p> <p>Referencia: Folleto "Cateter de Doble Lumen Quinton Permacath" <span style="float: right;">Página: 1,2</span></p>
<p>Jeringa 5 ml</p>	<p>Denominación: <u>Jeringa Esteril Desechable de plástico DL</u>        Distintiva:        Marca: <u>Dentilab SA de CV</u>        Código: <u>Jeringa 5 ml</u>        Registro Sanitario: <u>01168C99 SSA</u>        Contenido: <u>1 Jeriga de 5ml desechable</u></p>

**CLÍNICA SAN RAFAEL**  
 AV. DEL VALLE 91 PISO 2 INT. 321  
 FRACC. CIUDAD DEL VALLE  
 TEL. (311) 456-27 79  
 TEPIC NAYARIT.  
**CLÍNICA MEZCALES**  
 CARR. MEZCALES SAN VICENTE 2604  
 COL. SAN ISIDRO  
 TEL. (329) 688 73 81  
 MEZCALES NAYARIT

**CLÍNICA PUERTO VALLARTA**  
 AV. LOS TULES 140  
 COL. DIAZ ORDÁZ  
 TEL. (322) 225 31 80  
 PTO. VALLARTA JALISCO.  
**CLÍNICA INTLÁN DEL RÍO**  
 AV. HIDALGO 122  
 COL. CENTRO  
 TEL. (324) 243 44 96  
 INTLÁN DEL RÍO, NAYARIT

**CLÍNICA MARINA MAZATLÁN**  
 AV. DR. CARLOS CANSECO 6048  
 FRACC. LA MARINA  
 TEL. (669) 101 89 89  
 MAZATLÁN SINALOA  
**RADIOLOGÍA E IMAGEN**  
 LIB. CARR No. 3412  
 COL. LINDAVISTA  
 TEL. (311) 218 51 98  
 TEPIC, NAYARIT



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA  
ESTATAL NAYARIT

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL

JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061



UNIDAD DE DIALISIS  
**LALOMA**

6	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, ó o ptfe, estéril y desechable. Longitud 40 A 60 cm., x 5, mm., de diámetro.	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="690 478 844 682">Vascular Grafts</td> <td data-bbox="844 478 1362 682">Calatogo DF 5006SC Distafio Bypass Graft con Flex Small 50 cm X 5 mm</td> </tr> </table>	Vascular Grafts	Calatogo DF 5006SC Distafio Bypass Graft con Flex Small 50 cm X 5 mm
Vascular Grafts	Calatogo DF 5006SC Distafio Bypass Graft con Flex Small 50 cm X 5 mm			
7	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfe estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 6 mm., de diámetro.	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="690 682 844 840">Vascular Grafts</td> <td data-bbox="844 682 1362 840">Calatogo DF 5006SC Distafio Bypass Graft con Flex Small 50 cm X 6 mm</td> </tr> </table>	Vascular Grafts	Calatogo DF 5006SC Distafio Bypass Graft con Flex Small 50 cm X 6 mm
Vascular Grafts	Calatogo DF 5006SC Distafio Bypass Graft con Flex Small 50 cm X 6 mm			
8	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfe, estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 8 mm., de diámetro.	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="690 840 844 947">Vascular Grafts</td> <td data-bbox="844 840 1362 947">Calatogo DF 5006SC Distafio Bypass Graft con Flex Small 50 cm X 8 mm</td> </tr> </table>	Vascular Grafts	Calatogo DF 5006SC Distafio Bypass Graft con Flex Small 50 cm X 8 mm
Vascular Grafts	Calatogo DF 5006SC Distafio Bypass Graft con Flex Small 50 cm X 8 mm			

**CLINICA SAN RAFAEL**

AV. DEL VALLE 91 PISO 2 INT. 321  
FRACC. CIUDADO DEL VALLE  
TEL. (311) 456 27 79  
TEPEC NAYARIT.

**CLÍNICA MEZCALES**

CARR. MEZCALES SAN VICENTE 260A  
COL. SAN ISIDRO  
TEL. (329) 688 79 41  
MEZCALES NAYARIT

**CLINICA PUERTO VALLARTA**

AV. LOS TUCES 140  
COL. DIAZ ORDÁZ  
TEL. (322) 225 31 30  
PTO. VALLARTA (ALISCO).

**CLÍNICA IXTLÁN DEL RIO**

AV. HIDALGO 122  
COL. CENTRO  
TEL. (324) 243 44 96  
IXTLÁN DEL RIO, NAYARIT

**CLINICA MARINA MAZATLÁN**

AV. DR. CARLOS CANSECO 6096  
FRACC. LA MARINA  
TEL. (669) 101 89 84  
MAZATLÁN SINALOA

**RADIOLOGÍA E IMAGEN**

LIE. CARR. No. 2412  
COL. LINDAVISTA  
TEL. (311) 218 51 94  
TEPEC, NAYARIT



UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

**E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO**

Descripción	Propuesta del licitante								
1. Reclinables que logren un decúbito dorsal adecuado para procedimientos médicos durante la sesión.	<p>1.- Reclinables que logren un decúbito dorsal adecuado para procedimientos médicos durante la sesión.</p> <p><b>Se oferta:</b></p> <table border="1"> <tr> <td>Marca:</td> <td>CHAMPION</td> </tr> <tr> <td>Modelo:</td> <td>59</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Sillón Champion</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>6, 22</td> </tr> </table>	Marca:	CHAMPION	Modelo:	59	Referencia:	Folleto Sillón Champion	Página:	6, 22
Marca:	CHAMPION								
Modelo:	59								
Referencia:	Folleto Sillón Champion								
Página:	6, 22								
2. Seguros para el paciente y personal de enfermería.	<p>2.- Seguros para el paciente y personal de enfermería.</p> <table border="1"> <tr> <td>Marca:</td> <td>CHAMPION</td> </tr> <tr> <td>Modelo:</td> <td>59</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Sillón Champion</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>8 y 24</td> </tr> </table>	Marca:	CHAMPION	Modelo:	59	Referencia:	Folleto Sillón Champion	Página:	8 y 24
Marca:	CHAMPION								
Modelo:	59								
Referencia:	Folleto Sillón Champion								
Página:	8 y 24								
3. Vida media promedio de uso de un año	<p>3.- Vida media promedio de uso de un año</p> <table border="1"> <tr> <td>Marca:</td> <td>CHAMPION</td> </tr> <tr> <td>Modelo:</td> <td>59</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Sillón Champion</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>4, 20</td> </tr> </table>	Marca:	CHAMPION	Modelo:	59	Referencia:	Folleto Sillón Champion	Página:	4, 20
Marca:	CHAMPION								
Modelo:	59								
Referencia:	Folleto Sillón Champion								
Página:	4, 20								
4. De fácil limpieza	<p>4.- De fácil limpieza.</p> <table border="1"> <tr> <td>Marca:</td> <td>CHAMPION</td> </tr> <tr> <td>Modelo:</td> <td>59</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Sillón Champion</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>4, 20</td> </tr> </table>	Marca:	CHAMPION	Modelo:	59	Referencia:	Folleto Sillón Champion	Página:	4, 20
Marca:	CHAMPION								
Modelo:	59								
Referencia:	Folleto Sillón Champion								
Página:	4, 20								

**CLÍNICA SAN RAFAEL**  
AV. DEL VALLE 91 PISO 2 INT. 321  
FRACC. CIUDAD DEL VALLE  
TEL. (311) 458 27 79  
TEPEC NAYARIT.  
**CLÍNICA MEZCALES**  
CARR. MEZCALES SAN VICENTE 280A  
COL. SAN ISIDRO  
TEL. (329) 698 33 41  
MEZCALES NAYARIT

**CLÍNICA PUERTO VALLARTA**  
AV. LOS TULES 140  
COL. DIAS ORDAZ  
TEL. (323) 225 31 30  
PTO. VALLARTA JALISCO.  
**CLÍNICA INTLÁN DEL RIO**  
AV. HIDALGO 122  
COL. CENTRO  
TEL. (324) 243 44 96  
INTLÁN DEL RIO, NAYARIT

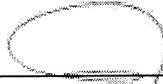
**CLÍNICA MARINA MAZATLAN**  
AV. DR. CARLOS CANSECO 600B  
FRACC. LA MARINA  
TEL. (4669) 101 89 08  
MAZATLÁN SINALOA  
**RADIOLOGÍA E IMAGEN**  
LIB. CARR. No. 2412  
COL. LINDANETA  
TEL. (311) 218 51 94  
TEPEC NAYARIT



UNIDAD DE DIALISIS  
**LA LOMA**

5. Ergonómicamente diseñado que permita el tredelemburg por cada máquina.	5.- Ergonómicamente diseñado que permita el tredelemburg por cada máquina.								
	<table border="1"> <tr><td>Marca:</td><td>CHAMPION</td></tr> <tr><td>Modelo:</td><td>59</td></tr> <tr><td>Referencia:</td><td>Folleto Sillón Champion</td></tr> <tr><td>Página:</td><td>6, 22</td></tr> </table>	Marca:	CHAMPION	Modelo:	59	Referencia:	Folleto Sillón Champion	Página:	6, 22
Marca:	CHAMPION								
Modelo:	59								
Referencia:	Folleto Sillón Champion								
Página:	6, 22								
6. Con sistema de freno con aletas laterales en ambos lados.	6.- Con sistema de freno con aletas laterales en ambos lados.								
	<table border="1"> <tr><td>Marca:</td><td>CHAMPION</td></tr> <tr><td>Modelo:</td><td>59</td></tr> <tr><td>Referencia:</td><td>Folleto Sillón Champion</td></tr> <tr><td>Página:</td><td>6, 9, 22 y 25</td></tr> </table>	Marca:	CHAMPION	Modelo:	59	Referencia:	Folleto Sillón Champion	Página:	6, 9, 22 y 25
Marca:	CHAMPION								
Modelo:	59								
Referencia:	Folleto Sillón Champion								
Página:	6, 9, 22 y 25								

ATENTAMENTE

  
 LIC. FIDEL MUÑOZ PEREZ  
 REPRESENTANTE LEGAL

**CLÍNICA SAN RAFAEL**  
 AV. DEL VALLE 91 PISO 2 INT. 321  
 FRACC. CIUDAD DEL VALLE  
 TEL. (311) 456 27 99  
 TEPIC, NAYARIT.

**CLÍNICA MEZCALES**  
 CARO. MEZCALES SAN VICENTE 260A  
 COL. SAN ISIDRO  
 TEL. (329) 689 73 41  
 MEZCALES NAYARIT

**CLÍNICA PUERTO VALLARTA**  
 AV. LOS TULES 149  
 COL. DIAZ ORDÁZ  
 TEL. (323) 328 31 30  
 PTO. VALLARTA JALISCO.  
**CLÍNICA IXTLÁN DEL RÍO**  
 AV. HIDALGO 122  
 COL. CENTRO  
 TEL. (328) 343 44 96  
 IXTLÁN DEL RÍO, NAYARIT

**CLÍNICA MARINA MAZATLÁN**  
 AV. DR. CARLOS CANSECO 6049  
 FRACC. LA MARINA  
 TEL. (669) 101 89 04  
 MAZATLÁN SINALOYA  
**RADIOLOGÍA E IMAGEN**  
 LIB. CARR No. 3412  
 COL. LIBANISTA  
 TEL. (311) 210 51 94  
 TEPIC, NAYARIT



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

ADJUDICACION DIRECTA  
 NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

**ANEXO T3 (T TRES)**

**"CEDULA DE VERIFICACIÓN DE LAS INSTALACIONES EN LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADAS"**

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

**P**=Ponderación: Requisito **(I)** Indispensable; **(O)** Opcional

**SC**= Si cumple **NC**= No cumple **NA**= No aplica

Se considera solvente cuando acredita el 100% de los Requisitos Indispensables

Participante:	Nombre Unidad Subrogado:	Fecha de la visita:
---------------	--------------------------	---------------------

Domicilio:
Horario de atención:
Nombre del Médico responsable de la unidad de hemodiálisis:

Cuenta con:	
Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General	No Certificado

Unidad de Hemodiálisis	Total m <sup>2</sup>	Se ubica dentro de un Hospital	
a)Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris)		Si	No
	Total Máquinas	Sero positivo	Sero negativo
b)Número de máquinas de Hemodiálisis			
Metros Cuadrados por máquina de hemodiálisis (a/b)			
Marca (s):			
Modelo (s):			

OOAD	Unidad del IMSS		Distancia (km)	Requerimiento Anexo T1 Sesiones	Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida
	Tipo y Número	Localidad		Máximo	936 sesiones mínimo por máquina





No.	Especificación o criterio a verificar	P	SC	NC	NA
	utilización( cánula para aspiración)				
2.7	Cuenta con material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter y fistula	I			
2.8	Sillón Clínico para hemodiálisis	I			
<b>3</b>	<b>Área de lavado y Esterilización</b>				
3.1	Área de lavado y desinfección de material de curación.	O			
3.2	Si el establecimiento de atención médica de hemodiálisis es independiente del hospital debe contar con equipo esterilización, siempre y cuando no se utilice en su totalidad material desechable.	O			
<b>4</b>	<b>Área de tratamiento de agua para hemodiálisis</b>				
4.1	Cisterna con capacidad suficiente para el tamaño del establecimiento de atención médica de hemodiálisis.	I			
4.2	Bombas de impulsión	I			
4.3	Filtros de sedimentación.	I			
4.4	Filtros ablandadores.	I			
4.5	Filtros de carbón activado (2 en línea).	I			
4.6	Ósmosis inversa.	I			
4.7	Filtros de polisulfona o de poliamida después de la ósmosis.	I			
4.8	Tanque de almacenamiento con características especiales para el establecimiento de atención médica de hemodiálisis.	I			
4.9	Red de distribución con llaves para toma de muestras.	I			
<b>5</b>	<b>Servicios Auxiliares</b>				
5.1	Planta eléctrica de emergencia con capacidad para el abastecimiento de la unidad.	I			
5.2	Cuenta con ambulancia para traslado de pacientes propia y/o contrato vigente, , debiendo contar con las características mínimas al menos como se indican en el numeral 4.1.4 Ambulancia de urgencias básicas	I			
5.3	Contrato de prestación de servicio de laboratorio vigente.	I			
<b>6</b>	<b>Manuales y Registros</b>				
6.1	Resultados anual del análisis químico de la calidad del agua.	I			
6.2	Resultado bimestral del análisis bacteriológico de la calidad del agua.	I			
6.3	Manual de procedimientos técnicos del servicio de hemodiálisis	I			
6.4	Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermería	O			
6.5	Manual de operación de la máquina de hemodiálisis (en español).	I			
6.6	Manual de operación de la planta de tratamiento de agua.(en español)	I			
6.7	Archivo Clínico	O			
6.8	En el expediente se archivan las cartas de consentimiento informado	O			
6.9	El expediente se resguarda durante mínimo 5 años	O			
<b>7</b>	<b>Mantenimiento preventivo y correctivo</b>				
7.1	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de las máquinas de hemodiálisis.	I			
7.2	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta de tratamiento de agua.	I			
7.3	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo	I			



No.	Especificación o criterio a verificar	P	SC	NC	NA
	del equipo médico.				
7.4	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta eléctrica de emergencia.	I			
7.5	El personal encargado del mantenimiento cuenta con capacitación específica	I			
7.6	Existe un servicio de Ingeniería Biomédica propio o subrogado, responsable del mantenimiento del equipo	O			
7.7	Existe un plan por escrito para el mantenimiento preventivo del equipo.	I			
<b>8</b>	<b>Equipamiento de la unidad de hemodiálisis</b>				
8.1	Carro rojo con monitor y desfibrilador.	I			
8.2	Electrocardiógrafo	I			
8.3	Báscula	I			
8.4	Silla de ruedas	I			
8.5	Carro de curaciones	I			
8.6	Camilla con barandales	I			
<b>9</b>	<b>Área de consulta médica/Sala de procedimientos para las unidades que no se encuentren dentro de un hospital.</b>				
9.1	Mesa de exploración	I			
9.2	Báscula	I			
9.3	Esfigmomanómetro.	I			
9.4	Estetoscopio	I			
9.5	Negatoscopio	O			
9.6	Carro de curaciones	I			
9.7	Tripiés rodables	O			
9.8	Bancos	O			
9.9	Bancos de altura	O			
9.10	Estuche de diagnóstico	O			
<b>10</b>	<b>Recursos Humanos</b>				
10.1	Certificado de especialización y cédula profesional del personal médico nefrólogo	I			
10.2	Copia títulos o certificados del personal de enfermería.	I			
10.3	Constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses.	I			
10.4	Existe un rol de turnos de los médicos y un registro de su cumplimiento.	O			
10.5	Se cumple con las cantidades planeadas por el establecimiento, de personal de enfermería.	I			
<b>11</b>	<b>Insumos</b>				
11.1	Se tiene un inventario definido para cubrir las necesidades de insumos del establecimiento	O			
11.2	Se cumple con el inventario mínimo establecido	O			
11.3	Se tiene un botiquín para los casos de urgencias y las necesidades más comunes.	I			
<b>12</b>	<b>Comités</b>				
12.1	Se cuenta con un Comité y registro de infecciones dentro del establecimiento de atención médica de hemodiálisis.	O			
<b>POR EL INSTITUTO</b>		<b>POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA</b>			



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

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

No.	Especificación o criterio a verificar	P	SC	NC	NA
JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS		NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS			
VERIFICADOR POR EL INSTITUTO		PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS			
NOMBRE Y FIRMA					



**ANEXO T4 (T-CUATRO)**  
**“CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA”**

Instrucciones: Marque con una “X” el criterio que corresponda.  
 Esta cédula debe ser llenada con los datos generados los últimos 6 meses.

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

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



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

ADJUDICACION DIRECTA  
 NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

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

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

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



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

ADJUDICACION DIRECTA  
 NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

**ANEXO T5 (T CINCO)**  
**"CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE HEMODIALISIS  
 SUBROGADA"**

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

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_

PROVEEDOR:	UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA:
	NÚMERO DE CONTRATO:

AÑO:  MES	PRUEBAS BIOLÓGICAS (BIMESTRAL)		PRUEBAS QUÍMICAS (ANUAL)	
	FECHA MÁXIMA DE ENTREGA	CUMPLE CON ESPECIFICACIONES (SI/NO)	FECHA MÁXIMA DE ENTREGA	CUMPLE CON ESPECIFICACIONES (SI/NO)
FEBRERO				
MARZO				
ABRIL				

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

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

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

70



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

ADJUDICACION DIRECTA  
 NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

**ANEXO T6 (T-SEIS)  
 "CALENDARIO PARA ENTREGA MENSUAL DE CATÉTERES"**

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

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_

PROVEEDOR:	UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA:
	NÚMERO DE CONTRATO:

AÑO:	CATÉTER PERMANENTE	CATÉTER TEMPORAL	TOTAL
MES	CANTIDAD	CANTIDAD	
FEBRERO			
MARZO			
ABRIL			

Lugar:

Fecha:

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

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



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

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

**ANEXO T7 (T SIETE)**  
**"TABLA CIFRAS DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL HEMODIALISIS SUBROGADO"**

PROVEEDOR	Del	OOAD	Tipo	Número	CLV PRES	No. CONTRATO	IMPORTE MENSUAL EJERCIDO	REALIZADO	Modalidad	MES	Año
(Nombre del Proveedor)	(Número de la OOAD)	(Nombre de la OOAD)	(Tipo de la Unidad Médica. Referencia Catálogo de Procedimientos)	(Número de la Unidad Médica)	(Clave presupuestal de la Unidad Médica)	(Número de Contrato)	(Importe Mensual de las Sesiones realizadas)	(Número de Sesiones Realizadas)	(Hemodiálisis Subrogada)	(Del 26 al 25 de cada mes)	(Año)
Razón Social	05	Nayarit	HCZ	6	00000000	No. Contrato	NNNN.dd	NNNNN	HS	09	2023

La parte sombreada es un ejemplo.



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

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

ANEXO T8 (T OCHO)  
"DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS"

UNIDADE MEDICA USUARIA	LOCALIDAD Y DOMICILIO
H.G.Z. No.33	PROLONGACION GOLFO DE MEXICO No. 319 COL. RANCHO SAN CLEMENTE DE LIMA C.P. 63735 SAN VICENTE, BAHIA DE BANDERAS NAYARIT.
U.M.F. No. 16	PROLONGACION MORELOS 86 PTE. COL. CENTRO, ACAPONETA, NAY. CP. 63400
U.M.F. No. 19	JOSEFA ORTIZ DE DOMINGUEZ NO. 1, Y 13 DE SEPTIEMBRE, COL. CENTRO, MEZCALES, MPIO. BAHIA DE BANDERAS, NAY. CP. 63738
U.M.F. No. 22	ING. JESUS J. CASAS Y CONSTITUCION S/N, COL. CENTRO, SAN JUAN DE ABAJO, MPIO. BAHIA DE BANDERAS, NAY. CP. 63730
U.M.F. No. 27	CALLE UNO NO. 171, CONJUNTO HABITACIONAL VALLE DE SAN JOSE, SAN JOSE DEL VALLE, NAY., MPIO. BAHIA DE BANDERAS, NAY. CP. 63733



ANEXO T9 (T NUEVE)  
 "FORMATO DE SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS (4-30-2/03)"

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS		FOLIO: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">2</span>	
SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS (4-30-2/03)			
DELEGACIÓN/UMAE <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">1</span>		Fecha: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">3</span>	
UNIDAD MÉDICA: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">4</span> CLAVE PRESUPUESTAL: TIPO Y NÚMERO: LOCALIDAD:		PACIENTE: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">5</span> NOMBRE: SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No. DE SEGURIDAD SOCIAL AGREGADO CURP:	
SERVICIO QUE DERIVA: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">6</span> NOMBRE: DIRECCIÓN:		RAMO DE SEGURO QUE SE AFECTA: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">9</span> RT <input type="checkbox"/> EG <input type="checkbox"/> MAT <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> PEND <input type="checkbox"/> Spf AM <input type="checkbox"/>	
TIPO DE SERVICIO: ORDINARIO: <input type="checkbox"/> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">7</span> URGENCIA: <input type="checkbox"/> MOTIVO DE SUBROGACIÓN: CS <input type="checkbox"/> FP <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> FI <input type="checkbox"/>		TIPO DE SUBROGACIÓN <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">10</span> ÚNICA <input type="checkbox"/> MÚLTIPLE <input type="checkbox"/> HEMODIÁLISIS SUBROGADA <input type="checkbox"/> VIGENCIA DE DERECHOS <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">11</span>	
DIAGNOSTICO(S) Y RESUMEN CLÍNICO: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">12</span>           			
GRUPO A SUBROGAR: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">13</span> CONSULTA MEDICINA FAMILIAR: <input type="checkbox"/> CONSULTA ESPECIALIDADES: <input type="checkbox"/> CONSULTA DENTAL: <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN MÉDICA: <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA: <input type="checkbox"/> MATERNO INFANTIL: <input type="checkbox"/> AUX DE DX EN LABORATORIO: <input type="checkbox"/> AUX DE DX EN GABINETE: <input type="checkbox"/> AUX DE TRATAMIENTO: <input type="checkbox"/>			
SERVICIO (S) A SUBROGAR <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">14</span> CANTIDAD <input type="text"/> ESPECIFICAR <input type="text"/>   			
PROVEEDOR <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">15</span> NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: <input type="text"/> RFC: <input type="text"/> DOMICILIO: <input type="text"/> TEL: <input type="text"/> CONTRATO No.: <input type="text"/> VIGENCIA DEL: <input type="text"/> AL: <input type="text"/>			
ELABORÓ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">16</span> NOMBRE: <input type="text"/> MATRÍCULA: <input type="text"/> FIRMA: <input type="text"/>		Vo. Bo. JEFE DE SERVICIO <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">17</span> NOMBRE: <input type="text"/> MATRÍCULA: <input type="text"/> FIRMA: <input type="text"/>	
AUT. DIRECTOR UNIDAD <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">18</span> NOMBRE: <input type="text"/> MATRÍCULA: <input type="text"/> FIRMA: <input type="text"/>		CONSTANCIA DE QUE EL SERVICIO SE RECIBIÓ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">19</span> NOMBRE: <input type="text"/> PACIENTE: <input type="checkbox"/> FAMILIAR: <input type="checkbox"/> RESPONSABLE: <input type="checkbox"/> PARENTESCO: <input type="text"/> DIRECCIÓN: <input type="text"/> TEL: <input type="text"/> FECHA: <input type="text"/> FIRMA: <input type="text"/>	



Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-/03)

INSTRUCTIVO DE LLENADO

- | No.   | DATO  | ANOTAR   |
|---|---|--|
| 1   | <b>OOAD</b>                                     | El nombre de la OOAD de la cual depende la unidad médica.  |
| 2   | <b>Folio</b>                                    | 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 pre impreso. 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   | <b>Fecha</b>                                    | 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   | <b>Unidad Médica</b>                            | La clave presupuestal, el tipo, número y su localidad. (Ejem. UMF 4, San Mateo del Mar, Oax.).   |
| 5   | <b>Paciente</b>                                 | Los datos que identifican a la o el paciente como son: apellido paterno, materno y el o los nombres, sexo y número de seguridad social con su agregado y su CURP.  |
| 6   | <b>Servicio que deriva</b>                      | El nombre del departamento donde se genera la solicitud del Servicio/ Departamentos (consulta externa de medicina familiar o especialidad, urgencias, cirugía, medicina interna, pediatría o ginecología y obstetricia y en su caso, la sub especialidad).   |
| 7   | <b>Tipo de servicio</b>                         | Con una X ordinario o urgente, de acuerdo a la oportunidad con la que determine la o el médico tratante debe recibir el servicio la o el paciente.   |
| 8   | <b>Motivo de subrogación</b>                    | CS: carencia del servicio, FP: falta de personal, FE: falta de equipo o equipo descompuesto, FI: falta de insumos.   |
| 9   | <b>Ramo de seguro que se afecta</b>             | Con una X el recuadro que corresponda, apoyándose de los medios propicios para su adecuada identificación, inclusive con interrogatorio a la o el paciente o su acompañante.(RT: riesgo de trabajo; EG: enfermedad general MAT maternidad; IV: invalidez y vida; PEN: pensionado; SpFAM: seguro de salud para la familia). |
| 10  | <b>Tipo de subrogación</b>                      | Con una X el recuadro que corresponda según sea el caso, única si el servicio subrogado se otorga por única ocasión, múltiple cuando el servicio se otorga por más de una ocasión o Hemodiálisis Subrogada cuando la o el paciente es enviado a este programa.   |
| 11  | <b>Vigencia de derechos</b>                     | La certificación que hace el área de control de prestaciones antes del visto bueno de la o el Jefe de Servicio o Jefe de Departamento Clínico.   |
| 12  | <b>Diagnóstico y Resumen clínico</b>            | El nombre de los procedimientos o los diagnósticos de certeza o presuncional, y todos aquellos signos o síntomas que sustenten la solicitud del servicio, los cuales serán evaluados y sancionados en su oportunidad por la o el Jefe de Departamento Clínico y/o la o el Director o encargado de la unidad médica.        |
| 13  | <b>Grupo a subrogar</b>                         | Con una X en el grupo a subrogar que corresponda el estudio a practicar ejemplo: Tomografía pertenece a Auxiliares de Diagnostico Gabinete.  |
| 14  | <b>Servicio (s) a subrogar</b>                  | La cantidad y el tipo de servicio que se requiere practicar a la o el paciente para su atención.   |
| 15  | <b>Proveedor</b>                                | 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.  |
| 16  | <b>Elaboró</b>                                  | Nombre, matrícula y firma de la o el responsable de su elaboración.  |
| 17  | <b>Vo. Bo.</b>                                  | Jefe de Servicio Nombre, matrícula y firma.  |
| 18  | <b>Aut. del Director de la Unidad</b>           | Nombre, matrícula y firma de la o el Director de la unidad médica o de quien él designe.   |
| 19  | <b>Constancia de que el servicio se recibió</b> | Datos generales de la o el paciente, familiar o responsable que firmará después de recibir el SS.  |



ANEXO T9 BIS (T NUEVE BIS)  
"CARACTERISTICAS DE OPERACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIALISIS SUBROGADA"

Observación	Propuesta de mejora
Reprocesamiento de dializadores	"EL PROVEEDOR" de hemodiálisis podrá hacer reprocesamiento de dializadores siempre y cuando sea de manera automatizada, en apego a lo establecido en la NOM para hemodiálisis y en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud en materia de equipamiento en lo correspondiente a la descripción del dispositivo de reprocesamiento de los dializadores.
Acceso vascular permanente	La implantación del acceso vascular definitivo será responsabilidad de "EL PROVEEDOR", mismo que deberá garantizar un acceso vascular funcional. Las complicaciones de tipo infeccioso y el agotamiento de accesos vasculares serán tratadas en medio hospitalario, procurando no suspender las sesiones de hemodiálisis.
Paciente grave o inestable	La referencia de pacientes bajo condiciones de gravedad o inestabilidad hemodinámica o respiratoria deberá evitarse y ser tratados en medio hospitalario hasta su mejoría y garantizar su seguridad en el traslado a la unidad de hemodiálisis subrogada. Para la mejor recepción del paciente es indispensable la comunicación entre la autoridad médica del IMSS con el responsable médico de la unidad subrogada.
Pacientes puérperas o embarazadas	Las mujeres puérperas o embarazadas estables termodinámicamente deberán ser incluidas para recibir el tratamiento de hemodiálisis ajustado a sus necesidades individuales.
Prescripción de la sesión de hemodiálisis	La prescripción de la hemodiálisis será por parte del médico Nefrólogo de la unidad, de manera individualizada en cada paciente, en apego a la NOM para la práctica de la Hemodiálisis; y deberá garantizar un Kt/v de 1.2 a 1.4.
Formato de referencia	Todo paciente referido a tratamiento de hemodiálisis subrogada deberá contar con formato 4-30-02/3, el cual deberá contar con sello de vigencia de derechos y especificar la temporalidad del tratamiento, para fines de este tratamiento se entenderá por TEMPORAL al paciente que es referido para ser tratada por un tiempo máximo de 12 semanas; y DEFINITIVO al paciente que es referido para recibir tratamiento de manera permanente, en cuyo caso el formato ampara desde la fecha de envío hasta el último del año; y el formato deberá ser actualizado cada año.
En relación a la atención de pacientes en día domingo	La unidad de hemodiálisis subrogada deberá garantizar la seguridad del paciente mediante la sanitización, desinfección, mantenimiento preventivo y correctivo, para lo cual destinará un día de la semana para realizarlo.
El proveedor garantizará la continuidad del tratamiento a los pacientes que cursen con infección por COVID-19, en ninguno de los casos deberá suspender la sesión de hemodiálisis. Por lo que deberá implementar estrategias que permitan establecer las medidas de prevención necesarias para evitar la propagación del virus (cambios de horario, último turno, turno COVID).	<p>El personal médico y paramédico durante la atención del paciente deberán portar equipo de protección personal (bata desechable, cubrebocas, lentes protectores y careta).</p> <p>Para evitar la transmisión del virus COVID-19, el médico responsable de la unidad de hemodiálisis implementará una área de triage previo al ingreso del paciente a la sesión, en donde determina el envío al servicio de urgencias médicas del hospital correspondiente y de informar al servicio de epidemiología para seguimiento del caso.</p> <p>En la sala de espera podrán permanecer los familiares de los pacientes que requieren de apoyo, siempre respetando las medidas de distanciamiento.</p> <p>Trazar rutas de entrada y salida de pacientes con la finalidad de evitar aglomeraciones con los pacientes en los cambios de turno.</p>



**ANEXO T10 (T DIEZ)**  
**"CEDULA DE VERIFICACIÓN DE PROTECCIÓN CIVIL Y SEGURIDAD EN UNIDADES DE HEMODIÁLISIS"**

ANEXO T 10 (T diez)

"Cédula de verificación de protección civil y seguridad en unidades de hemodiálisis"

Nombre de Unidad:

Domicilio:

Calle con Número:

Colonia:

Municipio o Delegación:

Entidad:

Director:

Número	Programa Interno de Protección Civil	Si Cumple	No Cumple
1	Tiene el Programa Interno de Protección Civil vigente y aprobado por la autoridad estatal o municipal.		
Número	Licencias, Dictámenes y Certificaciones	Si Cumple	No Cumple
2	Tiene Licencia de uso de suelo, constancia de seguridad estructural, Licencia de funcionamiento, dictamen de instalaciones eléctricas y de gas, visto bueno de bomberos, contrato del sistema de alarma, póliza de seguro de responsabilidad civil, contrato del servicio de seguridad física, certificación anual del mantenimiento y recarga de extintores, bitácoras de mantenimiento.		
Número	Capacitación y adiestramiento en materia de Protección Civil	Si Cumple	No Cumple
3	Constancia de capacitación otorgada por empresa autorizada o por la autoridad local, de al menos el 60% de todo el personal, en el uso de extintores y procedimientos de evacuación, así como de capacitación de los integrantes de la Unidad Interna de Protección Civil.		
Número	Simulacros	Si Cumple	No Cumple
4	Acredita con evidencia documental y fotográfica la realización de simulacros en el número establecido por la autoridad estatal o municipal y por lo menos uno con hipótesis de incendio.		
Número	Equipo de identificación y protección personal para integrantes de las brigadas de protección civil	Si Cumple	No Cumple
5	Cada brigadista cuenta como mínimo con chaleco o brazalete de identificación, casco protector, guantes (carnaza y/o hule), lámpara sorda y silbato.		



Número	Sistema de Alarma	Si Cumple	No Cumple
6	Cuenta con panel de control, batería de respaldo, señal de alerta estroboscópica y auditiva, botón o palanca de pánico y está enlazada a una central o servicio de emergencia.		
Número	Detectores de incendio	Si Cumple	No Cumple
7	Hay un detector por cubículo, por pasillo, y en superficies mayores, uno por cada 80 metros cuadrados; instalación cableada e integrados al sistema de alarma y conectados a un tablero con indicadores luminosos.		
Número	Extintores	Si Cumple	No Cumple
8	Están ubicados a una distancia máxima de 15 m entre uno y otro, a una altura máxima de 1.5 metros a la parte más alta del equipo, con carga vigente, colocados en sitios visibles de fácil acceso y libres de obstáculos, sobre los trayectos habituales del personal o de las rutas de evacuación.		
Número	Rutas de Evacuación	Si Cumple	No Cumple
9	Pasillos, corredores, rampas y escaleras que sean parte de las rutas de evacuación, deben estar señalizadas, iluminadas y libres de obstáculos, que permitan la circulación de dos personas adultas simultáneamente y la distancia a recorrer desde el punto más alejado del interior de la unidad no deberá ser mayor a 40 metros hacia la ruta de evacuación, en caso contrario el tiempo máximo de evacuación a un lugar seguro deberá ser de 3 minutos.		
Número	Salidas de emergencia	Si Cumple	No Cumple
10	Cuenta con al menos una salida de emergencia, con ancho mínimo de 1.20 metros y 2.10 metros de altura, abatible en sentido de la salida, con su respectivo cierre automático y con barra de pánico colocada entre 1.05 y 1.30 metros de altura, o con algún otro mecanismo que permita abrirla desde el interior, mediante una operación simple de empuje, con sistema de detección de apertura y debidamente identificada.		
Número	Iluminación de Emergencia	Si Cumple	No Cumple
11	Iluminación de emergencia, ubicada en rutas de evacuación, salidas de emergencia y cualquier variación o desnivel de piso; debe garantizar su funcionamiento automático cuando se interrumpa la energía eléctrica.		



Número	Señalización	Si Cumple	No Cumple
12	Cuenta con señalización de protección civil que la población pueda identificar visualmente los mensajes de información, precaución, prohibición y obligación, como son las rutas de evacuación, zonas de menor riesgo, rutas de evacuación, puntos de reunión, extintores, etc.		
Número	Punto de Reunión	Si Cumple	No Cumple
13	Cuenta con un punto de reunión externo que consiste en un área segura fuera de los límites del predio de la unidad de hemodiálisis, validado por la autoridad municipal y/o un tercer acreditado.		
Número	Película de Protección en cristales	Si Cumple	No Cumple
14	El Programa Interno de Protección Civil, de acuerdo a los riesgos detectados, establece la necesidad de aplicar a los cristales de ventanas y puertas una película de protección que los hace inastillables y la unidad de hemodiálisis ya cuenta con ella, o no se requiere.		
Número	Escalera y rampas de acceso	Si Cumple	No Cumple
15	Las escaleras tienen un ancho mínimo de 0.90 metros, la huella de los escalones tiene un ancho mínimo de 0.27 metros, los escalones tienen como máximo una altura de 0.23 metros y cuenta con material antiderrapante, con dos pasamanos fijos a una altura de 0.60 y 0.90 metros; cuentan al menos con un descanso; el ancho de los descansos es igual o mayor a la anchura reglamentaria de la escalera.  Rampas con un mínimo de 1.20 metros de ancho y pendiente no mayor de 8%, el acabado de la rampa con textura antiderrapante y barandales a 0.90 metros para adultos y a 0.60 metros para menores.		
Número	Material de construcción y mobiliario con retardante al fuego	Si Cumple	No Cumple
16	Cuenta con retardante al fuego en paredes que no son de ladrillo, postes, vigas y techumbres de madera.		
Número	Evaluación de Riesgos de Ubicación	Si Cumple	No Cumple
17	Presenta documento emitido por parte de la autoridad estatal o municipal, que determina que con base en el Atlas de Riesgos de su jurisdicción, la ubicación de la unidad de hemodiálisis, no representa riesgo de afectación a la población y al inmueble, habiendo verificado		



	<p>que el domicilio del inmueble observa como mínimo las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Está ubicada a menos de 150 metros de una gasolinera</li><li>b) Está instalada a menos de 150 metros de una estación de gas</li><li>c) Está establecida a menos de 150 metros de Fábricas, bodegas de productos peligrosos (principalmente inflamables) y otras industrias riesgosas (químicos, termoeléctricas, etc.)</li><li>d) Está situada a menos de 100 metros de ductos de PEMEX (que conduzcan sustancias combustibles)</li><li>e) Ubicada a menos de 100 metros de ductos de Gas Natural</li><li>f) Está establecida a menos de 100 metros de torres de alta tensión o ductos de electricidad de alta tensión</li><li>g) Ubicada contigua a pastizales, arboledas, bosques, bodegas con material peligroso con potencial de incendio según el Atlas de Riesgos.</li><li>h) Radicada en zona de alto riesgo de inundación con base en el Atlas de Riesgos.</li><li>i) Ubicada en inmediación de cerros o laderas con riesgo de deslave con base en el Atlas de Riesgos.</li></ul>		
--	---	--	--

**Nota:** El incumplimiento de alguno de los puntos implicaría el no cumplimiento de la propuesta del licitante en lo que respecta al tema de protección civil y seguridad.

<p>POR EL INSTITUTO</p>	<p>DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS</p>
<p>Personal designado por la Delegación ó UMAE</p>	
<p>VERIFICADOR POR EL INSTITUTO</p>	<p>VERIFICADOR POR LA UNIDAD DE HEMODIALISIS</p>
<p>Técnico Especialista en Seguridad en el Trabajo</p>	



"EL PROVEEDOR" deberá cumplir con los siguientes puntos de seguridad en todos los domicilios propuestos:

No	Sistema de Alarma*	Valor
1	Sistema de alarma cuenta con panel de control, batería de respaldo, señal de alerta visual y auditiva (sirena y luz estrobo), está enlazada a una central o servicio de emergencia.	5
	Sistema de alarma cuenta con panel de control, batería de respaldo, señal de alerta visual y auditiva (sirena y luz estrobo), pero no está enlazada a una central o servicio de emergencia.	3
	No cuenta con sistema de alarma o al existente le faltan dos o más de los elementos solicitados.	0
<b>Detectores de Humo*</b>		Valor
2	Hay un detector por cubículo, por pasillo, y en superficies mayores, uno por cada 80 metros cuadrados; instalación cableada e integrados al sistema de alarma y conectados a un tablero con indicadores luminosos.	5
	Al menos cuenta con un detector por cubículo o en superficies mayores, uno por cada 80 metros cuadrados; pero su funcionamiento es únicamente a base de batería y tiene bitácora de mantenimiento semanal.	3
	No hay detectores de humo en el número requerido.	0
<b>Extintores*</b>		Valor
3	Colocados a 15 metros desde cualquier lugar ocupado, a una altura máxima de 1.5 metros a la parte más alta del equipo, con carga vigente, en sitios visibles y señalizados, de fácil acceso y libres de obstáculos, cerca de puertas y trayectos normalmente recorridos.	5
	No cuenta con el número de extintores requeridos y/o no cumplen con las características solicitadas.	0
<b>Iluminación de Emergencia</b>		Valor
4	Iluminación de emergencia, ubicada en rutas de evacuación, áreas de tránsito y donde la interrupción de la fuente de luz artificial representa un riesgo; debe entrar en funcionamiento automático, enciende una o más lámparas cuando el flujo de corriente eléctrica se interrumpe.	3
	Cumple con todo lo solicitado, excepto que no entra en funcionamiento automático.	1
	No cuenta con iluminación de emergencia.	0
<b>Película de Protección en Cristales</b>		Valor
5	El Programa interno de Protección Civil, de acuerdo a los riesgos detectados, establece la necesidad de aplicar a los cristales de ventanas y puertas una película de protección que los hace inastillables y el establecimiento ya cuenta con ella, o no se requiere.	5
	El Programa interno de Protección Civil establece la necesidad de aplicar película de protección a los cristales, pero no se ha aplicado.	0
<b>Capacitación</b>		Valor
6	Constancia de capacitación del personal en el uso de extintores y procedimientos de evacuación, así como de capacitación de los integrantes de la unidad interna de protección civil.	5
	Sólo parte del personal cuenta con constancia de capacitación en el uso de extintores o procedimientos de evacuación.	3
	No se tiene constancia de la capacitación.	0
<b>Salida de Emergencia*</b>		Valor
7	Se cuenta con salida de emergencia y la apertura de las puertas de salida es hacia el sentido de la misma, cuenta con mecanismo de apertura desde adentro y no tiene seguros puestos durante horas laborales y está debidamente identificada.	5
	No cumple alguna de las características solicitadas.	0
<b>Programa Interno de Protección Civil*</b>		Valor
8	Programa Interno de Protección Civil y Brigadas aprobado por la autoridad de Protección Civil.	5



No	Sistema de Alarma*	Valor
	Se tiene el Programa Interno de Protección Civil en proceso de aprobación por la autoridad en Protección Civil.	3
	No se cuenta con el Programa Interno de Protección Civil.	0
	<b>Simulacro de Evacuación*</b>	Valor
9	Acredita la realización de simulacro, en el número establecido por la autoridad local en materia de protección civil y por lo menos uno, con hipótesis de Incendio por lo menos 1 vez al año y la evacuación del Inmueble se efectúa en el tiempo estipulado por la autoridad en la materia.	5
	Acredita la realización de simulacro, en el número establecido por la autoridad local en materia de protección civil y por lo menos uno, con hipótesis de Incendio por lo menos 1 vez al año y la evacuación del Inmueble se efectúa en mayor tiempo al estipulado por la autoridad en la materia.	3
	No acredita el simulacro	0
	<b>Licencias y Dictámenes*</b>	Valor
10	Cuenta con el visto bueno de la autoridad de Protección Civil, con bitácoras de mantenimiento de instalaciones eléctricas y del gas.	5
	Cuenta con los documentos señalados, salvo el mantenimiento de instalaciones eléctricas y gas.	3
	Faltan los documentos señalados.	0
	<b>Señalización</b>	Valor
11	Las rutas de evacuación, pasillos de rutas de evacuación y puntos de reunión cuenta con señalización que indican la dirección de la ruta que conduce hacia una zona de seguridad previamente establecida e identificada o punto de reunión.	3
	No cuenta con señalización de rutas de evacuación, pasillos de rutas de evacuación y puntos de reunión.	0
	<b>Rutas de Evacuación y Puntos de reunión</b>	Valor
12	Pasillos, corredores, rampas y escaleras que sean parte del área de salida (ruta de evacuación) deben estar libres de obstáculos y permitir la circulación de dos personas adultas simultáneamente, y la distancia del recorrido de cualquier punto a la salida no deberá ser mayor a 40 metros.	3
	La distancia del recorrido de cualquier punto a la salida es mayor a 40 metros.	0
	<b>Escaleras</b>	Valor
13	El inmueble es de una sola planta o en caso de ser de dos plantas, las escaleras tienen un ancho mínimo de 0.90m, con pasamanos fijos a una altura de 0.90m y baranda colocada a una distancia intermedia entre el barandal y la paralela formada con la altura media del peralte de los escalones; los elementos verticales de los barandales (balaustres) se encuentran colocados en cada escalón, en caso de que no se cuente con baranda ó a cada 4 escalones en caso de contar con ella, y presenta material antiderrapante.	3
	No cumple con alguno de los requerimientos anteriores	0
	<b>Puertas Internas</b>	Valor
14	Las puertas internas tienen como mínimo de 0.90 mts de ancho y su abatimiento no obstaculiza el sentido de la ruta de evacuación.	3
	Su abatimiento obstaculiza el sentido de la ruta de evacuación.	1
	Las puertas no tienen la medida señalada.	0

Un puntaje "0" en cualquiera de los parámetros señalados con un asterisco (\*) que a continuación se enlistan, imposibilita la contratación del Servicio Subrogado:

Sistema de Alarma  
Detectores de Humo  
Extintores



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

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

No	Sistema de Alarma*	Valor
----	--------------------	-------

Salida de Emergencia  
Programa de Protección Civil  
Simulacros de Evacuación  
Licencias y Dictámenes y certificaciones

Referencia para contratación		
No se contrata	Contratación condicionada	Contratación
Rojo	Amarillo	Verde
0 a 19	20 a 45	46 a 60

- La verificación de los puntos de seguridad de la unidad médica subrogada, estará a cargo del Departamento de Conservación y Servicios Generales y la Coordinación de Salud en el Trabajo de la Delegación y se llevará a cabo en los domicilios de las instalaciones propuestas por el prestador de servicios, a partir del día siguiente a la recepción de propuestas hasta antes de la fecha de asignación, mismos que establecerán comunicación con el prestador de servicios para hacerle de conocimiento la fecha y hora programada.
- Al proveedor que obtenga una puntuación de 20 a 45 puntos y que su contratación sea condicionada, a los 90 días después de la firma del contrato se realizará una nueva verificación de los puntos de seguridad, en la que se deberá observar que el proveedor se encuentra en una puntuación entre 46 y 60 puntos, el incumplimiento a esta disposición ocasionara la rescisión del contrato respectivo.



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

ADJUDICACION DIRECTA  
 NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

**ANEXO TI 1 (TI UNO)**  
**"SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7 2023"**

EN HOJA MEMBRETADA DE LA EMPRESA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 CONVOCANTE

**[NOMBRE]**, EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA **[NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PARTICIPANTE O DISTRIBUIDOR]**, MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

POR MEDIO DE LA PRESENTE ME PONGO EN CONTACTO [administrador del contrato y/o área requirente] DEL IMSS A EFECTO DE SOLICITAR LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE MENSAJES HL7 VERSION 3.0 DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN OFERTADO EN EL PROCESO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA: \_\_\_\_\_ EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PLAZOS ESTABLECIDOS EN EL MISMO, POR LA CONVOCANTE.

LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PARTICIPANTE

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO**

No.	DATO	ANOTAR
1	Convocante o Área Adquiriente	Nombre de la convocante o área adquiriente
2	Nombre	Nombre completo del representante legal
3	Nombre o razón social del participante	Nombre o razón social de la empresa participante
4	Lugar y Fecha	Lugar y fecha de elaboración
5	Nombre y Firma	Nombre (s), apellido paterno, materno y firma del representante legal de la empresa participante



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

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL  
AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

## ANEXO NÚMERO TI 2 (TI DOS) "ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD"

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

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

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

### CLÁUSULAS

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

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

**Segunda.- Obligación de No-Divulgación.-** **"EL PROVEEDOR"** reconoce que queda prohibida su difusión y/o utilización total o parcial en su favor o de terceros ajenos a la relación contractual, por cualquier medio, entre otros de manera enunciativa más no limitativa: vía oral, impresa, electrónica, magnética, óptica y en general por ningún medio conocido o por desarrollar, conforme a lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (LFPDPPP), la Ley Federal de Protección a la Propiedad Industrial, la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y en lo aún aplicable Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Si no se cumplen los términos de las leyes antes mencionadas serán sancionados en base a lo que estipule cada una de las mismas.

En este sentido, acepta que la prohibición señalada en el párrafo anterior, comprende inclusive, en forma enunciativa más no limitativa, que no se podrá llevar a cabo la difusión de la información con fines de lucro, comerciales, académicos, educativos o para cualquier otro, por lo que **"EL PROVEEDOR"** se responsabiliza del uso y cuidado de la información, a nombre propio y

de las personas que formen parte del mismo, así como del personal directivo, administrativo y operativo que las conformen.

Adicionalmente, **"EL PROVEEDOR"** se obliga a lo siguiente:

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

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



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

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL  
AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

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

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

La duración del presente Documento será la menor de entre las siguientes:

• 1 (un) año contado a partir de la fecha de firma de este Acuerdo de Confidencialidad. El plazo de 1 (un) año antes mencionado podrá ser prorrogado, una o más veces, por voluntad de las Partes por periodos adicionales de 1 (un) año cada uno, en cuyo caso dichas prórrogas deberán constar por escrito y estar firmadas por ambas Partes o reducido en caso de vigencia de contrato menor a 1 (un) año.

Este documento solamente podrá ser modificado mediante consentimiento de las partes, otorgado por escrito.

El presente documento se regirá por las leyes vigentes en la Ciudad de México. Para todo lo relacionado con la interpretación y cumplimiento del presente Documento las Partes se someten a la jurisdicción y competencia de los Tribunales competentes en la Ciudad de México, expresamente renunciando a cualquier otro fuero que pudiera corresponderles por razón de sus domicilios presentes o futuros o por cualquier otra causa.

Este documento se firma por duplicado al calce de cada una de sus hojas útiles por ambos lados, quedando un original en poder de cada una de las Partes, en \_\_\_\_\_ el [día] de [mes] de 20[año] en la oficina del Administrador del Contrato.

[Nombre del Proveedor Adjudicado]
Nombre y firma del responsable IMSS



**REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR POR EL SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS DEL PROVEEDOR, PARA EL REGISTRO DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**

El Sistema del proveedor para el Servicio de Hemodiálisis subrogada deberá generar un reporte que contenga el Registro de las Sesiones Otorgadas a los Paciente autorizados para el pago de las mismas.

El reporte deberá ser generado en un formato de datos basado en el estándar ECMA-262 de JavaScript conocido como **Json** (JavaScript Object Notation) el cual es un formato de intercambio de datos ligero, basado en texto y en un subconjunto de notación literal del lenguaje de programación el cual presenta las siguientes características y ventajas:

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

JSON está constituido por dos estructuras:

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

Cada registro de sesión requiere los siguientes datos:

- Nombre del Paciente
- Primer Apellido del Paciente
- Segundo Apellido del Paciente
- Número de Seguridad Social
- Agregado Médico
- Fecha y hora de inicio de sesión de Hemodiálisis
- Clave del Programa de Diálisis
- Clave CIE-10 del Diagnóstico de la Sesión
- Complemento del Diagnóstico de la Sesión
- Primer Apellido del Médico Tratante
- Segundo Apellido del Médico Tratante
- Nombre del Médico Tratante
- Matrícula del Médico Tratante
- Cédula del Médico Tratante
- Clave de la Vía de Acceso Vascular
- Clave de Heparinización
- Primer Apellido del Personal que inicia la sesión
- Segundo Apellido del Personal que inicia la sesión
- Nombre del Personal que inicia la sesión
- Matrícula del Personal que inicia la sesión
- Para cada material utilizado en la sesión del paciente:
  - Clave del Material
  - Cantidad utilizada
- Para cada medicamento suministrado al paciente:
  - Clave del medicamento
  - Fecha y hora de suministro
  - Vía de suministro
  - Dosis suministrada



- Para cada Medición (Manual y Automatizada) tomada al paciente antes, durante y al finalizar la sesión
  - Fecha y Hora en que se toma la medición
  - Clave de la medición
  - Resultado de la medición
- Para cada signo o síntoma presentado por el paciente antes, durante o al finalizar la sesión
  - Clave del signo o síntoma presentado
- Primer Apellido del Personal que finaliza la sesión
- Segundo Apellido del Personal que finaliza la sesión
- Nombre del Personal que finaliza la sesión
- Matrícula del Personal que finaliza la sesión
- Fecha y hora de fin de la sesión
- Número de Serie de la Máquina de Hemodiálisis en la que se dio la sesión al paciente
- Número de sesión de hemodiálisis recibida por el paciente
- Observaciones realizadas durante la sesión
- Clave del motivo de suspensión de la sesión
- Clave Presupuestal de la Unidad Médica que realiza la sesión
- Fecha y hora de registro de la sesión
- Tipo de Mensaje
- Clave del Servicio Contratado
- RFC del Proveedor
- Identificador de la Aplicación
- Número del Contrato

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

Arreglo	Dato	Nombre del objeto	Tipo de dato	Longitud del dato	Presentación del dato	Restricciones	Requerido/Opcional	Catálogo S/N
	Nombre del Paciente	nombre	Varchar	50			Requerido	
	Primer Apellido del Paciente	ap_paterno	Varchar	50			Requerido	
	Segundo Apellido del Paciente	ap_materno	Varchar	50			Requerido	
	Número de Seguridad Social	nss	Varchar	10			Requerido	
	Agregado Médico	agrmedico	Varchar	8			Requerido	
	Fecha y hora de inicio de sesión de Hemodiálisis	fechaAtencion	datetime	*	Aaaa-mm-ddThh:mm:ss.SSS	Se requiere un formato de 24 hrs	Requerido	
	Clave del Programa de Diálisis	progDialisis	smallint	*			Requerido	S
	Clave CIE-10 del Diagnóstico de la Sesión	cveCIE10	char	4	De acuerdo al código internacional al CIE 10		En caso de contar con la clave CIE-10 es requerido enviarla	S
	Complemento del Diagnóstico de la Sesión	complementoDiagnostico	varchar	200			En caso de enviar vacío CIE-10, este campo es Obligatorio	
	Primer Apellido del Médico Tratante	apellidoPaternoTratante	varchar	50			Requerido	
	Segundo Apellido del Médico Tratante	apellidoMaternoTratante	varchar	50			Opcional	



Arreglo	Dato	Nombre del objeto	Tipo de dato	Longitud del dato	Presentación del dato	Restricciones	Requerido/Opcional	Catálogo S/N
	Nombre del Médico Tratante	nombreTratante	varchar	50			Requerido	
	Matrícula del Médico Tratante	matriculaTratante	varchar	10			Requerido	
	Cédula del Médico Tratante	cedulaTratante	varchar	20			Opcional	
	Clave de la Vía de Acceso Vascular	viaAcceso	smallint	*			Requerido	S
	Primer Apellido del Personal que inicia la sesión	apellidoPaternalInicioSesion	varchar	50			Requerido	
	Segundo Apellido del Personal que inicia la sesión	apellidoMaternalInicioSesion	varchar	50			Opcional	
	Nombre del Personal que inicia la sesión	nombreInicioSesion	varchar	50			Requerido	
	Matrícula del Personal que inicia la sesión	matriculaInicioSesion	varchar	10			Requerido	
materiales	Clave del Material	cveMaterial	smallint	4			Requerido	S
	Cantidad utilizada	cantidadUtilizada	integer	2			Requerido para materiales Opcional para Heparinización	
medicamentos	Clave del medicamento	cveMedicamento	char	14		Clave correspondiente de acuerdo al cuadro básico de medicamentos del IMSS	Requerido	S
	Fecha y hora de suministro	fechaSuministro	datetime	*	Aaaa-mm-ddThh:mm:ss.SSS	Se requiere un formato de 24 hrs	Requerido	
	Vía de suministro	viaSuministro	integer	*			Requerido	S
	Dosis suministrada	dosisSuministrada	varchar	20			Requerido	
mediciones	Fecha y Hora en que se toma la medición	fechaTomaMedicion	datetime	*	Aaaa-mm-ddThh:mm:ss.SSS	Se requiere un formato de 24 hrs	Requerido	
	Clave de la medición	cveMedicacion	integer	*		Para cada tipo de medición se puede tener dos opciones de origen: - Manual, realizado por el personal médico - Máquina, registrado por la máquina de hemodiálisis Se espera recibir por lo menos un grupo de cada tipo de medición Estas mediciones se generan antes durante y al finalizar la sesión	Requerido	S
	Resultado de la	resultadoM	numeri	10,5		Se requiere consultar	Requerido	



Arreglo	Dato	Nombre del objeto	Tipo de dato	Longitud del dato	Presentación del dato	Restricciones	Requerido/Opcional	Catálogo S/N
	medición	edicion	c			los catálogos de clave de medida y tipo de medida		
síntomas	Clave del signo o síntoma presentado	cveSintoma	integer	*			Opcional	S
	Primer Apellido del Personal que finaliza la sesión	apellidoPaternoFinalizaSesion	varchar	50			Requerido	
	Segundo Apellido del Personal que finaliza la sesión	apellidoMaternoFinalizaSesion	varchar	50			Requerido	
	Nombre del Personal que finaliza la sesión	nombreFinalizaSesion	varchar	50			Requerido	
	Matrícula del Personal que finaliza la sesión	matriculaFinalizaSesion	varchar	10			Requerido	
	Fecha y hora de fin de la sesión	fechaFinSesion	datetime	*	Aaaa-mm-ddThh:mm:ss.SSS	Se requiere un formato de 24 hrs	Requerido	
	Número de Serie de la Máquina de Hemodiálisis en la que se dio la sesión al paciente	numeroSerieEquipo	char	18			Requerido	
	Número de sesión de hemodiálisis recibida por el paciente	numeroSesionHemodialisis	char	18			Requerido	
	Observaciones realizadas durante la sesión	observaciones	varchar	4000			Opcional	
	Clave del motivo de suspensión de la sesión	motivoSuspension	char	18			Requerido en caso de no completarse la sesión	S
	Clave Presupuestal de la Unidad Médica que realiza la sesión	cvePresupuestal	varchar	12		Dato obtenido del catálogo de unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Requerido	S
	Fecha y hora de registro de la sesión	fechaRegistro	datetime	*	Aaaa-mm-ddThh:mm:ss.SSS	Se requiere un formato de 24 hrs	Requerido	
	Tipo de Mensaje	tipoMensaje	varchar	4		Mensajes ya definidos por el sistema	Requerido	S
	Clave del Servicio Contratado	servicioContratado	numero	3		Dato obtenido del catálogo de servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social	Requerido	S
	RFC del Proveedor	rfcProveedor	varchar	13		Este dato corresponde proveedor que firma la licitación con el	Requerido	



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

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

Arreglo	Dato	Nombre del objeto	Tipo de dato	Longitud del dato	Presentación del dato	Restricciones	Requerido/Opcional	Catálogo S/N
						Instituto Mexicano del Seguro Social		
	Identificador de la Aplicación	idAplicacion	char	18		Dato proporcionado por el Instituto Mexicano del Seguro Social	Requerido	
	Número del Contrato	numeroContrato	varchar	30		Dato proporcionado por el Instituto Mexicano del Seguro Social	Requerido	

X



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

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL  
AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

**ANEXO TI 4 (TI CUATRO)  
"DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE"**

**DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS**

**[HOJA MEMBRETADA POR EL PROVEEDOR DEL SERVICIO]**

**[LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL OFICIO]**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ATENCIÓN:  
P R E S E N T E

Estimado [TITULAR DE LA DIVISIÓN AL MOMENTO DE EXPEDICIÓN] a nombre de mi representada [NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR QUE OTORGA EL SERVICIO] me permito por medio del presente dar a conocer los datos de contacto de la persona(s) responsable(s) de establecer comunicación entre el Instituto y nuestra representada para todo lo referente al Sistema de Información, de acuerdo al Anexo TI 4 (TI CUATRO), los cuales se detallan a continuación:

- [NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE]
- [CARGO DEL REPRESENTANTE]
- [DIRECCIÓN COMPLETA DEL REPRESENTANTE]
- [TELÉFONO Y EXTENSIÓN]
- [CORREO ELECTRÓNICO]

Lo anterior para dar cumplimiento con lo requerido en el contrato [NUMERO DE CONTRATO VIGENTE ENTRE EL PROVEEDOR Y EL INSTITUTO] de fecha [LA FECHA DEL CONTRATO] como prestación del Servicio Integral de Hemodiálisis Subrogada, del Instituto Mexicano del Seguro Social de la delegación [DELEGACIÓN O UNIDAD MÉDICA].

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos.

ATENTAMENTE

[NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROVEEDOR]  
REPRESENTANTE LEGAL DE [NOMBRE DEL PROVEEDOR]



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

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL  
AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

ANEXO NÚMERO TI 5 (TI CINCO)  
"DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE"

DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE.  
[HOJA MEMBRETADA POR EL PROVEEDOR DEL SERVICIO]

[LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL OFICIO]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ATENCIÓN:  
P R E S E N T E

Estimado [TITULAR DE LA DIVISIÓN AL MOMENTO DE EXPEDICIÓN] a nombre de mi representada [NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR QUE OTORGA EL SERVICIO] me permito por medio del presente dar a conocer los datos de el (los) Sistema(s) de Información que propone implantar en las Unidades de Atención y la(s) empresa(s) que le dará soporte, de acuerdo al Anexo T 6 (T Seis) "Designación de sistema y empresa soporte", los cuales se detallan a continuación:

- [NOMBRE COMPLETO DEL SISTEMA]
- [VERSIÓN DEL SISTEMA]
- [UNIDADES DONDE IMPLANTARA ESTE SISTEMA]
- [NOMBRE COMPLETO DE LA EMPRESA SOPORTE]
- [DIRECCIÓN COMPLETA DE LA EMPRESA SOPORTE]
- [NOMBRE COMPLETO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]
- [TELÉFONO Y EXTENSIÓN DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]
- [CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]

Lo anterior para dar cumplimiento con lo requerido en el contrato [NUMERO DE CONTRATO VIGENTE ENTRE EL PROVEEDOR Y EL INSTITUTO] de fecha [LA FECHA DEL CONTRATO] como prestación del Servicio Integral de Hemodiálisis Subrogada, del Instituto Mexicano del Seguro Social de la delegación [DELEGACIÓN O UNIDAD MÉDICA].

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos.

ATENTAMENTE

[NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROVEEDOR]  
REPRESENTANTE LEGAL DE [NOMBRE DEL PROVEEDOR]

Estas firmas forman parte del archivo "Anexos" Hemodiálisis Subrogada



**ANEXO 4 (CUATRO)  
"ANEXO TECNICO"**

**a) Descripción del Servicio de Hemodiálisis Subrogada a Contratar**

Clave del Catálogo CPIM del Servicio de hemodiálisis Subrogada: 30.02.001 Hemodiálisis Sesiones Externas

Clave CUCop: El Servicio de Hemodiálisis Subrogada, no cuenta con clave CUCop

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

Clave:

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

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

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

**"EL PROVEEDOR"** deberá indicar la distancia entre cada unidad médica subrogada y la unidad del IMSS, de acuerdo al Anexo T 0 (T-cero) Oferta Técnica

Para el caso que **"EL PROVEEDOR"** presente oferta para más de una partida, deberá establecer el número de máquinas de hemodiálisis destinadas de forma exclusiva para cada partida, de acuerdo al Anexo T 0 (T-cero) Oferta Técnica.

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

- Se encuentre certificada por el Consejo de Salubridad General o en proceso de certificación por dicho Consejo, en atención al ACUERDO por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales de la Ciudad de México (antes Distrito Federal) y municipales, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.
- Ubicarse dentro de un radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que pretenda prestarse el servicio.
- El área de tratamiento deberá ser considerada área semi-restringida (zona gris).
- La unidad de hemodiálisis subrogada deberá contar con servicio de traslado en ambulancia, en términos de la NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica pre hospitalaria, debiendo contar con las características mínimas como se indican en el numeral 4.1.4 Ambulancia de urgencias básicas, debiendo presentar como parte de su oferta el contrato y/o convenio vigente correspondiente, en caso de que la unidad de hemodiálisis subrogada no cuente con ambulancia propia; y factura en caso de que sea propia la ambulancia) para los caso que se requieran para:
  - Pacientes graves o que presenten complicaciones (pre, trans y post tratamiento) en el área de la unidad de hemodiálisis subrogada, hasta conseguir la estabilización hemodinámica del paciente para el traslado a la unidad médica de referencia.
- Contar con las áreas descritas en el apartado *"Infraestructura, Equipamiento y Suministro"* del presente documento, en apego a la NOM-003-SSA3-2010, "Para la práctica de la hemodiálisis".
- Central(es) de enfermeras con visibilidad de los pacientes.
- Área de aislamiento equipada destinada a pacientes con enfermedades infecto-contagiosas como: VIH o Hepatitis B o C.
- El área para cada estación de hemodiálisis deberá ser de por lo menos 1.5 x 2.0 mts. La cual se calculará con base a los metros cuadrados del área de tratamiento de hemodiálisis (área gris) y el número de máquinas que tenga la unidad subrogada de hemodiálisis.



- Toma o tanque portátil de oxígeno y aspirador de secreciones (en caso de optar por el uso de tanque portátil de oxígeno y aspirador de secreciones, deberá contar con uno por cada 5 (cinco) máquinas instaladas).
- Área de lavado, desinfección y esterilización de material de curación y médico-quirúrgico, en caso de no contar con material desechable.
- Almacén de ropa limpia o de ropa desechable, de guarda de bienes de consumo, área de intendencia, área de conservación y mantenimiento. En el caso de utilizar ropa desechable no será necesario que cuente con almacén de ropa sucia.
- Deberá cumplir con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
- Debe contar con cisterna o tinacos para la disponibilidad de agua suficiente de acuerdo a la capacidad instalada de atención para los 365 días del año que permita la operación de la unidad.
- Cada paciente deberá recibir las sesiones con duración de 3:00 a 4:00 horas por sesión de acuerdo a la prescripción del médico del IMSS.
- **"EL PROVEEDOR"** deberá tener el número de máquinas de hemodiálisis, de acuerdo a las necesidades de cada unidad médica, asegurando al menos 936 sesiones anuales por cada máquina, para la atención de cada uno de los pacientes. Apegándose al horario de servicio que será de las 7 a las 21 horas, de lunes a domingo; incluso días festivos. Los horarios diferentes se deberán acordar con las autoridades delegacionales.
- **"EL PROVEEDOR"** que resulte adjudicado del servicio, debe garantizar el equipo y bienes de consumo específicos para pacientes pediátricos en los lugares en donde se requiera la atención para este tipo de pacientes.

**"EL PROVEEDOR"** deberá contar con los equipos médicos, y bienes de consumo que se requieren para llevar a cabo los procedimientos (sesiones de hemodiálisis), para cubrir las necesidades de las unidades hospitalarias que se adjudiquen. Por lo que **"EL PROVEEDOR"** deberá coordinar acciones con las unidades médicas asignadas para prestar el servicio en tiempo y forma.

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

- A todo paciente al que se le haya determinado la permanencia en el programa de hemodiálisis subrogada se le deberá colocar un acceso vascular permanente. La transición del acceso vascular temporal a un acceso vascular definitivo, no deberá ser mayor a los 3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada, siendo éste colocado por **"EL PROVEEDOR"** del servicio, el cual deberá atender las complicaciones que se presenten. El plazo contará a partir de la fecha de ingreso a la unidad de hemodiálisis subrogada y de acuerdo al formato de subrogación de servicios **4-30-2/03**.
- **"EL PROVEEDOR"** prestador del servicio subrogado será responsable de mantener un acceso vascular funcional y sin complicaciones derivadas de la prestación del servicio.
- Una vez registrado el paciente en la unidad de hemodiálisis subrogada, **"EL PROVEEDOR"** prestador del servicio deberá mantener los estudios actualizados para cada paciente conforme a lo establecido en el apartado denominado, "La Unidad de hemodiálisis subrogada deberá realizar por cada paciente las siguientes pruebas de laboratorio con la frecuencia que a continuación se especifica", del presente documento. Deberá recibir a los pacientes en caso de hemodiálisis de urgencia, los cuales serán remitidos por el Instituto una vez estabilizados hemodinámicamente, con los estudios de acuerdo con el apartado Responsabilidades del Instituto a excepción del panel para virus de Hepatitis B, C y VIH, el cual se enviará en un plazo no mayor a 15 días naturales.
- A partir de su referencia a la unidad de hemodiálisis subrogada serán responsabilidad del prestador de servicio, el cuidado, el mantenimiento y/o recambio del acceso vascular temporal o definitivo y, la atención de las complicaciones que se presenten.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

- En caso necesario de transfusión de componentes sanguíneos, que provoque descompensación aguda, el paciente deberá ser trasladado a la unidad hospitalaria de adscripción correspondiente sin costo adicional.
- Considerar como pacientes de alto riesgo a aquellos que se encuentran seropositivos con hepatitis B o C y VIH, y a los que en condiciones de urgencia, no se haya podido determinar su panel viral.
- Los pacientes que se encuentren con hepatitis B o C y VIH con prueba confirmatoria positivos, deben dializarse en riñón artificial exclusivo para este tipo de pacientes y en área aislada, siguiéndose las técnicas internacionales establecidas.
- Los pacientes con hepatitis B y C y VIH deben dializarse utilizando en ellos material y equipo exclusivo. En estos pacientes no debe reutilizarse el dializador. Se deberá seguir el procedimiento de



técnica de aislamiento aplicando la NOM 010-SSA2-2010 "Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana".

- El material desechable utilizado en los procedimientos de hemodiálisis, deberá ser exclusivo para cada paciente.
- "EL PROVEEDOR" deberá presentar escrito libre donde señale que cumple con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
- Aseo exhaustivo de las áreas al menos una vez por semana, utilizando detergente en todas las superficies como pisos, paredes, puertas y ventanas y/o de acuerdo a cultivos bacteriológicos realizados en el área.
- Fumigar todas las áreas de la unidad al menos una vez al mes, con plaguicidas o pesticidas y en su caso aplicar soluciones bactericidas.
- Asear y desinfectar la máquina de hemodiálisis después de cada procedimiento, de igual forma el demás mobiliario que haya sido utilizado, deberá ser aseado y sanitizado al término de cada día de uso.
- En la detección de casos nuevos de Hepatitis B, C y VIH, por la unidad de hemodiálisis subrogada, ésta deberá dar aviso al director y médico tratante del hospital de referencia, a través de nota médica de la presencia de esta patología.
- Envío de nota médica mensual a la unidad médica del Instituto de adscripción conforme a la NOM-004-SSA3-2012, "Del expediente clínico" anotando los resultados de los exámenes de laboratorio con la periodicidad referida en el apartado "La Unidad de hemodiálisis subrogada deberá realizar por cada paciente las siguientes pruebas de laboratorio con la frecuencia que a continuación se especifica", del presente documento.

#### Responsabilidades del Instituto:

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



**Responsabilidades de "EL PROVEEDOR":**

- Prestar el servicio subrogado de hemodiálisis en los términos y condiciones establecidos en el contrato del cual resulte adjudicado y conforme a lo señalado en los apartados de este Anexo Técnico, los Términos y Condiciones y sus Anexos; Anexos T1 (T-uno) Requerimiento y T2 (T-dos) Propuesta de la Descripción de las especificaciones del equipo médico y bienes de consumo para realizar los tratamientos hemodialíticos, "ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS, A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES, C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE y E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO, T3 Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas, T4 Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada, T5 Calendario para entrega de las pruebas de la calidad del agua de hemodiálisis subrogada, T6 Calendario para entrega mensual de catéteres, T7 Tabla cifras de control de registro nominal hemodiálisis subrogado, T8 Directorio de unidades médicas los cuales forman parte de este documento.

- Atender de manera adecuada y oportuna las complicaciones o emergencias propias del procedimiento, (en el pre, trans y post hemodiálisis) utilizando todos los recursos humanos, materiales y equipo que se requieran, hasta conseguir la estabilización hemodinámica del paciente y su traslado a la unidad de adscripción, sin costo adicional para el Instituto.

Deberá entender por complicaciones:

- Hipotensión arterial severa, cuadro de cardiopatía isquémica aguda, descompensación metabólica aguda, bacteriemia, arritmias cardíacas, enfermedad cerebral vascular en fase de instalación y cualquier otra eventualidad aguda que comprometa la integridad y estabilidad hemodinámica del paciente.
- Complicaciones del acceso vascular temporal que se deriven:
  - 1.- De la manipulación del catéter.
  - 2.- Disfunción inherente del catéter.
  - 3.- Generadas durante el proceso de hemodiálisis.
- Complicaciones del acceso vascular definitivo que se deriven:
  - 1.- De la manipulación o cateterización.
  - 2.- Disfunción inherente del acceso.
  - 3.- Generadas durante el proceso de hemodiálisis.
- Deberá notificar a la unidad médica correspondiente del Instituto por vía telefónica en forma inmediata y por escrito en un plazo máximo de 24 horas siguientes a la presentación del caso de complicaciones, al director o subdirector médico de la unidad correspondiente, para la atención del médico nefrólogo tratante brindando la siguiente información:
  - Un resumen clínico del caso;
  - Detalle de la complicación;
  - Atención que se brindó, y
  - Resultados obtenidos, con objeto de dar continuidad al tratamiento.

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

- Deberá enviar al Jefe de Servicio de la unidad hospitalaria institucional correspondiente: resumen mensual, con nota de evolución, eventos relevantes, resultados de laboratorio y gabinete, observaciones de cada uno de los pacientes.



- Dará las facilidades necesarias para que el personal autorizado y designado por el Instituto pueda hacer las visitas de supervisión referidas en el inciso e) del apartado "Responsabilidades del Instituto" del presente documento.
- La unidad de hemodiálisis subrogada tendrá la facultad de optar por cualquiera de las opciones siguientes: uso de dializadores nuevos por cada sesión de hemodiálisis; o el reusó de dializadores de forma automatizada.
- Es responsabilidad estricta de "EL PROVEEDOR" asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" desde el punto de vista bacteriológico y químico, conforme a la NOM-003-SSA3-2010 "Para la Práctica de la hemodiálisis" y las recomendaciones de la AAMI consideradas en la norma citada. Es obligatorio para "EL PROVEEDOR" contar con el reporte original de las pruebas realizadas por un laboratorio acreditado, antes del inicio y en operación con la periodicidad bimestral y anual correspondiente.
- En el caso del reusó de los dializadores, deberá apegarse a las normas del apéndice "B" de la NOM 003-SSA3-2010 "Para la Práctica de la hemodiálisis".
- Cumplir con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
- Presentar copia del contrato de prestación de servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, o en caso de contar con laboratorio propio, copia de la licencia de funcionamiento del laboratorio clínico.
- Si va a optar por el reprocesamiento de dializadores deberá ofertar y presentar la documentación correspondiente de la Unidad de reprocesamiento de dializadores conforme a la Clave 531.340.0227 del al Anexo T 2 (T-dos)

**Cantidad de sesiones de hemodiálisis requeridas:**

La cantidad mínima y máxima de sesiones de hemodiálisis a contratar por localidad se establece en el **Anexo TI (T-uno)** del presente documento, para un período de contratación a partir del día hábil siguiente a la firma del contrato hasta el 05 de diciembre

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

**Personal**

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



## Infraestructura, Equipamiento y Suministros

### Área Física

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

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

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

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

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

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



K. Material estéril necesario para conexión y desconexión de fístula o catéter.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



del contrato en caso de incumplimiento de las especificaciones técnico médicas solicitadas en el presente documento.

**Constancias con las que deberá contar "EL PROVEEDOR" :**

- a) Registros Sanitarios de los equipos y de los bienes de consumo requeridos para la prestación del servicio, a excepción de aquellos que no requieran Registro Sanitario de acuerdo con la COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios).
- b) Licencia sanitaria y/o Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.
- c) Certificados de calidad vigentes en su idioma original, de los equipos y bienes de consumo que se utilizarán para la prestación del servicio, expedidos por los organismos de control y/o autoridades sanitarias del país de origen
- d) Copia del certificado de buenas prácticas de manufactura, en el idioma del país de origen de los equipos y bienes de consumo ofertados, acompañado de su traducción al español y expedido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen o copia simple del certificado FDA o Comunidad Económica Europea vigente de los equipos y bienes de consumo ofertados.
- e) Documento emitido por el Secretario del Consejo de Salubridad General, en el cual se señala que el establecimiento privado de atención médica hospitalaria con el que se ofrece el servicio al Instituto, cuenta con certificación vigente o se encuentra en proceso de certificación, en atención al Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.

Durante la vigencia de la prestación del servicio del contrato, el Administrador del Contrato verificará en la página de internet del Consejo de Salubridad General (<http://www.csg.gob.mx/>), que las clínicas en donde se presten los servicios se permanezca vigente la Certificación de Establecimientos de Atención Médica de Hemodiálisis, ya que en caso contrario deberá dar una fecha no mayor a un mes para la entrega de la certificación correspondiente actual a ese momento y vigente.

Certificado de libre venta vigente emitido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen, en el que se señale que los equipos y bienes de consumo necesarios para la prestación del servicio pueden ser usados sin restricción de uso en el país de origen.

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

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

La ETIMSS 5640-023-004 se encuentra publicada en el Portal de compras del Instituto en la sección de Información para "EL PROVEEDOR", en la página de internet <http://compras.imss.gob.mx/?P=provinfo> Como elemento adicional, el Sistema de Información d"EL PROVEEDOR" deberá permitir al Jefe de Servicio de la unidad, el generar un reporte filtrado por unidad, por periodo, por contrato, con el desglose de las sesiones otorgadas, presentando el listado nominal de los derechohabientes que recibieron el servicio, como mínimo por nombre, Número de Seguridad Social y agregado médico.

Todas las gestiones relacionadas con el Sistema de Información y envío de mensajería HL7, se realizarán en las oficinas de la Coordinación de Servicios Digitales y de Información para la Salud y Administrativos (CSDISA) o la Coordinación Técnica de Servicios Digitales y de Información para la Salud, ubicadas en la calle de Tokio 80, 4° piso, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, C.P. 06600 o donde el Instituto designe.

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



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

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

"EL PROVEEDOR" debe llevar a cabo la instalación y puesta en operación, del Sistema de Información e instrumentos necesarios para el manejo de identidad del paciente, dentro de los 10 (diez días) naturales contados a partir de la emisión del fallo.

Para acreditar este punto "EL PROVEEDOR" deberá presentar un proyecto del sistema informático médico administrativo que ofrezca la vinculación con la base de datos central del Instituto.

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

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

La Coordinación de Servicios Digitales y de Información para la Salud y Administrativos (CSDISA) dependiente de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT), verificará la funcionalidad del sistema de información para su aprobación. Pudiendo realizarlos a través de la Coordinación Técnica de Servicios Digitales y de Información para la salud

"EL PROVEEDOR" establecerá contacto con la DSDICDS, dependiente de la CSDISA, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes a la fecha de emisión de la asignación, cumpliendo con los siguientes puntos:

Firma de Acuerdo de Confidencialidad  
Designación de contacto responsable con sus datos  
Designación de sistema y empresa soporte  
Pruebas de funcionalidad

##### **a) Firma de Acuerdo de Confidencialidad**

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

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

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

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

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

##### **d) Pruebas de funcionalidad**

La prueba de funcionalidad, se realizará en las oficinas de la CSDISA, o donde el Instituto designe. "EL PROVEEDOR" solicitará una cita a la DSDICDS mediante un escrito libre en hoja membretada de la empresa, el cual se entregará en el área de Gestión de Correspondencia de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT), ubicada en Tokio 80, 5to. Piso, Col Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, C.P. 06600.



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

ADJUDICACION DIRECTA  
NACIONAL

AA-050-GYR-050GYR005-N-15-2023

CONTRATO NÚMERO SEIA231916040061

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

el cual se entregará en el área de Gestión de Correspondencia de la DIDT, ubicada en Tokio 80, 5to. Piso, Col Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, C.P. 06600.

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

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

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

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

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

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



**NIVELES DE SERVICIO, PENAS CONVENCIONALES Y DEDUCTIVAS**

**NIVELES DE SERVICIO "EL PROVEEDOR"**, durante la vigencia del contrato, deberá cumplir con los niveles de servicio descritos a continuación:

Concepto	Niveles de Servicio
La transición del acceso vascular temporal por un acceso vascular definitivo para los pacientes con permanencia en el programa, no deberá ser por un tiempo mayor de:	3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada.  Así mismo deberá de reponer el catéter temporal que se fracture, deteriore o infecte dentro del periodo de vida útil (3 o 6 meses dependiendo el tipo de catéter), sin costo al Instituto.
Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI. La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.	Bimestral. (al día hábil siguiente a la conclusión del bimestre)
Reporte de laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010.  La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.	Resultados de análisis bacteriológico dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010.
Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI. La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico.	Al menos una vez al año. (al día hábil siguiente a la conclusión del año)
Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI. La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico.	Resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010
Dotación del mismo número de catéteres temporales o permanentes que fueron colocados a pacientes referidos a subrogación el mes inmediato anterior más 2(dos) catéteres temporales o permanentes como lo solicite el jefe de servicio	Mensualmente. (dentro de los primeros 5 días hábiles de cada mes)
"EL PROVEEDOR" establecerá contacto con la División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud (DSDICDS), dependiente de la CSDISA, a efecto de establecer la estrategia de cumplimiento de los siguientes puntos: a) Firma del Acuerdo de Confidencialidad b) Designación de contacto responsable con sus datos c) Designación de sistema y empresa	Dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes a la fecha de emisión de la asignación.



Concepto	Niveles de Servicio
soporte d) Solicitud de Pruebas de funcionalidad	
Instalación y puesta en operación, del Sistema de Información e instrumentos necesarios para el manejo de identidad del paciente.	Dentro de los 45 (cuarenta y cinco) días naturales contados a partir de la emisión de la asignación.
"EL PROVEEDOR" proporcionará un Calendario de Despliegue del Sistema Evaluado considerando todas las Unidades de Hemodiálisis incluidas en el contrato	Dentro de los 5 (cinco) días naturales posteriores a la fecha de aprobación del sistema de información.
Registro de la información de la sesión realizada, en la base de datos central del Instituto, conforme a la (ETIMSS), 5640-023-004 Especificación Técnica del Sistema de Información de Hemodiálisis Extramuros, necesario para la transmisión de datos a la base de datos central del Instituto.	En un plazo no mayor a las 24 (veinticuatro) horas, posteriores a la fecha en que se otorgó la sesión.

**PENAS CONVENCIONALES**

La pena convencional por atraso se calculará por cada día de atraso en el cumplimiento de las fechas pactadas, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, aplicado al valor de la sesión programada con atraso y/o por las sesiones no transmitidas, y de manera proporcional al importe de la garantía de cumplimiento que corresponda. La suma de las penas convencionales no deberá exceder el importe de dicha garantía.

El pago de los servicios quedará condicionado, proporcionalmente al pago que el participante adjudicado deba efectuar por concepto de penas convencionales.

Conforme a lo previsto en el último párrafo del artículo 96, del Reglamento la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, no se aceptará la estipulación de penas convencionales, ni intereses moratorios a cargo del Instituto.

El Administrador del Contrato será el responsable de calcular, aplicar y dar seguimiento a las penas convencionales, previstas, así como de notificarlas al participante adjudicado para que éste realice el pago correspondiente.

La pena convencional se calculará de acuerdo a los siguientes términos y condiciones expresados en la fórmula que se detalla a continuación:

$$Pca = \%d \times nda \times vspa.$$

Dónde:

%d=porcentaje determinado en la convocatoria, invitación, cotización, contrato o pedido por cada día de atraso en el inicio de la prestación del servicio.

Pca = pena convencional aplicable.

nda = número de días de atraso.

vspa = valor de los servicios prestados con atraso, sin IVA.

El Instituto, aplicará una pena convencional por cada día natural de atraso en el inicio de la prestación de los servicios, en cada uno de los supuestos incluidos en la siguiente tabla:

Concepto	Unidad de medida	Penalización	Responsable de reportar el incumplimiento	Responsable del cálculo, aplicación de la pena
Reporte original por un	Por cada día	2.5% diario	Jefe de Servicio de	Calculo:



Concepto	Unidad de medida	Penalización	Responsable de reportar el incumplimiento	Responsable del cálculo, aplicación de la pena
laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010  La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.	natural de atraso en la entrega del reporte resultados de acuerdo con las especificaciones de la NOM 003-SSA3-2010	sobre el valor total de la factura mensual sin incluir el IVA, hasta por 4 días	Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad Médica en OOAD	Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas o quien este designe la responsabilidad Aplicación: Jefe de Servicios Administrativos
Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI. La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico.	Por cada día natural de atraso en la entrega del reporte resultados químicos, de acuerdo con las especificaciones de la NOM 003-SSA3-2010	2.5% diario sobre el valor total de la factura mensual sin incluir el IVA, hasta por 4 días	Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad Médica en OOAD	Calculo: Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas o quien este designe la responsabilidad Aplicación: Jefe de Servicios Administrativos
"EL PROVEEDOR" establecerá contacto con la División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud (DSDICDS), dependiente de la CSDISA, a efecto de establecer la estrategia de cumplimiento de los siguientes puntos: Firma del Acuerdo de Confidencialidad Designación de contacto responsable con sus datos a) Designación de sistema y empresa soporte b) Solicitud de Pruebas de funcionalidad	Por cada día natural de atraso a partir de que se exceda el plazo establecido de los diez días naturales siguientes a la fecha de emisión de la asignación.	1%, sobre el valor que representa el costo de las sesiones realizadas en mes de incidencia, sin incluir el IVA, hasta por 10 días	División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud (DSDICDS)	Calculo: Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas o quien este designe la responsabilidad Aplicación: Jefe de Servicios Administrativos
Instalación y puesta en operación, del Sistema de Información e instrumentos necesarios para el otorgamiento de del servicio	Por cada día natural de atraso a partir de que se exceda el plazo de los 45 (cuarenta y cinco) días contados a partir de la emisión de la asignación.	2.5% diario sobre el valor que representa el costo de las sesiones solicitadas en el mes de incidencia, sin incluir el IVA, hasta por 4 días	División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud (DSDICDS), Coordinador Delegacional de Informática o Jefe de División de Ingeniería Biomédica	Calculo: Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas o quien este designe la responsabilidad Aplicación: Jefe de Servicios Administrativos
"EL PROVEEDOR"	Por cada día	1.5%, sobre el	División de Servicios	Calculo:



Concepto	Unidad de medida	Penalización	Responsable de reportar el incumplimiento	Responsable del cálculo, aplicación de la pena
proporcionará un Calendario de Despliegue del Sistema Evaluado considerando todas las Unidades de Hemodiálisis incluidas en el contrato.	natural de atraso a partir de que se exceda el plazo de 5 (cinco) días naturales posteriores a la fecha de aprobación del sistema de información.	valor que representa el costo de las sesiones realizadas en mes de incidencia, sin incluir el IVA, hasta por 7 días	Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud (DSDICDS)	Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas o quien este designe la responsabilidad Aplicación: Jefe de Servicios Administrativos
Registro de la información de la sesión realizada, en la base de datos central del Instituto, conforme a la (ETIMSS), 5640-023-004 Especificación Técnica del Sistema de Información de Hemodiálisis Extramuros, necesario para la transmisión de datos a la base de datos central del Instituto.	Por cada día natural de atraso a partir de que se exceda el plazo establecido de las 24 horas posteriores al otorgamiento de la sesión	2.5% diario sobre el valor total de los sesiones otorgadas, no registradas y no transmitidas en el lapso establecido a la base de datos central del Instituto, sin incluir el IVA, hasta por 4 días hasta por 4 días	Coordinador Delegacional de Informática (CDI) o Jefe de División de Ingeniería Biomédica	Calculo: Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas o quien este designe la responsabilidad Aplicación: Jefe de Servicios Administrativos

**PENAS DEDUCTIVAS**

De conformidad con el artículo 53 Bis de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, el Instituto podrá aplicar deducciones al pago de los servicios con motivo del incumplimiento total parcial o deficiente en que pudiera incurrir el participante adjudicado respecto de las partidas o conceptos que integran el presente contrato, las cuales no excederán del monto de la garantía de cumplimiento establecida en el mismo.

Dichas deductivas serán determinadas en función de los servicios que hayan sido prestados deficientemente y deberán ser calculadas de acuerdo a lo establecido en los artículos 53 Bis de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 97 de su Reglamento y 4.3.3 del Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

En ningún caso las deducciones podrán negociarse en especie.

El Administrador del Contrato será el responsable de calcular, aplicar y dar seguimiento a las penas convencionales y deducciones, según sea el caso, así como de notificarlas al participante adjudicado para que éste realice el pago correspondiente y le notifique las deducciones que en su caso se haya hecho acreedor.

Las deducciones no podrán exceder del 10% del monto máximo total del contrato.

El Instituto descontará las cantidades por concepto de deductivas de la factura que el participante adjudicado presente para su cobro.

Las deducciones por deficiencias en la prestación del servicio, se calcularán, por cada día de atraso en la prestación del servicio, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, de acuerdo a lo siguiente:

Concepto	Niveles de servicio	Unidad de medida para la deducción	Deducción	Límite de incumplimiento motivo de rescisión del contrato	Responsable de reportar el incumplimiento	Responsable del cálculo y aplicación de la deducción
La transición del acceso vascular temporal por un acceso vascular	3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis	Falta en el cambio, a paciente(s)	El 5% sobre el valor total de la factura mensual más	El límite de la deducción será de hasta el 10% del monto	Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina	Calculo: Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas o quien



Concepto	Niveles de servicio	Unidad de medida para la deducción	Deducción	Límite de incumplimiento motivo de rescisión del contrato	Responsable de reportar el incumplimiento	Responsable del cálculo y aplicación de la deducción
definitivo para los pacientes con permanencia en el programa, no deberá ser por un tiempo mayor de:	subrogada.	del acceso vascular temporal por el definitivo en el plazo establecido	el IVA, cuando ocurra que a algún paciente(s) no se le haya realizado el cambio.	máximo del contrato	Interna Director Unidad Médica OOAD	O de en este designe la responsabilidad Aplicación: Jefe de Servicios Administrativos
Reporte de laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010.  La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.	Resultados de análisis bacteriológico dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010	Cumplir con las especificaciones de la calidad del agua de acuerdo con la NOM-003-SSA3-2010	5% sobre el valor total de la factura mensual más IVA.	El límite de la deducción será de hasta el 10% del monto máximo del contrato	Jefe de Servicio de Nefrología, Medicina Interna Director Unidad Médica OOAD	de de O de en Calculo: Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas o quien este designe la responsabilidad Aplicación: Jefe de Servicios Administrativos
Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI. La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico.	Resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010	Cumplir con las especificaciones de la calidad del agua de acuerdo con la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI.	5% sobre el valor total de la factura mensual más IVA	El límite de la deducción será de hasta el 10% del monto máximo del contrato	Jefe de Servicio de Nefrología, Medicina Interna Director Unidad Médica OOAD	de de O de en Calculo: Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas o quien este designe la responsabilidad Aplicación: Jefe de Servicios Administrativos
Dotación del mismo número de catéteres temporales o permanentes que fueron colocados a pacientes referidos a subrogación el mes inmediato anterior más 2(dos) catéteres temporales o permanentes como lo solicite el jefe de servicio	Dotación del mismo número de catéteres temporales o permanentes que fueron colocados a pacientes referidos a subrogación el mes inmediato anterior más 2(dos) catéteres temporales o permanentes como lo solicite el jefe de servicio	Por cada día natural a partir de la fecha en que debió ser entregada la totalidad de dotación de catéteres.	2.5% diario, sobre el valor total de la factura mensual sin incluir IVA	El límite de la deducción será de hasta el 10% del monto máximo del contrato Médico	Jefe de Servicio de Nefrología, Medicina Interna Director Unidad Médica OOAD	de de O de en Calculo: Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas o quien este designe la responsabilidad Aplicación: Jefe de Servicios Administrativos



ANEXO 5 (CINCO)  
"MODELO DE PÓLIZA DE FIANZA DE CUMPLIMIENTO"

**(Afianzadora o Aseguradora)**

Denominación social: \_\_\_\_\_ en lo sucesivo (la "Afianzadora" o la "Aseguradora")

Domicilio: \_\_\_\_\_

Autorización del Gobierno Federal para operar: \_\_\_\_\_ (Número de oficio y fecha)

Beneficiaria: (Instituto Mexicano del Seguro Social del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Nayarit), en lo sucesivo "EL INSTITUTO".

Domicilio: \_\_\_\_\_

El medio electrónico, por el cual se pueda enviar la fianza a la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Nayarit y a "EL INSTITUTO".

Fiado (s): (En caso de proposición conjunta, el nombre y datos de cada uno de ellos)

Nombre o denominación social: \_\_\_\_\_

RFC: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ (El mismo que aparezca en el contrato principal)

Datos de la póliza:

Número: \_\_\_\_\_ (Número asignado por la "Afianzadora" o la "Aseguradora")

Monto Afianzado: \_\_\_\_\_ (Con letra y número, sin incluir el Impuesto al Valor Agregado).

Moneda: \_\_\_\_\_

Fecha de expedición: \_\_\_\_\_

Obligación garantizada: El cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el contrato en los términos de la Cláusula PRIMERA de la presente póliza de fianza.

Naturaleza de las Obligaciones: \_\_\_\_ (Indivisible, de conformidad con lo estipulado en el contrato).

Si es Indivisible aplicará el siguiente texto: La obligación garantizada será indivisible y en caso de presentarse algún incumplimiento se hará efectiva por el monto total de las obligaciones garantizadas.

Datos del contrato o pedido, en lo sucesivo el "Contrato":

Número asignado por "la Contratante": \_\_\_\_\_

Objeto: \_\_\_\_\_

Monto del Contrato: (Con número y letra, sin el Impuesto al Valor Agregado)

Moneda: \_\_\_\_\_

Fecha de suscripción: \_\_\_\_\_

Tipo: (Adquisiciones, Arrendamientos, Servicios, Obra Pública o servicios relacionados con la misma).

Obligación contractual para la garantía de cumplimiento: (Indivisible, de conformidad con lo estipulado en el contrato)

Procedimiento al que se sujetará la presente póliza de fianza para hacerla efectiva: El previsto en el artículo 279 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Competencia y Jurisdicción: Para todo lo relacionado con la presente póliza, el fiado, el fiador y cualesquier otro obligado, así como "EL INSTITUTO", se someterán a la jurisdicción y competencia de los tribunales federales del Estado de Nayarit, renunciando al fuero que pudiera corresponderle en razón de su domicilio o por cualquier otra causa.

La presente fianza se expide de conformidad con lo dispuesto por los artículos 48, fracción II y último párrafo, y artículo 49, fracción II, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 103 de su Reglamento.

Validación de la fianza en el portal de internet, dirección electrónica [www.amig.org.mx](http://www.amig.org.mx)  
(Nombre del representante de la Afianzadora o Aseguradora)

CLÁUSULAS GENERALES A QUE SE SUJETARÁ LA PRESENTE PÓLIZA DE FIANZA PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS

PRIMERA. - OBLIGACIÓN GARANTIZADA.

Esta póliza de fianza garantiza el cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el "Contrato" a que se refiere esta póliza y en sus convenios modificatorios que se hayan realizado o a los anexos del mismo,



cuando no rebasen el porcentaje de ampliación indicado en la cláusula siguiente, aún y cuando parte de las obligaciones se subcontraten.

**SEGUNDA. - MONTO AFIANZADO.**

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora"), se compromete a pagar a "EL INSTITUTO", hasta el monto de esta póliza, que es (con número y letra sin incluir el Impuesto al Valor Agregado) que representa el 10% (señalar el porcentaje con letra) del valor del "Contrato".

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") reconoce que el monto garantizado por la fianza de cumplimiento se puede modificar en el caso de que se formalice uno o varios convenios modificatorios de ampliación del monto del "Contrato" indicado en la carátula de esta póliza, siempre y cuando no se rebase el 20% de dicho monto. Previa notificación del fiado y cumplimiento de los requisitos legales, (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") emitirá el documento modificatorio correspondiente o endoso para el solo efecto de hacer constar la referida ampliación, sin que se entienda que la obligación sea novada.

En el supuesto de que el porcentaje de aumento al "Contrato" en monto fuera superior a los indicados, (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") se reserva el derecho de emitir los endosos subsecuentes, por la diferencia entre ambos montos sin embargo, previa solicitud del fiado, (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") podrá garantizar dicha diferencia y emitirá el documento modificatorio correspondiente.

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") acepta expresamente que en caso de requerimiento, se compromete a pagar el monto total afianzado, siempre y cuando en el Contrato se haya estipulado que la obligación garantizada es indivisible.

**TERCERA. - INDEMNIZACIÓN POR MORA.**

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora"), se obliga a pagar la indemnización por mora que en su caso proceda de conformidad con el artículo 283 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

**CUARTA. - VIGENCIA.**

La fianza permanecerá vigente hasta que se dé cumplimiento a la o las obligaciones que garantice en los términos del "Contrato" y continuará vigente en caso de que Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Nayarit, otorgue prórroga o espera al cumplimiento del "Contrato", en los términos de la siguiente cláusula.

Asimismo, esta fianza permanecerá vigente durante la substanciación de todos los recursos legales, arbitrajes o juicios que se interpongan con origen en la obligación garantizada hasta que se pronuncie resolución definitiva de autoridad o tribunal competente que haya causado ejecutoria.

De esta forma la vigencia de la fianza no podrá acotarse en razón del plazo establecido para cumplir la o las obligaciones contractuales.

**QUINTA. - PRÓRROGAS, ESPERAS O AMPLIACIÓN AL PLAZO DEL CONTRATO.**

En caso de que se prorrogue el plazo originalmente señalado o conceder esperas o convenios de ampliación de plazo para el cumplimiento del contrato garantizado y sus anexos, el fiado dará aviso a (la "Afianzadora" o la "Aseguradora"), la cual deberá emitir los documentos modificatorios o endosos correspondientes.

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") acepta expresamente garantizar la obligación a que esta póliza se refiere, aún en el caso de que se otorgue prórroga, espera o ampliación al fiado por parte de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Nayarit para el cumplimiento total de las obligaciones que se garantizan, por lo que no se actualiza el supuesto de extinción de fianza previsto en el artículo 179 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, sin que se entienda novada la obligación.

**SEXTA. - SUPUESTOS DE SUSPENSIÓN.**

(Sólo incluir para el caso de póliza en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios)

Para garantizar el cumplimiento del "Contrato", cuando concurren los supuestos de suspensión en los términos de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento y demás disposiciones aplicables, la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Nayarit, deberá emitir el o las actas circunstanciadas y, en su caso, las constancias a que haya lugar. En estos supuestos, a petición del fiado, (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") otorgará el o los endosos conducentes, conforme a lo estatuido en el artículo 166 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para lo cual bastará que el fiado exhiba a (la "Afianzadora" o a la



Aseguradora") dichos documentos expedidos por la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Nayarit. El aplazamiento derivado de la interposición de recursos administrativos y medios de defensa legales, no modifica o altera el plazo de ejecución inicialmente pactado, por lo que subsistirán inalterados los términos y condiciones originalmente previstos, entendiéndose que los endosos que emita (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") por cualquiera de los supuestos referidos, formarán parte en su conjunto, solidaria e inseparable de la póliza inicial.

SÉPTIMA. - SUBJUDICIDAD.

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") realizará el pago de la cantidad reclamada, bajo los términos estipulados en esta póliza de fianza, y, en su caso, la indemnización por mora de acuerdo a lo establecido en el artículo 283 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aun cuando la obligación se encuentre subjuídice, en virtud de procedimiento ante autoridad judicial, administrativa o tribunal arbitral, salvo que el fiado obtenga la suspensión de su ejecución, ante dichas instancias.

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") deberá comunicar a "EL INSTITUTO" de la garantía, el otorgamiento de la suspensión al fiado, acompañándole las constancias respectivas que así lo acrediten, a fin de que se encuentre en la posibilidad de abstenerse del cobro de la fianza hasta en tanto se dicte sentencia firme.

OCTAVA. - COAFIANZAMIENTO O YUXTAPOSICIÓN DE GARANTÍAS.

El coafianzamiento o yuxtaposición de garantías, no implicará novación de las obligaciones asumidas por (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") por lo que subsistirá su responsabilidad

exclusivamente en la medida y condiciones en que la asumió en la presente póliza de fianza y en sus documentos modificatorios.

NOVENA. - CANCELACIÓN DE LA FIANZA.

(Sólo incluir para el caso de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios)

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") quedará liberada de su obligación fiadora siempre y cuando Instituto Mexicano del Seguro Social del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Nayarit le comunique por escrito, por conducto del servidor público facultado para ello, su conformidad para cancelar la presente garantía.

El fiado podrá solicitar la cancelación de la fianza para lo cual deberá presentar a (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") la constancia de cumplimiento total de las obligaciones contractuales. Cuando el fiado solicite dicha cancelación derivado del pago realizado por saldos a su cargo o por el incumplimiento de obligaciones, deberá presentar el recibo de pago correspondiente.

Esta fianza se cancelará cuando habiéndose cumplido la totalidad de las obligaciones estipuladas en el "Contrato", el Instituto Mexicano del Seguro Social del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Nayarit haya calificado o revisado y aceptado la garantía exhibida por el fiado para responder por los defectos, vicios ocultos de los bienes entregados y por el correcto funcionamiento de los mismos o por la calidad de los servicios prestados por el fiado, respecto del "Contrato" especificado en la carátula de la presente póliza y sus respectivos convenios modificatorios.

DÉCIMA. - PROCEDIMIENTOS.

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") acepta expresamente someterse al procedimiento previsto en el artículo 279 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas para hacer efectiva la fianza.

DÉCIMA PRIMERA. - RECLAMACIÓN

"EL INSTITUTO" podrá presentar la reclamación a que se refiere el artículo 279, de Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas en cualquier oficina, o sucursal de la Institución y ante cualquier apoderado o representante de la misma.

DÉCIMA SEGUNDA. - DISPOSICIONES APLICABLES.

Será aplicable a esta póliza, en lo no previsto por la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas la legislación mercantil y a falta de disposición expresa el Código Civil Federal.