



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

LA SOLICITUD SE PRESENTARÁ MEDIANTE ESCRITO, EL CUAL CONTENDRÁ LOS REQUISITOS CONTENIDOS EN EL ARTÍCULO 15 DE LA LEY FEDERAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO, ADEMÁS HARÁ REFERENCIA AL NÚMERO DE CONTRATO, AL SERVIDOR PÚBLICO ENCARGADO DE SU ADMINISTRACIÓN, OBJETO, VIGENCIA Y EL MONTO DEL CONTRATO, SEÑALANDO, EN SU CASO, SOBRE LA EXISTENCIA DE CONVENIOS MODIFICATORIOS, DEBIENDO ADJUNTAR COPIA DE LOS INSTRUMENTOS CONSENSUALES DEBIDAMENTE SUSCRITOS.

**VIGÉSIMA PRIMERA.- RELACIÓN DE ANEXOS.-** LOS ANEXOS QUE SE RELACIONAN A CONTINUACIÓN SON RUBRICADOS DE CONFORMIDAD POR LAS PARTES Y FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO.

**ANEXO 1 (UNO)** "CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y CANTIDADES TOTALES DE LOS BIENES"  
**ANEXO 2 (DOS)** "LUGAR DE ENTREGA Y PAGO DE LOS BIENES Y ORDEN DE REPOSICIÓN"  
**ANEXO 3 (TRES)** "FORMATO PARA PÓLIZA DE FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO"  
**ANEXO 4 (CUATRO)** "DDP"

**VIGÉSIMA SEGUNDA.- LEGISLACIÓN APLICABLE.-** LAS PARTES SE OBLIGAN A SUJETARSE Estrictamente PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO, A TODAS Y CADA UNA DE LAS CLÁUSULAS DEL MISMO, ASÍ COMO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, SU REGLAMENTO, EL CÓDIGO CIVIL FEDERAL, EL CÓDIGO FEDERAL DE PROCEDIMIENTOS CIVILES, LA LEY FEDERAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y LAS DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS APLICABLES EN LA MATERIA.

**VIGÉSIMA TERCERA.- JURISDICCIÓN.-** PARA LA INTERPRETACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO, ASÍ COMO PARA TODO AQUELLO QUE NO ESTÉ EXPRESAMENTE ESTIPULADO EN EL MISMO, LAS PARTES SE SOMETEN A LA JURISDICCIÓN DE LOS TRIBUNALES FEDERALES COMPETENTES DE LA CIUDAD DE MONTERREY, NUEVO LEÓN, RENUNCIANDO A CUALQUIER OTRO FUERO PRESENTE O FUTURO QUE POR RAZÓN DE SU DOMICILIO LES PUDIERA CORRESPONDER.

PREVIA LECTURA Y DEBIDAMENTE ENTERADAS LAS PARTES DEL CONTENIDO, ALCANCE Y FUERZA LEGAL DEL PRESENTE CONTRATO, EN VIRTUD DE QUE SE AJUSTA A LA EXPRESIÓN DE SU LIBRE VOLUNTAD Y QUE SU CONSENTIMIENTO NO SE ENCUENTRA AFECTADO POR DOLO, ERROR, MALA FE NI OTROS VICIOS DE LA VOLUNTAD, LO FIRMAN Y RATIFICAN EN TODAS SUS PARTES, POR SEPTUPLICADO, EN LA CIUDAD DE MONTERREY, NUEVO LEÓN, EL 14 DE ENERO DE 2022.

"EL INSTITUTO"  
REPRESENTANTE LEGAL

DRA. KARLA GUADALUPE LÓPEZ LÓPEZ  
TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN  
ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL  
NUEVO LEÓN

"EL PROVEEDOR"  
REPRESENTANTE LEGAL

C. RICARDO ORTEGA FIGUEROA  
LABORATORIOS PISA, S.A. DE C.V.

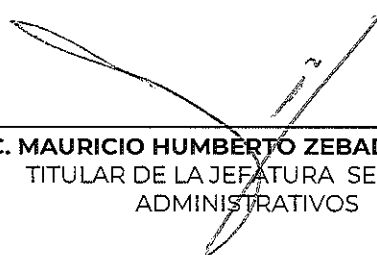


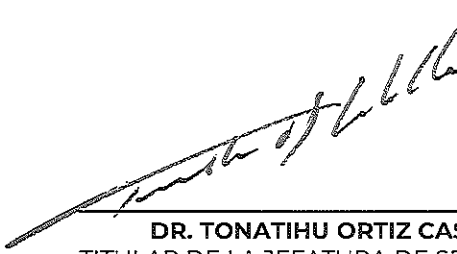
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

ADMINISTRADOR DEL CONTRATO

ÁREA REQUINENTE

  
**LIC. MAURICIO HUMBERTO ZEBADUA SANTOS**  
TITULAR DE LA JEFATURA SERVICIOS  
ADMINISTRATIVOS

  
**DR. TONATIHU ORTIZ CASTILLO**  
TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE  
PRESTACIONES MÉDICAS

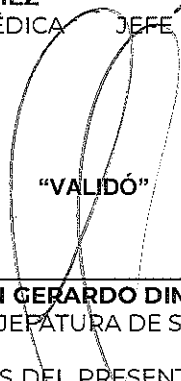
ÁREA TÉCNICA

ÁREA CONTRATANTE

  
**DR. JONATHAN DANIEL CAMPOS SÁNCHEZ**  
COORDINADOR AUXILAR DE ATENCIÓN MÉDICA  
EN SEGUNDO NIVEL

  
**MTRO. ARIK SALVATIERRA GARCIA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES  
Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

"VALIDÓ"

  
**LIC. JUAN GERARDO DIMAS PEÑA**  
ENCARGADO DE LA JEFATURA DE SERVICIOS JURÍDICOS

LA VALIDACIÓN DE LOS ASPECTOS JURÍDICOS DEL PRESENTE DOCUMENTO SE EFECTUÓ SIN PREJUZGAR SOBRE LA JUSTIFICACIÓN, PROCEDIMIENTO, TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA CONTRATACIÓN, NI DEL RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN DE MERCADO CORRESPONDIENTE, NI SE PRONUNCIA SOBRE LA PROCEDENCIA Y/O VIABILIDAD DE LOS ASPECTOS TÉCNICOS, ECONÓMICOS Y LAS DEMÁS CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINARON PROCEDENTES LAS ÁREAS REQUINENTE, TÉCNICA Y/O CONTRATANTE.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

NÚMERO DE CONTRATO: SEIA222003170001

CONTRATO ABIERTO DE ADQUISICIÓN DEL SERVICIO DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA PARA PACIENTES NUEVOS, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**, QUE EN LO SUCESIVO SE DENOMINARÁ "**EL INSTITUTO**", REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR LA **DRA. KARLA GUADALUPE LÓPEZ LÓPEZ**, TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN, EN SU CARÁCTER DE APODERADA GENERAL PARA PLEITOS Y COBRANZAS, ACTOS DE ADMINISTRACIÓN, Y POR LA OTRA PARTE LA EMPRESA, **LABORATORIOS PISA, S.A. DE C.V.**, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "**EL PROVEEDOR**", REPRESENTADA POR EL **C. RICARDO ORTEGA FIGUEROA**, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, DE CONFORMIDAD CON LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

### DECLARACIONES

I.- "**EL INSTITUTO**", DECLARA A TRAVÉS DE SU REPRESENTANTE LEGAL QUE:

I.1.- ES UN ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL CON PERSONALIDAD JURÍDICA Y PATRIMONIO PROPIOS, QUE TIENE A SU CARGO LA ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL, COMO UN SERVICIO PÚBLICO DE CARÁCTER NACIONAL, EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 4 Y 5 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL.

I.2.- ESTÁ FACULTADO PARA ADQUIRIR TODA CLASE DE BIENES MUEBLES EN TÉRMINOS DE LA LEGISLACIÓN VIGENTE, PARA LA CONSECUCIÓN DE LOS FINES PARA LOS QUE FUE CREADO, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 251, FRACCIONES IV Y V DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL.

I.3.- QUE SU REPRESENTANTE LA **DRA. KARLA GUADALUPE LÓPEZ LÓPEZ**, SE ENCUENTRA FACULTADO PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO EN REPRESENTACIÓN DE "**EL INSTITUTO**", DE ACUERDO AL PODER QUE SE CONTIENE EN LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **94,989**, DE FECHA **13 DE FEBRERO DEL 2020**, PASADA ANTE LA FE DEL LICENCIADO **LUIS RICARDO DUARTE GUERRA**, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO **24** DE LA CIUDAD DE **MEXICO**, E INSCRITA EN EL REGISTRO PUBLICO DE LA PROPIEDAD.

I.4.- EL **LIC. MAURICIO HUMBERTO ZEBADUA SANTOS**, TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE "**EL INSTITUTO**", DE "**EL INSTITUTO**", INTERVIENE EN LA FIRMA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, COMO **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO**, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 84, PENULTIMO PARRAFO, DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

I.5.- EL **DR. TONATIHU ORTIZ CASTILLO**, TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS DE "**EL INSTITUTO**", INTERVIENE EN LA FIRMA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO COMO **ÁREA REQUIRIENTE** DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2, FRACCIÓN II DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

I.6.- EL **DR. JONATHAN DANIEL CAMPOS SÁNCHEZ**, **COORDINADOR AUXILAR DE ATENCIÓN MÉDICA EN SEGUNDO NIVEL** DE "**EL INSTITUTO**", INTERVIENE EN LA FIRMA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO COMO **ÁREA TÉCNICA** DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2, FRACCIÓN III DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

I.7.- EL **MTRO. ARIK SALVATIERRA GARCIA**, **JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS** DE "**EL INSTITUTO**", INTERVIENE EN LA FIRMA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO COMO **ÁREA CONTRATANTE**, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

ARTÍCULO 2, FRACCIÓN I, DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

I.8.- PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS FUNCIONES Y LA REALIZACIÓN DE SUS ACTIVIDADES, REQUIERE DE LA ADQUISICIÓN DEL SERVICIO DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA PARA PACIENTES NUEVOS, SOLICITADOS POR EL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN.

I.9.- LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS A EJERCER CON MOTIVO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, QUEDAN SUJETOS PARA FINES DE EJECUCIÓN Y PAGO, A LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA CON QUE CUENTE "EL INSTITUTO", CONFORME AL PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN QUE APRUEBE LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS DEL CONGRESO DE LA UNIÓN, SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA "EL INSTITUTO"

EL PRESUPUESTO DEFINITIVO A EJERCER ESTÁ SUJETO A LA APROBACIÓN DEL PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN PARA EL EJERCICIO FISCAL 2022 POR PARTE DE LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS DEL CONGRESO DE LA UNIÓN, POR LO QUE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE ESTA ADJUDICACIÓN QUEDA SUJETA PARA FINES DE EJECUCIÓN Y PAGO A LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA CON LA QUE CUENTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, CONFORME AL PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN QUE PARA EL EJERCICIO FISCAL 2022 SE APRUEBE, SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

"EL INSTITUTO" CUENTA CON DICTAMEN DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL NÚMERO 0000028276-2022 PARA CUBRIR LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN ESTE INSTRUMENTO JURIDICO EL CUAL SE ADJUNTA AL PRESENTE CONTRATO COMO **ANEXO 4 (CUATRO)**.

I.10.- EL PRESENTE CONTRATO FUE ADJUDICADO A "EL PROVEEDOR" MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACION DIRECTA NÚMERO **AA-050GYR035-E001-2022**, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 134 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 25, 26, FRACCIÓN III, 26 BIS., FRACCIÓN II, 28, FRACCIÓN I, Y 41 FRACCIÓN V DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y EL ARTÍCULO 35 DE SU REGLAMENTO Y DEMAS DISPOSICIONES APLICABLES EN LA MATERIA.

I.11.- CON FECHA **31 DE DICIEMBRE DE 2021**, EL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN, A TRAVÉS DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO, EMITIÓ EL FALLO DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN MENCIONADO EN LA DECLARACIÓN QUE ANTECEDE.

I.12.- CONFORME A LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 57 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 107 DE SU REGLAMENTO, "EL PROVEEDOR" EN CASO DE AUDITORIAS, VISITAS O INSPECCIONES QUE PRACTIQUE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN "EL INSTITUTO", DEBERÁ PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN QUE EN SU MOMENTO SE REQUIERA, RELATIVA AL PRESENTE CONTRATO.

I.13.- DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 81, FRACCIÓN IV, DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, EN CASO DE DISCREPANCIA ENTRE LA CONVOCATORIA A LA LICITACION PÚBLICA, LA INVITACION A CUANDO MENOS TRES PERSONAS O LA SOLICITUD DE COTIZACION Y EL MODELO DE CONTRATO PREVALECERA LO ESTABLECIDO EN LA CONVOCATORIA, INVITACION O SOLICITUD RESPECTIVA.

I.14.- SEÑALA COMO DOMICILIO PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ACTO JURÍDICO EL UBICADO EN LA CALLE **GREGORIO TORRES QUEVEDO** NUMERO **1950** ORIENTE, ZONA CENTRO, MONTERREY NUEVO LEON, CODIGO POSTAL **64010**.





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

"EL PROVEEDOR" DECLARA QUE EN CASO DE INCUMPLIMIENTO EN SUS OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL, SOLICITA SE APLIQUEN LOS RECURSOS DERIVADOS DEL CONTRATO CONTRA LOS ADEUDOS QUE, EN SU CASO, TUVIERA A FAVOR DE "EL INSTITUTO".

II.8.- SEÑALA COMO DOMICILIO PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ACTO JURÍDICO, EL UBICADO EN AVENIDA ESPAÑA NÚMERO 1840, COLONIA MODERNA, GUADALAJARA, JALISCO, CÓDIGO POSTAL 44190.

HECHAS LAS DECLARACIONES ANTERIORES, LAS PARTES CONVIENEN EN OTORGAR EL PRESENTE CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LAS SIGUIENTES:

### CLÁUSULAS

**PRIMERA.- OBJETO DEL CONTRATO.-** "EL INSTITUTO" SE OBLIGA A ADQUIRIR DE "EL PROVEEDOR" Y ÉSTE SE OBLIGA A SUMINISTRAR LOS BIENES CUYAS CARACTERÍSTICAS, ESPECIFICACIONES Y CANTIDADES SE DESCRIBEN EN EL **ANEXO 1 (UNO)**, EN EL QUE SE IDENTIFICA LA CANTIDAD MÍNIMA DE BIENES COMO COMPROMISO DE ADQUISICIÓN Y LA CANTIDAD MÁXIMA DE BIENES SUSCEPTIBLES DE ADQUISICIÓN.

**SEGUNDA.- IMPORTE DEL CONTRATO.-** "EL INSTITUTO" CUENTA CON UN PRESUPUESTO MÍNIMO COMO COMPROMISO DE PAGO POR LOS BIENES OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, POR UN IMPORTE DE \$ 1,746,578.20 (UN MILLÓN SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS 20/100 M.N.), Y UN PRESUPUESTO MÁXIMO SUSCEPTIBLE DE SER EJERCIDO POR LA CANTIDAD DE \$ 4,324,920.00 (CUATRO MILLONES TRESCIENTOS VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M.N.), DE CONFORMIDAD CON LOS PRECIOS UNITARIOS QUE SE RELACIONAN EN EL **ANEXO 1 (UNO)**.

LAS PARTES CONVIENEN QUE EL PRESENTE CONTRATO SE CELEBRA BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL MISMO.

**TERCERA.- FORMA DE PAGO.-** EL PAGO DE LOS BIENES SE REALIZARA EN LOS LUGARES ESTABLECIDOS EN EL **ANEXO 2 (DOS)** DEL PRESENTE CONTRATO.

EL PAGO SE EFECTUARÁ EN PESOS MEXICANOS, A LOS 20 DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA ENTREGA POR PARTE DE "EL PROVEEDOR", DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- ORIGINAL DE LA FACTURA QUE REÚNA LOS REQUISITOS FISCALES RESPECTIVOS, EN LA QUE SE INDIQUEN LOS BIENES ENTREGADOS Y NÚMERO DE CONTRATO O PEDIDO, VALIDADA POR EL JEFE DE SERVICIOS ENCARGADO DEL PROGRAMA DE DPA QUE AMPARA(N) DICHOS BIENES, NÚMERO DE FIANZA Y DENOMINACIÓN SOCIAL DE LA AFIANZADORA, MISMA QUE DEBERÁ SER ENTREGADA EN EL **DEPARTAMENTO DELEGACIONAL DE PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y EROGACIONES, SITO EN AVENIDA GREGORIO TORRES QUEVEDO NUMERO 1950 ORIENTE, ZONA CENTRO, MONTERREY, NUEVO LEON, CODIGO POSTAL 64010** DE LUNES A VIERNES DE LAS 08:00 A LAS 13:00 HORAS, INDICANDO: RAZÓN SOCIAL, DOMICILIO FISCAL, NÚMERO TELEFÓNICO Y FAX, NOMBRE COMPLETO DEL APODERADO LEGAL CON FACULTADES DE COBRO Y SU FIRMA, NÚMERO DE CUENTA DE CHEQUES (NÚMERO DE CLABE BANCARIA ESTANDARIZADA), BANCO, SUCURSAL Y PLAZA, ASÍ COMO, NÚMERO DE PROVEEDOR ASIGNADO POR "EL INSTITUTO".



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACIÓN DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA EL TRÁMITE DE PAGO SERÁ SUSCEPTIBLE A MODIFICACIONES DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL ANEXO 02 DEL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, GLOSA Y APROBACIÓN DE DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA TRÁMITE DE PAGO Y LA CONSTITUCIÓN, MODIFICACIÓN, CANCELACIÓN, OPERACIÓN Y CONTROL DE FONDOS FIJOS CLAVE: 6130-003-002 QUE RIGE AL INSTITUTO.

- EN CASO DE QUE **"EL PROVEEDOR"** PRESENTE SU FACTURA CON ERRORES O DEFICIENCIAS, EL PLAZO DE PAGO SE AJUSTARÁ EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 90 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.
- EL PAGO SE REALIZARÁ MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS, ATRAVÉS DEL ESQUEMA ELECTRÓNICO INTERBANCARIO QUE EL IMSS TIENE EN OPERACIÓN, A MENOS QUE EL PROVEEDOR ACREDITE EN FORMA FEHACIENTE LA IMPOSIBILIDAD PARA ELLO, PARA LO CUAL SE INSERTARÁ EN LOS CONTRATOS LO SIGUIENTE:

EL PAGO SE DEPOSITARÁ EN LA FECHA PROGRAMADA, SI LA CUENTA BANCARIA DEL PROVEEDOR ESTÁ CONTRATADA CON BANAMEX, HSBC, BANORTE, SANTANDER O SCOTIABANK, SI LA CUENTA PERTENECE A UN BANCO DISTINTO A LOS MENCIONADOS, EL IMSS 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).

ANEXO A LA SOLICITUD DE PAGO ELECTRÓNICO (BANCARIO 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.

ASIMISMO, **"EL INSTITUTO"** ACEPTARÁ DE **"EL PROVEEDOR"**, QUE EN EL SUPUESTO DE QUE TENGA CUENTAS LIQUIDAS Y EXIGIBLES A SU CARGO, APLICARLAS CONTRA LOS ADEUDOS QUE, EN SU CASO, TUVIERA POR CONCEPTO DE CUOTAS OBRERO PATRONALES, CONFORME A LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 40 B CUARTO PARRAFO, DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL.

**"EL PROVEEDOR"** QUE ENTREGUE BIENES A **"EL INSTITUTO"**, Y 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 DE LOS BIENES QUEDARÁ CONDICIONADO PROPORCIONALMENTE AL PAGO QUE **"EL PROVEEDOR"** DEBA EFECTUAR POR CONCEPTO DE PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO.

DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO **"EL PROVEEDOR"** QUEDA OBLIGADO A ENTREGAR A **"EL INSTITUTO"**, JUNTO CON LA FACTURA DE COBRO RESPECTIVA, LA "OPINIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL" VIGENTE Y POSITIVA.

#### CUARTA.- PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES DE ENTREGA.-

##### PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA:

NUMERO DE CONTRATO : SEIA222003170001

Pág. 5



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

LA PRIMERA ENTREGA PARA EL PACIENTE LA REALIZARÁ EL PROVEEDOR DENTRO DE LOS 15 DÍAS NATURALES A PARTIR DE QUE RECIBA EL FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE, FIP-01.

SERÁ RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR GARANTIZAR MEDIANTE ENTREGAS SUBSECUENTES DE MANERA MENSUAL PARA CUBRIR LOS DIAS MES CALENDARIO, LA SUFICIENCIA DE INSUMOS PARA LA TERAPIA, DEBIENDO VERIFICAR LAS EXISTENCIAS DE LOS BIENES PRESCRITOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE, CUANTIFICANDO SU EQUIVALENCIA EN BOLSAS EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA Y PROCEEDIENDO A HACER EL AJUSTE EN LA ENTREGAR Y FACTURACIÓN DEL PRODUCTO EN EL CICLO INMEDIATO SIGUIENTE, DE ACUERDO A LO SOLICITADO Y SOLO PROCEDERÁ EL COBRO POR LOS BIENES SUMINISTRADOS DE ACUERDO AL PLAZO ESTABLECIDO.

LA ENTREGA DE LOS BIENES SERÁ REALIZADA DIRECTAMENTE EN LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE D.P.A., LOS CUALES LE SERÁN PROPORCIONADOS AL PROVEEDOR, POR LOS JEFES DELEGACIONALES DE PRESTACIONES MÉDICAS Y DIRECCIONES MÉDICAS DE LAS U.M.A.E.S. ASÍ MISMO EL PROVEEDOR DOTARA EN LOS CASOS QUE PROCEDA DE UNA TARIMA PARA QUE EL ALMACENAMIENTO DE LAS CLAVES EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE NO SE REALICE DIRECTAMENTE EN EL PISO, DESECHANDO POSIBLES CONTAMINACIONES POR HONGOS. EN EL CASO DE REQUERIMIENTOS PARA NECESIDADES DE UNIDADES HOSPITALARIAS QUE REALICEN LAS PROPIAS UNIDADES DE CADA UNA DE LAS DELEGACIONES Y U.M.A.E.S., LA ENTREGA DE LOS BIENES SE HARÁ DIRECTAMENTE EN LOS ALMACENES DELEGACIONALES QUE SE MENCIONAN EN EL **ANEXO NÚMERO 2 (DOS)**.

LOS BIENES A SUMINISTRAR EN LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES, SE LLEVARÁN A CABO DE CONFORMIDAD CON LOS FORMATOS FIP-01 Y MPDP-01.

POR NECESIDADES DEL INSTITUTO Y SIN OBLIGACIÓN ADICIONAL PARA ÉSTE, Y PREVIO ACUERDO DE LAS PARTES, SE PODRÁ MODIFICAR EL LUGAR DE ENTREGA DE LOS BIENES.

EN CASO DE QUE HUBIERE INGRESOS O MODIFICACIONES EN EL TRANSCURSO DEL MES, **"EL INSTITUTO"** A TRAVÉS DE LA UNIDAD HOSPITALARIA LE NOTIFICARÁ DE INMEDIATO A **"EL PROVEEDOR"** PARA QUE SE LE HAGA ENTREGA DE LOS FORMATOS DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01 Y/O DE LOS FORMATOS DE MODIFICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN O DATOS DEL PACIENTE, MPDP-01.

**"EL PROVEEDOR"** ENTREGARÁ LLENO EL FORMATO **"SERVICIOS REGISTRADOS PARA DEVENGO"** EN FORMATO EXCEL, DICHO FORMATO SOPORTARÁ LOS SERVICIOS EFECTIVAMENTE OTORGADOS POR EL PROVEEDOR Y QUE DEBERÁN DE SER ENTREGADOS EN MEDIO MAGNÉTICO Ó CORREO ELECTRÓNICO, CONFORME LA PERIODICIDAD Y LUGAR, QUE INDIQUE CADA DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA CONTRATANTE, PARA SU VALIDACIÓN Y APROBACIÓN POR QUIEN DESIGNE EL PROPIO DIRECTOR DE LA UNIDAD, DICHO FORMATO AMPARA A NIVEL NOMINAL LA FACTURA ENTREGADA.

**"EL INSTITUTO"** NO OTORGARÁ AMPLIACIONES AL PLAZO DE ENTREGA ESTABLECIDO EN LOS CONTRATOS.

#### CONDICIONES DE ENTREGA.

LA TRANSPORTACIÓN DE LOS BIENES, LAS MANIOBRAS DE CARGA Y DESCARGA EN EL ANDÉN DEL LUGAR DE ENTREGA SERÁN A CARGO DEL PROVEEDOR, ASÍ COMO EL ASEGURAMIENTO DE LOS BIENES, HASTA QUE ESTOS SEAN RECIBIDOS DE CONFORMIDAD POR EL INSTITUTO.

NUMERO DE CONTRATO : SEIA222003170001



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

- ❖ **"EL PROVEEDOR"** GANADOR DE ESTE PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA, RECABARÁ EN CADA ENTREGA, LA FIRMA AUTÓGRAFA DEL PACIENTE, FAMILIAR O VECINO AUTORIZADO, EN EL FORMATO CONSTANCIA DE RECEPCIÓN, (CR-01) O BIEN, EN EL CASO DE NO ENCONTRARSE NINGUNO DE ELLOS EL PROVEEDOR DEBERÁ DEJAR NOTIFICACIÓN Y HACER ENTREGA EN LA FARMACIA DE LA UNIDAD HOSPITALARIA A LA QUE ESTÉ ADSCRITO.
- ❖ LOS BIENES QUE ENTREGUE **"EL PROVEEDOR"** PODRÁN SER ENTREGADOS CON EMPAQUE SECTOR SALUD O CON ETIQUETADO COMERCIAL, CON SELLO O SOBREIMPRESIÓN CON LA CLAVE DEL SECTOR SALUD, ASÍ MISMO AL ENTREGAR LOS BIENES EN LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES, EN LA CONSTANCIA DE RECEPCIÓN EL PROVEEDOR DEBERÁ INDICAR, EL NÚMERO DE CONTRATO Y POR CADA CLAVE EL NÚMERO DE LOTE, LA CANTIDAD DE PIEZAS ENTREGADAS, LA FECHA DE CADUCIDAD, DOMICILIO, TELÉFONO Y FAX DE LA EMPRESA, NOMBRE GENÉRICO O COMERCIAL DEL BIEN, NÚMERO Y TAMAÑO DEL LOTE FABRICADO, FECHA DE FABRICACIÓN Y/O DE CADUCIDAD.
- ❖ DURANTE LA RECEPCIÓN, LOS BIENES ESTARÁN SUJETOS A UNA VERIFICACIÓN VISUAL ALEATORIA, CON OBJETO DE REVISAR QUE SE ENTREGUEN CONFORME CON LA DESCRIPCIÓN DEL CATÁLOGO DE ARTÍCULOS, ASÍ COMO CON LAS CONDICIONES REQUERIDAS EN LA PRESENTE ADJUDICACION DIRECTA, CONSIDERANDO CANTIDAD, EMPAQUES Y ENVASES EN BUENAS CONDICIONES.
- ❖ EL PERSONAL DEL HOSPITAL RESPONSABLE DE LOS PROGRAMAS DE DPA DARÁN SEGUIMIENTO MENSUAL DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES Y LA OPORTUNIDAD A LA ENTREGA. CONFORME AL ANEXO T.3 (T. TRES), ANEXO T.3.2 (T. TRES.DOS) Y ANEXO T.3.3 (T. TRES.TRES). l.
- ❖ **"EL PROVEEDOR"** SE COMPROMETE A REQUISITAR EL ANEXO T.6 (T.SEIS) **"CONTROL DE RECUPERACIÓN DE BIENES DE DIALISIS PERITONEAL (DPCA Y DPA)"**, CUANDO POR CAUSA DE DEFUNCIÓN, CAMBIO O BAJA DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS DPA, REALICE LA ACTIVIDAD DE RECUPERACIÓN DE BIENES Y ENTREGA A LA FARMACIA DE LA UNIDAD HOSPITALARIA.
- ❖ LA TRANSPORTACIÓN DE LOS BIENES, LAS MANIOBRAS DE CARGA Y DESCARGA EN EL ANDÉN DEL LUGAR DE ENTREGA O, EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE, SERÁN A CARGO DEL PROVEEDOR, ASÍ COMO EL ASEGURAMIENTO DE LOS BIENES, HASTA QUE ESTOS SEAN RECIBIDOS DE CONFORMIDAD POR EL PACIENTE, FAMILIAR, RESPONSABLE AUTORIZADO O BIEN POR EL MISMO INSTITUTO. U
- ❖ LOS BIENES DEBERÁN SER ENTREGADOS POR LOS PROVEEDORES BAJO EL ESQUEMA LAB "LIBRE A BORDO" Y DDP "ENTREGA DERECHOS PAGADOS DESTINO FINAL".
- ❖ TODOS LOS BIENES QUE ENTREGUE **"EL PROVEEDOR"** DEBERÁN CONTENER EL CÓDIGO DE BARRAS UPC-A, UPC-E, EAN-13 O EAN-A8, DE ACUERDO A LAS NORMAS INTERNACIONALES DE CODIFICACIÓN, EL QUE NO DEBERÁ MODIFICARSE DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.
- ❖ LOS BIENES Y EQUIPOS QUE SE ENTREGUEN, DEBERÁN APEGARSE Estrictamente A LAS ESPECIFICACIONES, DESCRIPCIONES, PRESENTACIONES Y DEMÁS CARACTERÍSTICAS QUE SE INDICAN EN LOS ANEXOS NÚMEROS T.4 A (T. CUATRO A) Y T.4 B (T. CUATRO B), LOS CUALES FORMAN PARTE DE LA CONVOCATORIA, A LAS NORMAS OFICIALES, DISPOSICIONES LEGALES REGLAMENTARIAS Y ADMINISTRATIVAS QUE EMITA LA AUTORIDAD COMPETENTE, ASÍ COMO AQUELLAS EMITIDAS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL.
- ❖ LOS MARBETES INDICARÁN ADEMÁS DE LO ESTABLECIDO EN LA LEY GENERAL DE SALUD EL NOMBRE GENÉRICO, DESCRIPCIÓN DEL BIEN, CLAVE DEL CUADRO BÁSICO INSTITUCIONAL NÚMERO DE LOTE, FECHA DE CADUCIDAD, CANTIDAD, RAZÓN SOCIAL Y DOMICILIO DEL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

FABRICANTE, EL NÚMERO DE REGISTRO OTORGADO POR LA SSA Y OTRAS CARACTERÍSTICAS DEL BIEN QUE EL PROVEEDOR CONSIDERE IMPORTANTE PARA LA IDENTIFICACIÓN RESPECTIVA.

- ❖ EN CASO DE QUE **"EL PROVEEDOR"** SEA UN DISTRIBUIDOR, LLEVARÁ EN EL ENVASE SECUNDARIO Y DE NO EXISTIR ÉSTE, EN EL PRIMARIO, ETIQUETAS SOBREPUESTAS SIN CUBRIR LEYENDAS DE ORIGEN INDICANDO LA RAZÓN SOCIAL Y DOMICILIO DEL PROVEEDOR.
- ❖ LOS ENVASES PRIMARIOS Y SECUNDARIOS Y COLECTIVOS SERÁN LOS QUE DETERMINE EL PROVEEDOR, EN LA INTELIGENCIA QUE DEBERÁN GARANTIZAR QUE EL BIEN SE CONSERVE EN CONDICIONES ÓPTIMAS DE EMPAQUE Y EMBALAJE DURANTE EL TRANSPORTE Y ALMACENAJE, ASÍ COMO, QUE LA CALIDAD DEL BIEN SE MANTENGA DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA, ASÍ MISMO DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY GENERAL DE SALUD Y SUS REGLAMENTOS Y NORMAS OFICIALES MEXICANAS APLICABLES, CONFORME A LOS MARBETES AUTORIZADOS POR LA COMISIÓN FEDERAL PARA LA PREVENCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS.
- ❖ **"EL PROVEEDOR"**, INFORMARÁ MENSUALMENTE MEDIANTE RELACIÓN, EL NÚMERO DE EQUIPOS INSTALADOS EN LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES Y UNA DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES DE LOS MISMOS Y LA MANIFESTACIÓN DE QUE LOS MISMOS SE APEGAN ESTRICTAMENTE A LO REQUERIDO POR EL INSTITUTO, TANTO EN LAS UNIDADES MÉDICAS HOSPITALARIAS DE ADSCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES, JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS DE LAS DELEGACIONES Y/O DIRECCIÓN MEDICA DE LAS UMAES, DONDE SE SUSCRIBAN LOS CONTRATOS.

l.

**QUINTA.- CANJE DE LOS BIENES.-** **"EL INSTITUTO"**, POR CONDUCTO DE LOS RESPONSABLES ADMINISTRATIVOS DE LAS DELEGACIONES Y/O UNIDADES MÉDICAS, ASÍ COMO POR EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO, PODRÁ SOLICITAR DIRECTAMENTE A **"EL PROVEEDOR"**, DENTRO DE LOS 3 (TRES) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES AL MOMENTO EN QUE SE HAYA PERCATADO DEL VICIO OCULTO O PROBLEMA DE CALIDAD, EL CANJE DE LOS BIENES QUE PRESENTEN DEFECTOS, ESPECIFICACIONES DISTINTAS A LAS ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE CONTRATO O CALIDAD INFERIOR A LA PROPUESTA, VICIOS OCULTOS O BIEN, CUANDO EL ÁREA USUARIA MANIFIESTE ALGUNA QUEJA EN EL SENTIDO DE QUE EL USO DEL BIEN PUEDE AFECTAR LA CALIDAD DEL SERVICIO, DEBIENDO NOTIFICAR A **"EL PROVEEDOR"**.

**"EL PROVEEDOR"** DEBERÁ REPONER LOS BIENES SUJETOS A CANJE, EN UN PLAZO QUE NO EXCEDERÁ DE 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SU NOTIFICACIÓN.

LOS LOTES DE LOS BIENES TERAPÉUTICOS QUE SE ENTREGUEN A **"EL INSTITUTO"** POR MOTIVO DE CANJE, SERÁN ACEPTADOS CON EL DICTAMEN DE UN TERCERO AUTORIZADO POR LA SECRETARÍA DE SALUD, EN EL QUE SE CONSTATE QUE CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS. EN CASOS JUSTIFICADOS POR EL ÁREA MÉDICA O SOLICITANTE, SE PODRÁN RECIBIR POR CANJE LOS LOTES DE BIENES CON EL INFORME ANALÍTICO DEL LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD DEL FABRICANTE, MEDIANTE EL CUAL SE CONSTATE DE IGUAL FORMA, QUE SE CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.

**"EL PROVEEDOR"** DEBERÁ ADEMÁS VERIFICAR SI OTROS LOTES DE ESTOS BIENES PREVIAMENTE ENTREGADOS, PRESENTAN EL DEFECTO DE CALIDAD INICIALMENTE DETECTADO, DE SER ASÍ DEBERÁ REPONERLOS POR LOTES YA CORREGIDOS.

EN LOS CASOS QUE ENSEGUIDA SE DETALLAN SE PROCEDERÁ A LA DEVOLUCIÓN DEL TOTAL DE LAS EXISTENCIAS DE LOS BIENES A **"EL PROVEEDOR"**, INFORMANDO A LA COFEPRIS Y A LAS ÁREAS MÉDICAS Y DE ADQUISICIONES DE LA DELEGACIÓN, QUE SE TRATE:

- EN CASO DE QUE CON POSTERIORIDAD A LA ENTREGA DE LOTES CORREGIDOS, SE DETECTE EL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACIÓN DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

MISMO DEFECTO DE LOTES ANTERIORES Y ÉSTOS NO HAYAN SIDO REPUESTOS.

- EN CASO DE QUE SE DEMUESTRE QUE UN BIEN PUEDE PRODUCIR CONDICIONES PELIGROSAS O INSEGURAS PARA LAS PERSONAS QUE LOS UTILICEN.

**"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 A **"EL INSTITUTO"** Y/O A TERCEROS.

EN CASO DE QUE **"EL INSTITUTO"** DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO O LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO RECIBA COMUNICADO POR PARTE DE LA SSA, DE QUE HA SIDO SANCIONADO **"EL PROVEEDOR"** O SE LE HA REVOCADO EL REGISTRO SANITARIO, SE PODRÁ EN SU CASO, INICIAR EL PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO.

TODOS LOS GASTOS QUE SE GENEREN CON MOTIVO DEL CANJE, CORRERÁN POR CUENTA DE **"EL PROVEEDOR"**, PREVIA NOTIFICACIÓN DE **"EL INSTITUTO"**.

LA ENTREGA DE LOS BIENES DE REPOSICIÓN POR CANJE, SERÁ REALIZADA DIRECTAMENTE EN LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE DPA, O EN LOS LUGARES Y DOMICILIOS ESTABLECIDOS EN LA PRESENTE CONVOCATORIA

**SEXTA.- PROGRAMA DE SUPERVISIÓN.-** **"EL INSTITUTO"** LLEVARÁ A CABO UN PROGRAMA DE SUPERVISIÓN PARA LA VIGILANCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA), EL CUAL DEBERÁ DE OBSERVAR COMO MÍNIMO LO SIGUIENTE:

1. REALIZAR LA SUPERVISIÓN DE FORMA MENSUAL.
2. LA ELECCIÓN DE LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES A LOS QUE DEBERÁ DE VISITAR SE ELEGIRÁN DE FORMA ALEATORIA.
3. EL TAMAÑO DE LA MUESTRA DEL NÚMERO DE DOMICILIO DE LOS PACIENTES A LOS QUE REALIZARÁ LAS VISITAS DE SUPERVISIÓN, DEBERÁ OSCILAR EN UN RANGO ENTRE EL 3 Y EL 10 POR CIENTO (%) DE LA TOTALIDAD DE POBLACIÓN DE PACIENTES QUE SE ENCUENTREN EN DPA POR MES, MISMO QUE SERÁ DETERMINADO POR LAS DELEGACIONES Y UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD, EN FUNCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES DISPONIBLES.
4. VERIFICAR QUE EL SURTIMIENTO DE LOS BIENES SE DÉ EN TIEMPO Y FORMA POR EL LICITANTE QUE RESULTE ADJUDICADO, CON BASE EN LA CANTIDAD DE BOLSAS TERAPÉUTICAS PRESCRITAS Y CON LA PERIODICIDAD REQUERIDA, EN ESTRICTO APEGO AL CONTRATO QUE PARA TAL EFECTO SEA FORMALIZADO.
5. DEBERÁ VERIFICAR QUE EL SUMINISTRO DE LOS BIENES DE CONSUMO TERAPÉUTICO (BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL) ENTREGADOS EN LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES, SE REALICEN CON BASE EN EXISTENCIAS, VIGILANDO PRIMORDIALMENTE, QUE EXISTA SIEMPRE LA CANTIDAD SUFICIENTE DE BOLSAS PRESCRITAS PARA EL PACIENTE, SIN QUE SE GENEREN SOBREINVENTARIOS DE DICHS BIENES, EN LOS DOMICILIOS DE LOS MISMOS.
6. CADA UNIDAD MÉDICA, POR CONDUCTO DEL SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO, HARÁ LA NOTIFICACIÓN DE LAS SOBREINVERSIONES DETECTADAS AL ÁREA DE PAGO RESPECTIVA Y AL PROVEEDOR DE MANERA MENSUAL PARA HACER LA DEDUCTIVA CORRESPONDIENTE, QUE SERÁ EL EQUIVALENTE AL IMPORTE DEL DOBLE DE LA SOBREINVERSIÓN DETECTADA, CON EL OBJETO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACIÓN DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

DE DAR CABAL CUMPLIMIENTO AL "PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR EL TRATAMIENTO DIALÍTICO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN LAS UNIDADES MÉDICAS HOSPITALARIAS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN VIGENTE".

PARA EFECTO DE LO ANTERIOR, LAS UNIDADES MÉDICAS DEBERÁN UTILIZAR LOS FORMATOS T.3.2 (T.TRES. DOS) Y T.3.3 (T. TRES. TRES).

**SÉPTIMA.- VIGENCIA.-** LAS PARTES CONVIENEN EN QUE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ A PARTIR DEL 1 DE ENERO AL 30 DE ABRIL DE 2022.

**OCTAVA.- PROHIBICIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES.-** "EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A NO CEDER EN FORMA PARCIAL NI TOTAL, A FAVOR DE CUALQUIER OTRA PERSONA FÍSICA O MORAL, LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE SE DERIVEN DE ESTE CONTRATO CON EXCEPCIÓN DE LOS DERECHOS DE COBRO.

"EL PROVEEDOR" SÓLO PODRÁ CEDER LOS DERECHOS DE COBRO QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO, CON EL CONSENTIMIENTO DE "EL INSTITUTO", Y DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO EN LA CLÁUSULA TERCERA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

**NOVENA.- RESPONSABILIDAD.-** "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, LLEGUEN A CAUSAR A "EL 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.

**DÉCIMA.- IMPUESTOS Y/O DERECHOS.-** LOS IMPUESTOS Y/O DERECHOS QUE PROCEDAN CON MOTIVO DE LOS BIENES OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, SERÁN PAGADOS POR "EL PROVEEDOR" CONFORME A LA LEGISLACIÓN APLICABLE EN LA MATERIA.

**DÉCIMA PRIMERA.- PATENTES Y/O MARCAS.-** "EL PROVEEDOR" SE OBLIGA PARA CON "EL INSTITUTO", A RESPONDER POR LOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS QUE LE PUDIERA CAUSAR A ÉSTE O A TERCEROS, SI CON MOTIVO DE LA ENTREGA DE LOS BIENES ADQUIRIDOS VIOLA DERECHOS DE AUTOR, DE PATENTES Y/O MARCAS U OTRO DERECHO RESERVADO A NIVEL NACIONAL O INTERNACIONAL.

POR LO ANTERIOR, "EL PROVEEDOR" MANIFIESTA EN ESTE ACTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, NO ENCONTRARSE EN NINGUNO DE LOS SUPUESTOS DE INFRACCIÓN A LA LEY FEDERAL DEL DERECHO DE AUTOR, NI A LA LEY DE LA PROPIEDAD INDUSTRIAL.

EN CASO DE QUE SOBREVINIERA ALGUNA RECLAMACIÓN EN CONTRA DE "EL INSTITUTO" POR CUALQUIERA DE LAS CAUSAS ANTES MENCIONADAS, LA ÚNICA OBLIGACIÓN DE ÉSTE SERÁ LA DE DAR AVISO EN EL DOMICILIO PREVISTO EN ESTE INSTRUMENTO A "EL PROVEEDOR", PARA QUE ÉSTE LLEVE A CABO LAS ACCIONES NECESARIAS QUE GARANTICEN LA LIBERACIÓN DE "EL INSTITUTO" DE CUALQUIER CONTROVERSIA O RESPONSABILIDAD DE CARÁCTER CIVIL, MERCANTIL, PENAL O ADMINISTRATIVA QUE, EN SU CASO, SE OCASIONE.

**DÉCIMA SEGUNDA.- GARANTÍAS.-** "EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A OTORGAR A "EL INSTITUTO", LAS GARANTÍAS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN:

**A) GARANTÍA DE LOS BIENES:** "EL PROVEEDOR" DEBERÁ PRESENTAR JUNTO CON LOS BIENES, ESCRITO EN PAPEL MEMBRETADO DE ÉSTE, FIRMADO POR SU REPRESENTANTE LEGAL, POR EL QUE SE



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

GARANTICE QUE EL PERÍODO DE CADUCIDAD DE LOS BIENES, NO PODRÁ SER MENOR A 12 (DOCE) MESES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA DE LOS BIENES.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, **"EL PROVEEDOR"** PODRÁ ENTREGAR BIENES CON UNA CADUCIDAD MÍNIMA DE HASTA 09 (NUEVE) MESES, SIEMPRE Y CUANDO ENTREGUE UNA CARTA COMPROMISO, EN LA CUAL SE OBLIGUE A CANJEAR DENTRO DE UN PLAZO DE 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE AL QUE SEA REQUERIDO EL CANJE, SIN COSTO ALGUNO PARA **"EL INSTITUTO"**, AQUELLOS BIENES QUE NO SEAN CONSUMIDOS POR ÉSTE, DENTRO DE SU VIDA ÚTIL; EN EL CONTENIDO DE DICHA CARTA, SE DEBERÁ INDICAR LA(S) CLAVE(S), CON SU DESCRIPCIÓN, FABRICANTE Y NÚMERO DE LOTE.

- B) GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.- "EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A OTORGAR, DENTRO DE UN PLAZO DE 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA FIRMA DE ESTE INSTRUMENTO, UNA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO, MEDIANTE FIANZA EXPEDIDA POR COMPAÑÍA AUTORIZADA EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS, Y A FAVOR DEL "INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL", POR UN MONTO EQUIVALENTE AL 10% (DIEZ POR CIENTO) SOBRE EL IMPORTE MÁXIMO QUE SE INDICA EN LA CLÁUSULA SEGUNDA DEL PRESENTE CONTRATO, EN MONEDA NACIONAL.

**"EL PROVEEDOR"** QUEDA OBLIGADO A ENTREGAR A **"EL INSTITUTO"** LA PÓLIZA DE FIANZA, APEGÁNDOSE AL FORMATO QUE SE INTEGRA AL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO COMO **ANEXO 3 (TRES)**, EN LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO Y/O EN CADA DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO DE LAS DELEGACIONES Y/O UMAE'S EN LAS CUALES HAYA RESULTADO ADJUDICADO.

DICHA PÓLIZA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO SERÁ DEVUELTA A **"EL PROVEEDOR"** UNA VEZ QUE **"EL INSTITUTO"**, LE OTORQUE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO, PARA QUE ÉSTE PUEDA SOLICITAR A LA AFIANZADORA CORRESPONDIENTE LA CANCELACIÓN DE LA FIANZA, AUTORIZACIÓN QUE SE

ENTREGARÁ A **"EL PROVEEDOR"**, SIEMPRE QUE DEMUESTRE HABER CUMPLIDO CON LA TOTALIDAD DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO; PARA LO CUAL DEBERÁ PRESENTAR MEDIANTE ESCRITO LA SOLICITUD DE LIBERACIÓN DE LA FIANZA EN LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DE LAS DELEGACIONES Y/O UMAE'S EN LAS CUALES HAYA RESULTADO ADJUDICADO, MISMA QUE LLEVARÁ A CABO EL PROCEDIMIENTO PARA LA LIBERACIÓN Y ENTREGA DE FIANZA.

DICHA PÓLIZA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO SE HARA EFECTIVA POR EL MONTO TOTAL DE LAS OBLIGACIONES GARANTIZADAS.

**DÉCIMA TERCERA.- EJECUCIÓN DE LA PÓLIZA DE FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO.- "EL INSTITUTO"** LLEVARÁ A CABO LA EJECUCIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN LOS CASOS SIGUIENTES:

- A) SE RESCINDA ADMINISTRATIVAMENTE ESTE CONTRATO.**
- B) DURANTE SU VIGENCIA SE DETECTEN DEFICIENCIAS, FALLAS O CALIDAD INFERIOR EN LOS BIENES SUMINISTRADOS, EN COMPARACIÓN CON LOS OFERTADOS.**
- C) CUANDO EN EL SUPUESTO DE QUE SE REALICEN MODIFICACIONES AL CONTRATO, NO ENTREGUE "EL PROVEEDOR" EN EL PLAZO PACTADO, EL ENDOSO O LA NUEVA GARANTÍA, QUE AMPARE EL PORCENTAJE ESTABLECIDO PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE INSTRUMENTO, ESTABLECIDO EN LA CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA, INCISO B).**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

D) POR CUALQUIER OTRO INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN ESTE CONTRATO.

**DÉCIMA CUARTA.- PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO EN LA ENTREGA DE LOS BIENES ADJUDICADOS.-** "EL INSTITUTO" APLICARÁ UNA PENA CONVENCIONAL POR CADA DÍA DE ATRASO EN LA ENTREGA DE LOS BIENES, POR EL EQUIVALENTE AL 2.5% (DOS PUNTO CINCO POR CIENTO) SOBRE EL VALOR TOTAL DE LO INCUMPLIDO, SIN INCLUIR EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (IVA), EN CADA UNO DE LOS SUPUESTOS SIGUIENTES:

- a) CUANDO "EL PROVEEDOR" NO ENTREGUE LOS BIENES QUE LE HAYAN SIDO REQUERIDOS, DENTRO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA FECHA DE EMISIÓN DE LA ORDEN DE REPOSICIÓN CORRESPONDIENTE. EN ESTE SUPUESTO LA APLICACIÓN DE LA PENA CONVENCIONAL PODRÁ SER HASTA POR UN MÁXIMO DE CUATRO DÍAS COMO ENTREGA CON ATRASO.
- b) CUANDO "EL PROVEEDOR" NO REPONGA DENTRO DEL PLAZO SEÑALADO EN LA CLÁUSULA QUINTA DEL PRESENTE CONTRATO, LOS BIENES QUE "EL INSTITUTO" HAYA SOLICITADO PARA SU CANJE.

LA PENA CONVENCIONAL POR ATRASO SE CALCULARÁ POR CADA DÍA DE INCUMPLIMIENTO, DE ACUERDO CON EL PORCENTAJE DE PENALIZACIÓN ESTABLECIDO, APLICADO AL VALOR DE LOS BIENES ENTREGADOS CON ATRASO, Y DE MANERA PROPORCIONAL AL IMPORTE DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO QUE CORRESPONDA A LA ORDEN DE REPOSICIÓN O CONCEPTO. LA SUMA DE LAS PENAS CONVENCIONALES NO DEBERÁ EXCEDER EL IMPORTE DE DICHA GARANTÍA.

"EL PROVEEDOR" A SU VEZ, AUTORIZA A "EL INSTITUTO" A DESCONTAR LAS CANTIDADES QUE RESULTEN DE APLICAR LA PENA CONVENCIONAL, SOBRE LOS PAGOS QUE DEBERÁ CUBRIR A "EL PROVEEDOR". EL ÁREA DE ADQUISICIONES DE CADA DELEGACIÓN Y/O UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD, ES LA RESPONSABLE DE APLICAR LAS PENAS CONVENCIONALES.

CONFORME A LO PREVISTO EN EL ÚLTIMO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 96 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, NO SE ACEPTARÁ LA ESTIPULACIÓN DE PENAS CONVENCIONALES, NI INTERESES MORATORIOS A CARGO DE "EL INSTITUTO".

HABRÁ SOBREINVENTARIO CUANDO SE SOBRE PASE EL NUMERO DE BOLSAS REQUERIDO PARA DOS DIAS, ES DECIR CUATRO BOLSAS, SIEMPRE Y CUANDO SE COMPRUEBE QUE EL PROVEEDOR ENTREGO PRODUCTO DE MAS.

**DÉCIMA QUINTA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA.-** DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 54 BIS, DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, "EL INSTITUTO" PODRÁ DAR POR TERMINADO ANTICIPADAMENTE EL PRESENTE CONTRATO SIN RESPONSABILIDAD PARA ÉSTE Y SIN NECESIDAD DE QUE MEDIE RESOLUCIÓN JUDICIAL ALGUNA, CUANDO CONCURRAN RAZONES DE INTERÉS GENERAL, O BIEN, CUANDO POR CAUSAS JUSTIFICADAS SE EXTINGA LA NECESIDAD DE REQUERIR LOS BIENES OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, 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 INSTRUMENTO JURÍDICO, CON MOTIVO DE LA RESOLUCIÓN DE UNA INCONFORMIDAD EMITIDA POR LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA.

EN ESTOS CASOS "EL INSTITUTO" REEMBOLSARÁ A "EL PROVEEDOR" LOS GASTOS NO RECUPERABLES EN QUE HAYA INCURRIDO, SIEMPRE QUE ESTOS SEAN RAZONABLES, ESTÉN COMPROBADOS Y SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

**DÉCIMA SEXTA.- RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO.-** "EL INSTITUTO" PODRÁ RESCINDIR ADMINISTRATIVAMENTE EL PRESENTE CONTRATO EN CUALQUIER MOMENTO, CUANDO **"EL PROVEEDOR"** INCURRA EN INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO, DE CONFORMIDAD CON EL PROCEDIMIENTO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 54 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO. **"EL INSTITUTO"** PODRÁ SUSPENDER EL TRÁMITE DEL PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN, CUANDO SE HUBIERA INICIADO UN PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN RESPECTO DEL CONTRATO MATERIA DE LA RESCISIÓN.

**DÉCIMA SÉPTIMA.- CAUSAS DE RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO.-** "EL INSTITUTO" PODRÁ RESCINDIR ADMINISTRATIVAMENTE ESTE CONTRATO SIN MÁS RESPONSABILIDAD PARA EL MISMO Y SIN NECESIDAD DE RESOLUCIÓN JUDICIAL, CUANDO **"EL PROVEEDOR"** INCURRA EN CUALQUIERA DE LAS CAUSALES SIGUIENTES:

1. CUANDO NO ENTREGUE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, DENTRO DEL TÉRMINO DE 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA FIRMA DEL MISMO.
2. CUANDO INCURRA EN FALTA DE VERACIDAD TOTAL O PARCIAL RESPECTO A LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA PARA LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO.
3. CUANDO SE INCUMPLA, TOTAL O PARCIALMENTE, CON CUALESQUIERA DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO Y SUS ANEXOS.
4. CUANDO SE COMPRUEBE QUE **"EL PROVEEDOR"** HAYA ENTREGADO BIENES CON DESCRIPCIONES Y CARACTERÍSTICAS DISTINTAS A LAS PACTADAS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.
5. EN CASO DE QUE **"EL PROVEEDOR"** NO REPONGA LOS BIENES QUE LE HAYAN SIDO DEVUELTOS PARA CANJE, POR PROBLEMAS DE CALIDAD, DEFECTOS O VICIOS OCULTOS, DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL PRESENTE CONTRATO.
6. CUANDO SE TRASMITAN TOTAL O PARCIALMENTE, BAJO CUALQUIER TÍTULO, LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES PACTADAS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, CON EXCEPCIÓN DE LOS DERECHOS DE COBRO, PREVIA AUTORIZACIÓN DE **"EL INSTITUTO"**.
7. SI LA AUTORIDAD COMPETENTE DECLARA EL CONCURSO MERCANTIL O CUALQUIER SITUACIÓN ANÁLOGA O EQUIVALENTE QUE AFECTE EL PATRIMONIO DE **"EL PROVEEDOR"**.
8. EN CASO DE QUE DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO SE RECIBA COMUNICADO POR PARTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD, EN EL SENTIDO DE QUE **"EL PROVEEDOR"** HA SIDO SANCIONADO O SE LE HA REVOCADO EL REGISTRO SANITARIO CORRESPONDIENTE.
9. EN EL SUPUESTO DE QUE LA COMISIÓN FEDERAL DE COMPETENCIA, DE ACUERDO A SUS FACULTADES, NOTIFIQUE A **"EL INSTITUTO"**. LA SANCIÓN IMPUESTA A **"EL PROVEEDOR"**, CON MOTIVO DE LA COLUSIÓN DE PRECIOS EN QUE HUBIESE INCURRIDO DURANTE EL PROCEDIMIENTO LICITATORIO, EN CONTRAVENCIÓN A LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 9, DE LA LEY FEDERAL DE COMPETENCIA ECONÓMICA, Y 34, DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

**DÉCIMA OCTAVA.- PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN.-** PARA EL CASO DE RESCISIÓN ADMINISTRATIVA LAS PARTES CONVIENEN EN SOMETERSE AL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

- A) SI **"EL INSTITUTO"** CONSIDERA QUE **"EL PROVEEDOR"** HA INCURRIDO EN ALGUNA DE LAS CAUSALES DE RESCISIÓN QUE SE CONSIGNAN EN LA CLÁUSULA QUE ANTECEDE, LO HARÁ SABER A **"EL PROVEEDOR"** DE FORMA INDUBITABLE POR ESCRITO A EFECTO DE QUE ÉSTE EXPONGA LO QUE A



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

SU DERECHO CONVENGA Y APORTE, EN SU CASO, LAS PRUEBAS QUE ESTIME PERTINENTES, EN UN TÉRMINO DE 05 (CINCO) DÍAS HÁBILES, A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DE LA COMUNICACIÓN DE REFERENCIA.

- B) TRANSCURRIDO EL TÉRMINO A QUE SE REFIERE EL PÁRRAFO ANTERIOR, SE RESOLVERÁ CONSIDERANDO LOS ARGUMENTOS Y PRUEBAS QUE HUBIERE HECHO VALER.
- C) LA DETERMINACIÓN DE DAR O NO POR RESCINDIDO ADMINISTRATIVAMENTE EL CONTRATO, DEBERÁ SER DEBIDAMENTE FUNDADA, MOTIVADA Y COMUNICADA POR ESCRITO A **"EL PROVEEDOR"**, DENTRO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES, AL VENCIMIENTO DEL PLAZO SEÑALADO EN EL INCISO A) DE ESTA CLÁUSULA.

EN EL SUPUESTO DE QUE SE RESCINDA EL CONTRATO, **"EL INSTITUTO"** NO APLICARÁ LAS PENAS CONVENCIONALES, NI SU CONTABILIZACIÓN PARA HACER EFECTIVA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

EN CASO DE QUE **"EL INSTITUTO"** DETERMINE DAR POR RESCINDIDO EL PRESENTE CONTRATO, SE DEBERÁ FORMULAR UN FINQUITO EN EL QUE SE HAGAN CONSTAR LOS PAGOS QUE, EN SU CASO, DEBA EFECTUAR **"EL INSTITUTO"** POR CONCEPTO DE LOS BIENES ENTREGADOS POR **"EL PROVEEDOR"** HASTA EL MOMENTO EN QUE SE DETERMINE LA RESCISIÓN ADMINISTRATIVA.

SI PREVIAMENTE A LA DETERMINACIÓN DE DAR POR RESCINDIDO EL CONTRATO, **"EL PROVEEDOR"** ENTREGA LOS BIENES, EL PROCEDIMIENTO INICIADO QUEDARÁ SIN EFECTOS, PREVIA ACEPTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE **"EL INSTITUTO"** POR ESCRITO, DE QUE CONTINÚA VIGENTE LA NECESIDAD DE CONTAR CON LOS BIENES Y APLICANDO, EN SU CASO, LAS PENAS CONVENCIONALES CORRESPONDIENTES.

**"EL INSTITUTO"** PODRÁ DETERMINAR NO DAR POR RESCINDIDO EL CONTRATO, CUANDO DURANTE EL PROCEDIMIENTO ADVIERTA QUE DICHA RESCISIÓN 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 DARSE POR RESCINDIDO EL CONTRATO, **"EL INSTITUTO"** ESTABLECERÁ, DE CONFORMIDAD CON **"EL PROVEEDOR"** UN NUEVO PLAZO PARA EL CUMPLIMIENTO DE AQUELLAS OBLIGACIONES QUE SE HUBIESEN DEJADO DE CUMPLIR, A EFECTO DE QUE **"EL PROVEEDOR"** SUBSANE EL INCUMPLIMIENTO QUE HUBIERE MOTIVADO EL INICIO DEL PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN. LO ANTERIOR, SE LLEVARÁ A CABO A TRAVÉS DE UN CONVENIO MODIFICATORIO EN EL QUE SE CONSIDERE LO DISPUESTO EN LOS DOS ÚLTIMOS PÁRRAFOS DEL ARTÍCULO 52 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

**DÉCIMA NOVENA.- MODIFICACIONES.-** DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y SU REGLAMENTO, **"EL INSTITUTO"** PODRÁ CELEBRAR POR ESCRITO CONVENIO MODIFICATORIO AL PRESENTE CONTRATO DENTRO DE LA VIGENCIA DEL MISMO. PARA TAL EFECTO, **"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A PRESENTAR, EN SU CASO, LA MODIFICACIÓN DE LA GARANTÍA, EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 91 ULTIMO PARRAFO Y 103 FRACCIÓN II, DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

**VIGÉSIMA.- PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN.-** EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO, **"EL PROVEEDOR"** O **"EL INSTITUTO"** PODRÁN PRESENTAR ANTE EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN **"EL INSTITUTO"** SOLICITUD DE CONCILIACIÓN POR DESAVENENCIAS, DERIVADAS DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, CONFORME A LO DISPUESTO POR LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y SU REGLAMENTO.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

ANEXO NÚMERO 1 (UNO)

(DPA) INCIDENTES PARA EL PERIODO 01 ENERO AL 30 ABRIL 2022

| Unidad           | Localidad                | No.<br>PACIENTES | TOTAL BOLSAS    |                 | PRECIO<br>UNITARIO | MONTO<br>MINIMO | MONTO<br>MAXIMO |
|------------------|--------------------------|------------------|-----------------|-----------------|--------------------|-----------------|-----------------|
|                  |                          |                  | CANTIDAD<br>MIN | CANTIDAD<br>MAX |                    |                 |                 |
| H.G.Z. No. 33    | Monterrey                | 32               | 3,072           | 7,680           | \$ 78.35           | \$ 240,691.20   | \$ 601,728.00   |
| H.G.Z. No. 17    | Monterrey                | 26               | 2,496           | 6,240           | \$ 78.35           | \$ 195,561.60   | \$ 488,904.00   |
| H.G.Z.M.F. No. 6 | San Nicolás de los Garza | 68               | 6,528           | 16,320          | \$ 78.35           | \$ 511,468.80   | \$ 1,278,672.00 |
| H.G.Z.M.F. No. 2 | Monterrey                | 24               | 2,304           | 5,760           | \$ 78.35           | \$ 180,518.40   | \$ 451,296.00   |
| H.G.Z. No. 4     | Guadalupe                | 42               | 4,032           | 10,080          | \$ 78.35           | \$ 315,907.20   | \$ 789,768.00   |
| H.G.S.Z. No. 11  | Montemorelos             | 8                | 980             | 1,920           | \$ 78.35           | \$ 76,783.00    | \$ 150,432.00   |
| H.G.Z. No. 67    | Apodaca                  | 30               | 2,880           | 7,200           | \$ 78.35           | \$ 225,648.00   | \$ 564,120.00   |
| TOTALES          |                          | 230              | 22,292          | 55,200          |                    | \$ 1,746,578.20 | \$ 4,324,920.00 |

DESCRIPCIÓN

010.000.2350.00.01 SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL BAJA EN MAGNESIO. SOLUCIÓN DIÁLISIS PERITONEAL AL 1.5%. CADA 100 ML CONTIENEN: GLUCOSA MONOHIDRATADA 1.5 G. CLORURO DE SODIO 538 MG. CLORURO DE CALCIO DIHIDRATADO 25.7 MG. CLORURO DE MAGNESIO HEXAHIDRATADO 5.08 MG. LACTATO DE SODIO 448 MG. AGUA INYECTABLE C.B.P. 100 ML PH 5.0-5.6. MILIEQUIVALENTES POR LITRO: SODIO 132. CALCIO 3.5. MAGNESIO 0.5. CLORURO 96. LACTATO 40. MILIOSMOLES APROXIMADOS POR LITRO 347. ENVASE CON BOLSA DE 6 000 ML

010.000.2353.00.01 SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL BAJA EN MAGNESIO. SOLUCIÓN DIÁLISIS PERITONEAL AL 2.5%. CADA 100 ML CONTIENEN: GLUCOSA MONOHIDRATADA 2.5 G. CLORURO DE SODIO 538 MG. CLORURO DE CALCIO DIHIDRATADO 25.7 MG. CLORURO DE MAGNESIO HEXAHIDRATADO 5.08 MG. LACTATO DE SODIO 448 MG. AGUA INYECTABLE C.B.P. 100 ML PH 5.0-5.6. MILIEQUIVALENTES POR LITRO: SODIO 132. CALCIO 3.5. MAGNESIO 0.5. CLORURO 96. LACTATO 40. MILIOSMOLES APROXIMADOS POR LITRO 398. ENVASE CON BOLSA DE 6 000 ML

010.000.2355.00.01 SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL BAJA EN MAGNESIO. SOLUCIÓN DIÁLISIS PERITONEAL AL 4.25%. CADA 100 ML CONTIENEN: GLUCOSA MONOHIDRATADA 4.25 G. CLORURO DE SODIO 538 MG. CLORURO DE CALCIO DIHIDRATADO 25.7 MG. CLORURO DE MAGNESIO HEXAHIDRATADO 5.08 MG. LACTATO DE SODIO 448 MG. AGUA INYECTABLE C.B.P. 100 ML PH 5.0-5.6. MILIEQUIVALENTES POR LITRO: SODIO 132. CALCIO 3.5. MAGNESIO 0.5. CLORURO 96. LACTATO 40. MILIOSMOLES APROXIMADOS POR LITRO 486. ENVASE CON BOLSA DE 6 000 ML



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

### CAPACITACION Y ASISTENCIA TECNICA.

#### Para Pacientes, Familiares y Vecinos:

- Se otorgará al paciente capacitación previa al ingreso o cambio de modalidad de terapia en programa de diálisis peritoneal hasta garantizar el adecuado manejo del proceso de conexión, desconexión y/o manejo de la bolsa y/o máquina de diálisis en coordinación proveedor-Instituto.
- El proveedor en coordinación con el personal responsable del programa de diálisis peritoneal (DPA) del Instituto, proporcionará asesoría y/o la **capacitación del uso de los bienes y equipo medico asociado a éstos**, directamente al paciente, familiares o vecinos.
- El personal del área médica del Instituto, en coordinación con el proveedor, realizarán un programa de visitas mensuales domiciliarias, en aquellos casos en los que se presenten complicaciones derivadas del inadecuado manejo del catéter, máquina, bolsa o fallas de la diálisis. Para reforzar la capacitación previa.
- El proveedor deberá proporcionar de manera continua, asistencia técnica vía telefónica para el paciente en el programa de DPA y préstamo gratuito de una máquina (clave 531.829.0599) por paciente ingresado al Programa de Diálisis Peritoneal Automatizada.

#### Para personal institucional:

- El proceso de capacitación deberá realizarse en un plazo no mayor a 45 días hábiles para el personal de enfermería y Médico tratante asignados y responsables del Programa de DPA, así como de manera continua según las necesidades de la unidad hospitalaria.
- Durante la vigencia del contrato el proveedor capacitará al personal médico y de enfermería con respecto del uso, manejo y fallas de los bienes del programa DPA de acuerdo a las necesidades de la unidad. así como, de existir cambios tecnológicos, la capacitación será acorde con la misma.
- El propio proveedor deberá considerar las fechas y períodos para proporcionar el, entrenamiento y certificación al personal de enfermería cada seis meses durante la vigencia del contrato.
- El Instituto a través de las Jefaturas Delegacionales de Prestaciones Médicas y Direcciones Médicas de las UMAES, determinarán en común acuerdo con el proveedor la organización y realización de actividades académicas, cursos, seminarios, etc., para el personal involucrado en el programa de DPA.

El proveedor deberá proporcionar capacitación, asistencia técnica y el desarrollo de proyectos de investigación y tecnológica. Todo lo anterior relativo al Programa de DPA haciendo la observación que la información y promoción relativa a este punto, el proveedor adjudicado se obliga a realizarla única y exclusivamente a través de las Jefaturas Delegacionales de Prestaciones Médicas y Direcciones Médicas de las UMAES, quienes serán los únicos facultados para autorizar y confirmar la asistencia de los participantes a éstas actividades.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

ANEXO NÚMERO 2 (DOS)

| DELEGACION 6<br>UMAE | LUGAR DE ENTREGA                                                                                                               | LUGAR DE PAGO                                                                                                                                                                 |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NUEVO LEON           | HGZC MF No. 2<br>Av. Constitución Oriente, esq. Prof. G. Torres, Zona Centro,<br>C.P. 64010 Monterrey, N. L.                   | Departamento de Presupuesto, Contabilidad<br>y Erogaciones de la Delegación Nuevo León,<br>sito en Ave. Gregorio Torres de Quevedo<br>Numero 1950 Ote., Monterrey, Nuevo León |
|                      | HGZ No. 4<br>Matamoros, Esq. Zuazua, C.P. 67100 Guadalupe, N. L.                                                               |                                                                                                                                                                               |
|                      | HGZC MF No. 6<br>Carretera A Laredo No. 104 esq. B. Juárez, C.P. 66460 San<br>Nicolas de los Garza, N. L.                      |                                                                                                                                                                               |
|                      | HGSZC MF No.11<br>Jose Maria Parás, Esq. Ballesteros, C.P. 67500<br>Montemorelos, N. L.                                        |                                                                                                                                                                               |
|                      | HGSZC MF No.12<br>Emilio Carranza, Esq. Niños Héroes, C.P. 67700 Linares,<br>N. L.                                             |                                                                                                                                                                               |
|                      | HGZ No. 17<br>Fortunato Lozano 2627, entre Roble y 18 de Marzo, Col.<br>Benito Juárez, C.P. 64420 Monterrey, N. L.             |                                                                                                                                                                               |
|                      | HGZ No. 33<br>Av. Felix U. Gómez, entre Ezequiel E. Chavez y Prof.<br>Rafael Ramirez, Zona Centro, C.P. 64010 Monterrey, N. L. |                                                                                                                                                                               |
|                      | HGZ No. 67<br>Carretera Miguel Aleman Km. 26 + 100 Mts. Sin Numero.<br>Apodaca Nuevo Leon                                      |                                                                                                                                                                               |

ANEXO NÚMERO 3 (TRES)

FORMA DE REDACCIÓN DE LA PÓLIZA DE FIANZA QUE GARANTICE EL CUMPLIMIENTO DE LAS  
OBLIGACIONES PACTADAS EN EL CONTRATO.

A FAVOR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, PARA GARANTIZAR POR \_\_\_\_\_ EL FIEL Y EXACTO CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS EN EL CONTRATO No. \_\_\_\_\_, DE FECHA \_\_\_\_\_, CON IMPORTE DE \$ \_\_\_\_\_ (----- PESOS 00/100 M.N.) SIN INCLUIR EL I.V.A., RELATIVO AL "SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO SUBROGADO PARA EL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN", DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES CONTENIDAS EN EL CITADO CONTRATO DERIVADO DE LA ADJUDICACION DIRECTA, No. EN COMPRANET AA-050GYR035-E001-2022.

LA COMPAÑÍA AFIANZADORA EXPRESAMENTE DECLARA:

A) QUE LA PRESENTE PÓLIZA DE FIANZA SE EXPIDE A FAVOR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, Y QUE SE OTORGA ATENDIENDO A TODAS LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No. \_\_\_\_\_.

B) QUE PARA SER CANCELADA LA PRESENTE PÓLIZA DE FIANZA SERÁ REQUISITO INDISPENSABLE LA MANIFESTACIÓN EXPRESA Y POR ESCRITO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DEL CUMPLIMIENTO TOTAL DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES.

C) QUE LA PRESENTE PÓLIZA DE FIANZA PERMANECERÁ VIGENTE DURANTE EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN QUE GARANTICE Y CONTINUARÁ VIGENTE EN CASO DE QUE SE OTORQUE PRÓRROGA AL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO No. \_\_\_\_\_, ASÍ COMO DURANTE LA SUSTANCIACIÓN DE TODOS LOS RECURSOS LEGALES O DE LOS JUICIOS QUE SE INTERPONGAN Y HASTA QUE SE DICTE RESOLUCIÓN DEFINITIVA POR AUTORIDAD COMPETENTE QUE QUEDE FIRME, SALVO QUE LAS PARTES SE OTORGUEN FINIQUITO.

D) QUE ACEPTA EXPRESAMENTE SOMETERSE A LOS PROCEDIMIENTOS DE EJECUCIÓN PREVISTOS EN LOS ARTÍCULOS 282 Y 283 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS EN VIGOR, AÚN PARA EL CASO DE QUE PROCEDIERA EL COBRO DE INDEMNIZACIÓN POR MORA, CON MOTIVO DEL PAGO EXTEMPORÁNEO DEL IMPORTE DE LA PÓLIZA DE FIANZA REQUERIDA.

E) QUE LA PRESENTE PÓLIZA DE FIANZA PERMANECERÁ EN VIGOR DURANTE LA SUSTANCIACIÓN DE TODOS LOS RECURSOS LEGALES Y SE SOMETE EXPRESAMENTE A LOS PROCEDIMIENTOS DE EJECUCIÓN ESTABLECIDOS EN LOS ARTÍCULOS 282 Y 283 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS EN VIGOR. ASÍ MISMO RENUNCIA AL DERECHO QUE LE OTORGA EL ARTÍCULO 179 DE LA CITADA LEY.

F) QUE EN CASO DE PRÓRROGAS O ESPERAS A \_\_\_\_\_ DERIVADAS DE LA FORMALIZACIÓN DE CONVENIOS DE AMPLIACIÓN AL MONTO O AL PLAZO DEL CONTRATO No. \_\_\_\_\_, SE DEBERÁ REALIZAR LA MODIFICACIÓN CORRESPONDIENTE A LA PRESENTE PÓLIZA DE FIANZA.

NUMERO DE CONTRATO : SEIA222003170001

Pág. 19



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

ANEXO NÚMERO 4 (CUATRO)



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

SOLICITUD: 0000028278 - 2022

Dependencia Solicitante: D0020 Delegación Nuevo León  
SEI: Servicios Integrales  
20A10010 Oficina Deleg NL - Sub Deleg 3

Descripción:

Servicio: Diarista Personal DPA

Fecha Imposición: 06/12/2021

Fecha Validación: 06/12/2021

Total Comprometido (en pesos): \$ 4,334,254.00  
Cuenta: 42080317  
Partida presupuestaria: 25301 Medicinas y productos farmacéuticos

| ENE     | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 4,334.3 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |

Este documento de respaldo presupuestario se emite con base en la revisión efectuada en el Módulo de Control de Compromisos del Sistema Financiero PRE-Millonum, 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, Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 24 y 46 fracción III de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, 6ª, 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: \$ 4,334,254.00  
CUATRO MILONES TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL DÓSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS 00/100 MN

LIC. MAURICIO RAMÍREZ DE LA CRUZ  
Jefe de Servicios Administrativos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

SERVICIOS REGISTRADOS PARA DEVENGO

Para dicho formato en Excel se tiene que respetar el formato que se establece a continuación:

| Unidad Medica | NSS           | Agregado Médico | Apellido Paterno | Apellido Materno          | Nombre(s)              | Servicio     | Fecha Programa      | Contrato      | Cantidad      | Fecha de Recepcion  |
|---------------|---------------|-----------------|------------------|---------------------------|------------------------|--------------|---------------------|---------------|---------------|---------------------|
| 202416        | 4366503108    | 5F1950PE        | ALMENDAREZ       | MORENO                    | MA RAQUEL              | DP           | 2011-01-01          | B-0156389     | 5             | 2011-01-02          |
| 570101        | 4409800334    | 1M1980SF        | GARCIA           | GALVAN                    | GUILHERMO              | DP           | 2011-01-01          | B-0156389     | 5             | 2011-01-09          |
| 570101        | 5087751320    | 5M1975PE        | GARCIA           | OROZCO                    | BELISARIO              | DP           | 2011-01-01          | B-0156389     | 5             | 2011-01-16          |
| 202416        | 4372562279    | 5M1956PE        | GARCIA           | GARZA                     | GONZALO HUGO           | DP           | 2011-01-01          | B-0156389     | 7             | 2011-01-21          |
| 202416        | 4571550213    | 2F1960OR        | JUAREZ           | MENDOZA                   | IRENE                  | DC           | 2011-01-01          | B-8994998     | 5             | 2011-01-02          |
| 202416        | 4384780313    | 1F1978SA        | LARA             | ELIZALDE                  | SANDRA GUADALUPE       | DC           | 2011-01-01          | B-8994998     | 5             | 2011-01-16          |
| 202416        | 4397814604    | 2F1983OR        | VALERO           | REYES                     | MIRIAMAYDE             | DC           | 2011-01-01          | B-8994998     | 5             | 2011-01-09          |
| 570101        | 1167491687    | 1M1949OR        | PAVELA           | OLAGUEZ                   | FRANCISCO SAUL         | DC           | 2011-01-01          | B-8994998     | 7             | 2011-01-23          |
| 202416        | 4398820132    | 3F1988OR        | CARRAZALES       | RIVERA                    | ANA KAREN              | HE           | 2011-01-01          | P-4507369     | 1             | 2011-01-02          |
| 202416        | 5273461215    | 6F1949PE        | RIVAS            | MARTINEZ VIUDA D CASTILLO | MARIA ISABEL           | HE           | 2011-01-01          | P-4507369     | 1             | 2011-01-04          |
| 202416        | 5391740195    | 1M1974SF        | LOZANO           | HERNANDEZ                 | EFREN                  | HE           | 2011-01-01          | P-4507369     | 1             | 2011-01-06          |
| 202416        | 4790737423    | 1M1973OR        | SANCHEZ          | GARCIA                    | MARCO VINICIO BENJAMIN | HE           | 2011-01-01          | P-4507369     | 1             | 2011-01-11          |
| 202416        | 5387686033    | 1M1900SA        | GONZALEZ         | CARRANZA                  | JUAN EMANUEL           | HE           | 2011-01-01          | P-4507369     | 1             | 2011-01-08          |
| 570101        | 5125380226    | 5M1938PE        | JUAREZ           | Y BELO                    | ARSENIO OCTAVIO        | H            | 2011-01-01          | P-6478392     | 1             | 2011-01-04          |
| 570101        | 5805873408    | 1F1967OR        | LINARES          | GONZALEZ                  | MARIA SUSANA           | H            | 2011-01-01          | P-6478392     | 1             | 2011-01-02          |
| 202416        | 5875553162    | 5M1956PE        | SALAZAR          | MUKOZ                     | GERARDO                | H            | 2011-01-01          | P-6478392     | 1             | 2011-01-06          |
| 202416        | 5387504150    | 5M1950PE        | CARDENAS         | SILVA                     | SALVADOR               | H            | 2011-01-01          | P-6478392     | 1             | 2011-01-08          |
| 202416        | 4163471085    | 6F1951PE        | NAJERA           | ARIZPE                    | MARGARITA              | H            | 2011-01-01          | P-6478392     | 1             | 2011-01-11          |
| 6 caracteres  | 10 caracteres | 8 caracteres    | 30 caracteres    | 30 caracteres             | 30 caracteres          | 2 caracteres | Fecha<br>AAAA-MM-DD | 25 caracteres | Número Entero | Fecha<br>AAAA-MM-DD |

A continuación se describe cada uno de los campos requeridos y nomenclatura del archivo.

Servicios Integrales – Solución Financiera (Nefrología)

**Descripción del Layout**

1. Unidad Médica
2. Número de Seguridad Social
3. Agregado Médico
4. Apellido Paterno Paciente
5. Apellido Materno Paciente
6. Nombre Paciente
7. Servicio
8. Fecha de Ingreso a Programa
9. Número de Contrato
10. Cantidad de Servicio
11. Fecha de Recepción del Servicio

**Nomenclatura del Layout**

NombreServicio\_FechaInicial\_FechaFinal\_UnidaddeMedicaPREI.xls

**Ejemplo Nomenclatura**

hemodialisis\_25072011\_25082011\_010101.xls  
dpa\_30112011\_010101.xls  
dpca\_30112011\_010101.xls

NEFROLOGIA Y  
MINIMA



### ANEXO T.3 (T. TRES)

#### **"PROGRAMA DE SUPERVISIÓN"**

El Jefe Delegacional de Prestación de Servicios Médicos, deberán implementar en las Unidades Médicas de su circunscripción, un Programa de Supervisión para la vigilancia del cumplimiento de la Prestación del Servicio para la atención del Programa de Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA) en las unidades médicas de la Delegación, el cual deberá de observar como mínimo lo siguiente:

- 1 Realizar la supervisión de forma mensual.
- 2 La elección de los domicilios de los pacientes a los que deberá de visitar se elegirán de forma aleatoria.
- 3 El tamaño de la muestra del número de domicilio de los pacientes a los que realizará las visitas de supervisión, deberá oscilar en un rango entre el 3 y el 10 por ciento (%) de la totalidad de población de pacientes que se encuentren en DPA por mes, mismo que será determinado por la Delegación, en función de los recursos humanos y materiales disponibles.
- 4 Verificar que el surtimiento de los bienes se dé en tiempo y forma por el licitante que resulte adjudicado, con base en la cantidad de bolsas terapéuticas prescritas y con la periodicidad requerida, en estricto apego al contrato que para tal efecto sea formalizado.
- 5 Deberá verificar que el suministro de los bienes de consumo terapéutico (bolsas de solución para Diálisis Peritoneal) entregados en los domicilios de los pacientes, se realicen con base en existencias, vigilando primordialmente, que exista siempre la cantidad suficiente de bolsas prescritas para el paciente, sin que se generen sobre-inventarios de dichos bienes, en los domicilios de los mismos.
- 6 Cada unidad médica, por conducto del Subdirector Administrativo, hará la notificación de las sobreinversiones detectadas al área de pago respectiva y al proveedor de manera mensual para hacer la deductiva correspondiente, con el objeto de dar cabal cumplimiento al "Procedimiento para otorgar el tratamiento dialítico de los pacientes con insuficiencia renal crónica en las Unidades Médicas Hospitalarias".

Para efecto de lo anterior, las unidades médicas deberán de utilizar los Formatos T.3.2 (T. Tres. Dos) y T.3.3 (T.Tres.Tres), que forman parte integral de la presente Contrato.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS  
UNIDAD DE ATENCION MEDICA  
COORDINACION DE PLANEACION DE INFRAESTRUCTURA MEDICA

ANEXO T.3.2

CÉDULA DE EVALUACION PARA VISITAS DE PACIENTES EN PROGRAMA DE DPA.

|                             |  |                                 |  |
|-----------------------------|--|---------------------------------|--|
| DELEGACION                  |  | UNIDAD MEDICA:                  |  |
| PROGRAMA:                   |  | FECHA DE VISITA DE SUPERVISIÓN: |  |
| NOMBRE DEL PACIENTE:        |  |                                 |  |
| NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: |  |                                 |  |
| DOMICILIO DEL PACIENTE:     |  |                                 |  |
| PROVEEDOR:                  |  |                                 |  |
| No. DE CONTRATO:            |  |                                 |  |

VERIFICACIÓN DE LA DOTACION FIJA MENSUAL DE BOLSAS

|                                                                |               |        |                                                         |                |                  |
|----------------------------------------------------------------|---------------|--------|---------------------------------------------------------|----------------|------------------|
| SURTIMIENTO DE SOLUCIONES EN FORMA MENSUAL:                    | ADECUADO      |        | SE HA PROPORCIONADO MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL EQUIPO | SI ( )         | NO ( )           |
|                                                                | SI ( )        | NO ( ) |                                                         | FECHA:         |                  |
| FECHA DE ÚLTIMA DE ENTREGA:                                    |               |        | Marca(s):                                               | Modelo(s):     |                  |
| EXISTENCIA DE BOLSAS DE DIÁLISIS AL MOMENTO DE LA SUPERVISIÓN: | No. DE BOLSAS |        | HA SIDO HOSPITALIZADO EN EL PRESENTE MES:               | FECHA INGRESO: |                  |
|                                                                | CI 2350 1.5%  |        | SI ( )                                                  | NO ( )         | FECHA DE EGRESO: |
|                                                                | CI 2353 2.5%  |        |                                                         |                |                  |
|                                                                | CI 2355 4.25% |        | MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN:                              |                |                  |
| FECHA DE CAMBIO DE LINEA DE TRANSFERENCIA:                     |               |        |                                                         |                |                  |
| FALTA DE ENTREGA DE BOLSAS DE DIÁLISIS:                        | SI ( )        | NO ( ) | REALIZÓ SUPERVISIÓN:                                    |                |                  |
|                                                                |               |        | NOMBRE Y MATRÍCULA                                      |                |                  |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

UNIDAD DE ATENCION MEDICA

COORDINACION DE PLANEACION DE INFRAESTRUCTURA MEDICA

ANEXO T.3.2

CÉDULA DE EVALUACION PARA VISITAS DE PACIENTES EN PROGRAMA DE DPA.

|                             |   |                                 |   |
|-----------------------------|---|---------------------------------|---|
| DELEGACION / UMAE           | 1 | UNIDAD MEDICA:                  | 3 |
| PROGRAMA:                   | 2 | FECHA DE VISITA DE SUPERVISIÓN: | 4 |
| NOMBRE DEL PACIENTE:        | 5 |                                 |   |
| NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 6 |                                 |   |
| DOMICILIO DEL PACIENTE:     | 7 |                                 |   |
| PROVEEDOR:                  | 8 |                                 |   |
| No. DE CONTRATO:            | 9 |                                 |   |

VERIFICACIÓN DE LA DOTACION FIJA MENSUAL DE BOLSAS

|                                                                |               |        |                                                         |        |                  |    |
|----------------------------------------------------------------|---------------|--------|---------------------------------------------------------|--------|------------------|----|
| SURTIMIENTO DE SOLUCIONES EN FORMA MENSUAL:                    | ADECUADO      |        | SE HA PROPORCIONADO MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL EQUIPO | SI ( ) | NO ( )           |    |
|                                                                | SI ( )        | NO ( ) |                                                         | 15     | FECHA:           |    |
| FECHA DE ÚLTIMA DE ENTREGA:                                    |               |        | Marca(s):                                               | 16     | Modelo(s):       | 17 |
| EXISTENCIA DE BOLSAS DE DIÁLISIS AL MOMENTO DE LA SUPERVISIÓN: | No. DE BOLSAS |        | HA SIDO HOSPITALIZADO EN EL PRESENTE MES:               | 18     | FECHA INGRESO:   | 19 |
|                                                                | CI 2350       | 1.5%   | SI ( )                                                  | NO ( ) | FECHA DE EGRESO: | 20 |
|                                                                | CI 2353       | 2.5%   |                                                         |        |                  |    |
| FECHA DE CAMBIO DE LÍNEA DE TRANSFERENCIA:                     | CI 2355       | 4.25%  | MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN:                              |        |                  |    |
|                                                                |               |        | 21                                                      |        |                  |    |
|                                                                |               |        |                                                         |        |                  |    |
| FALTA DE ENTREGA DE BOLSAS DE DIÁLISIS:                        | SI ( )        | NO ( ) | REALIZÓ SUPERVISIÓN:                                    |        |                  |    |
| 13                                                             |               |        | 22                                                      |        |                  |    |
|                                                                |               |        | NOMBRE Y MATRÍCULA                                      |        |                  |    |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022

DPA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS  
UNIDAD DE ATENCION MEDICA  
COORDINACION DE PLANEACION DE INFRAESTRUCTURA MEDICA

ANEXO T.3.2

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO                                                          | ANOTAR                                                                           |
|-----|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | Delegación                                                    | El nombre de la Delegación.                                                      |
| 2   | Programa                                                      | Indicar programa de DPA                                                          |
| 3   | Unidad Médica/Administrativa                                  | Tipo y número de unidad.                                                         |
| 4   | Fecha de visita de supervisión                                | El día, mes y año en que se llena.                                               |
| 5   | Nombre del paciente                                           | Apellido paterno, materno y nombre o nombres.                                    |
| 6   | Número de seguridad social                                    | Anotar el NSS con 10 dígitos                                                     |
| 7   | Domicilio del paciente                                        | Anotar: calle, número interior-exterior, cp., col.municipio o delegación         |
| 8   | Proveedor                                                     | Anotar nombre de la empresa                                                      |
| 9   | Número de contrato                                            | Registrar el número de contrato en el cual está incluido el paciente             |
| 10  | Surtimiento de soluciones en forma mensual                    | Anotar según respuesta si o no                                                   |
| 11  | Existencia de bolsas de Diálisis al momento de la supervisión | Anotar la cantidad de bolsas con numero de cada una de las diferentes soluciones |
| 12  | Fecha de cambio de Línea de Transferencia                     | Anotar fecha de cambio                                                           |
| 13  | Falta de entrega de bolsas de diálisis                        | Anotar respuesta si o no según corresponda                                       |
| 14  | Se ha proporcionado mantenimiento preventivo del equipo       | Anotar según respuesta si o no                                                   |
| 15  | Fecha                                                         | Anotar la fecha en que se realizó el mantenimiento del equipo                    |
| 16  | Marca                                                         | Anotar marca del equipo                                                          |
| 17  | Modelo                                                        | Anotar el modelo del equipo                                                      |
| 18  | Ha sido hospitalizado el paciente en el presente mes          | Anotar respuesta si ó no                                                         |
| 19  | Fecha de ingreso                                              | En caso de respuesta afirmativa anotar fecha de ingreso a la Unidad médica       |
| 20  | Fecha de egreso                                               | Anotar fecha de egreso de la Unidad médica                                       |
| 21  | Motivo de hospitalización                                     | Anotar diagnóstico del motivo de ingreso a la Unidad médica                      |
| 22  | Realizó la supervisión                                        | Anotar nombre y matricula de quien realiza la supervisión                        |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022

DPA

**Anexo T.3.3 (T.TRES.TRES)**

Como complemento del Programa de Supervisión enunciado en el Anexo T.3, la Unidad Médica deberá reportar el total de pacientes visitados en su domicilio en el siguiente Formato:

**Calendario de Supervisión anual por Delegación**

| CALENDARIO ANUAL SUPERVISION DELGACIONAL |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |   |   |
|------------------------------------------|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|----|-----|----|---|---|
| DELEGACIÓN:                              |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |   |   |
| TOTAL DE PACIENTES EN DPA:               |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |   |   |
|                                          | MES |   | MES |   | MES |   | MES |   | MES |    | MES |    |   |   |
|                                          | 1   | 2 | 3   | 4 | 5   | 6 | 7   | 8 | 9   | 10 | 11  | 12 |   |   |
|                                          | P   | R | P   | R | P   | R | P   | R | P   | R  | P   | R  | P | R |
| PACIENTES DPA                            |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |   |   |

l

CP

8  
10



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

**ANEXO NÚMERO T.4 A (T.CUATRO. A)**

**DESCRIPCIÓN DE LA ADQUISICIÓN DE LOS BIENES PARA DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA,  
CON ENTREGA DOMICILIARIA Y EN UNIDADES MÉDICAS EN SUS CANTIDADES MÍNIMAS Y MÁXIMAS  
REQUERIDAS.  
DPA (Partida 2)**

**DESCRIPCION DE LAS CLAVES QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE DIALISIS  
PERITONEAL AUTOMATIZADA**

**SISTEMA INTEGRAL PARA LA APLICACIÓN DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA**

| clave | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Indicacion<br>es                   | Vía de<br>Administra<br>ción                                                                                       | Cantidad<br>Mínima | Cant. Máx. |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------|
| 2350  | Las unidades médicas seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo:<br><b>SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL <u>BAJA EN MAGNESIO</u></b><br>Solución para diálisis peritoneal al 1.5%.<br>Cada 100 ml contienen: glucosa monohidratada: <b>1.5 gr.</b> cloruro de sodio 538 mg. cloruro de calcio dihidratado 25.7 mg. cloruro de magnesio hexahidratado 5.08 mg. lactato de sodio 448 mg. agua inyectable c.b.p. 100 ml. pH 5.0-5.6. Miliequivalentes por litro: sodio 132. calcio 3.5. magnesio 0.5. cloruro 96. lactato 40. Miliosmoles aproximados por litro 347.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Insuficienci<br>a Renal<br>Crónica | Intraperiton<br>eal.<br>Adultos y<br>niños:<br>Dosis de<br>acuerdo al<br>caso<br>y a juicio<br>del<br>especialista |                    |            |
| 2353  | Solución para diálisis peritoneal al 2.5%.<br>Cada 100 ml contienen: glucosa monohidratada <b>2.5 gr.</b> cloruro de sodio 538 mg. cloruro de calcio dihidratado 25.7 mg. cloruro de magnesio hexahidratado 5.08 mg. lactato de sodio 448 mg. agua inyectable c.b.p. 100 ml. pH 5.0-5.6. Miliequivalentes por litro: sodio 132. calcio 3.5. magnesio 0.5. cloruro 96. lactato 40. Miliosmoles aproximados por litro 398.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                                                                                                    |                    |            |
| 2355  | Solución para diálisis peritoneal al 4.25%.<br>Cada 100 ml contienen: glucosa monohidratada <b>4.25 gr.</b> cloruro de sodio 538 mg. cloruro de calcio dihidratado 25.7 mg. cloruro de magnesio hexahidratado 5.08 mg. lactato de sodio 448 mg. agua inyectable c.b.p. 100 ml. pH 5.0-5.6. Miliequivalentes por litro: sodio 132. calcio 3.5. magnesio 0.5. cloruro 96. lactato 40. Miliosmoles aproximados por litro 486.<br>Las bolsas relacionadas son envase con bolsa de 6 000 ml.<br><b>CATETER</b><br><b>Catéter para diálisis peritoneal.</b><br>Tipo: cola de cochino.<br>Tamaño: Pediátrico o adulto.<br>De instalación subcutánea, blando, de silicon, con dos cojinetes de poliéster o dacrón, con conector, tapón y seguro, con banda radiopaca.<br>Estéril y desechable.<br>Pieza.<br>El tamaño del catéter será seleccionado por las instituciones.<br><br>Catéter para diálisis peritoneal.<br>Tipo: tenckhoff.<br>Tamaño: Neonatal, pediátrico o adulto<br>De instalación subcutánea, blando, de silicon, con dos cojinetes de poliéster o dacrón, con conector con tapón, seguro, con banda radiopaca.<br>Estéril y desechable. |                                    |                                                                                                                    |                    |            |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

| clave | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Indicaciones | Vía de Administración | Cantidad Mínima | Cant. Máx. |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|-----------------|------------|
|       | <p>Pieza.<br/>El tamaño del catéter será seleccionado por las instituciones.</p> <p><b>CONECTOR</b><br/>Conector de titanio luer lock, para ajustar la punta del catéter a línea de transferencia, tipo tenckhoff.<br/><b>Estéril.</b></p> <p>Pieza.<br/><b>EQUIPO DE LÍNEA CORTA DE TRANSFERENCIA</b><br/>Equipo. De línea corta de transferencia de 6 meses de duración, para unirse al conector correspondiente al catéter del paciente.<br/>Estéril y desechable.</p> <p><b>SISTEMA DE CONEXIÓN MÚLTIPLE DE PVC</b><br/>Sistema de conexión múltiple de PVC, para conectar hasta 4 bolsas de solución de diálisis peritoneal. Compatible con el equipo portátil de Diálisis Peritoneal (clave 531 829 0599).<br/>Estéril y desechable.</p> <p><b>CUBREBOCAS</b><br/>Cubrebocas desechable.<br/>30 Piezas mensuales</p> <p><b>TAPÓN LUER LOCK PROTECTOR</b><br/>Tapón Luer-Lock protector, con solución antiséptica de yodopovidona para protección del equipo de transferencia sistema automático. <u>Sólo en caso de que el Sistema lo requiera.</u><br/><u>Estéril y desechable.</u></p> <p><b>PINZA DE SUJECIÓN DESECHABLE</b><br/>Pinza de sujeción desechable, para el manejo de equipo para diálisis peritoneal.<br/>Pieza.<br/>Antiséptico y germicida. Solución. <u>Sólo si el Sistema lo requiere.</u></p> |              |                       |                 |            |

| Ren | Clave              | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Cantidad |
|-----|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 4   | 060 345 1998 11 01 | Equipo de extensión para drenaje con una longitud de 3.64m para máquina cicladora. Sistema automático.<br>("EL PROVEEDOR" deberá ofertar este equipo en los casos en que el "EQUIPO ELECTROMEDICO QUE REGULA AUTOMATICAMENTE LOS INTERCAMBIOS DE SOLUCION DIALIZANTE" ofertado lo requiera para la terapia) | 1 PZA    |

CONSIDERACIONES PARA EL PROGRAMA:

CADA UNO DE LOS PACIENTES DE NUEVO INGRESO PARA LOS PROGRAMAS DE DPA, REQUIERE DE: CATÉTER DE TENCKHOFF, CONECTOR DE TITANIO, LÍNEA DE TRANSFERENCIA, Y LA LÍNEA DE EXTENSIÓN PARA DRENAJE SI LA MÁQUINA CICLADORA PROPORCIONADA LO REQUIERE.

REPOSICIÓN O CAMBIO

PARA CADA PACIENTE EN AMBOS PROGRAMAS SE DEBERÁ HACER EL CAMBIO DE LA LÍNEA DE TRANSFERENCIA (DE LARGA DURACIÓN 6 MESES) CADA 6 MESES, ESTA LÍNEA DEBERÁ SER PROPORCIONADA POR "EL PROVEEDOR" Y LA ENTREGARÁ A LA UNIDAD HOSPITALARIA PARA SU CAMBIO.

ADICIONAL A LO ANTERIOR, "EL PROVEEDOR" MANTENDRÁ DE MANERA CONSTANTE UN STOCK DEL 10% DE LÍNEAS DE TRANSFERENCIA DE LARGA DURACIÓN, DEL TOTAL DE NÚMERO DE PACIENTES ASIGNADO EN CADA UNO DE LOS PROGRAMAS.

"EL PROVEEDOR" PROPORCIONARÁ Y ENTREGARÁ EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE: ANTISÉPTICO, CUBREBOCAS, CORRESPONDIENTES A LA DOTACIÓN MENSUAL.

ESTE CAMBIO Y REPOSICIÓN O DOTACIÓN DE BIENES SON SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO.

LAS UNIDADES MÉDICAS SELECCIONARÁN DE ACUERDO A SUS NECESIDADES EL TIPO DE SOLUCIONES, ASEGURANDO SU COMPATIBILIDAD CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO.



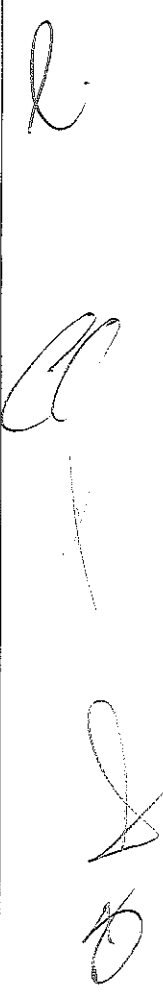
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

**ANEXO T.4 B (T.CUATRO B)**  
**DPA (Partida 2)**

**CÉDULA DE DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO ELECTROMÉDICO QUE REGULA AUTOMÁTICAMENTE LOS  
INTERCAMBIOS DE SOLUCIÓN DIALIZANTE, CON DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA**

Clave. 531.829.0599

| ESPECIFICACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL<br>PROVEEDOR                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>DIÁLISIS PERITONEAL EQUIPO PORTÁTIL</b><br/><b>ESPECIALIDAD(ES):</b> Nefrología, Medicina Interna y Medicina Crítica.<br/><b>SERVICIOS:</b> Unidad de Diálisis, Hospitalización y Unidad de Cuidados Intensivos.<br/><b>DESCRIPCIÓN:</b><br/>equipo que regula automáticamente los intercambios de solución dializante, en paciente con diálisis peritoneal con las siguientes características, seleccionables de acuerdo a las necesidades de las unidades medicas: monitor, unidad selectora de cantidad de liquido a administrar, tiempos de ingreso y de permanencia, así como el drenado, control digital, calefactor de liquido de diálisis, termostato, sistema de alarmas de suministro de líquidos de temperatura y drenaje, monitor de ultrafiltración.</p> <p><b>REFACCIONES:</b><br/>Según marca y modelo.</p> <p><b>OPCIONALES:</b><br/>Regulador</p> <p><b>CONSUMIBLES:</b><br/>Las unidades médicas seleccionaran de acuerdo a sus necesidades, marca y modelo, equipo de conexión múltiple, línea de extensión y bolsa para drenaje, soluciones para diálisis peritoneal.</p> <p><b>INSTALACIÓN:</b><br/>Corriente eléctrica de 120 V/60 HZ.<br/>Contacto polarizado.</p> |  |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACIÓN DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

**DPA PARTIDA 2 (DOS)**

MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL, REGISTRO CONTABLE Y TRÁMITE DE PAGO DE LA ENTREGA DOMICILIARIA DE LOS BIENES PARA DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA.

**5.1 CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE ENTREGA A DOMICILIO DE LOS BIENES PARA DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA.**

| RESPONSABLE                | No. DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Delegación                 | 1                | Derivado del procedimiento de Licitación Pública Internacional, celebra contrato abierto de Suministro con el Proveedor Ganador, para la entrega domiciliaria de los bienes para diálisis automatizada en casa, con el proveedor asignado y lo envía a las Unidades Hospitalarias correspondientes. |
| Subdirector Administrativo | 2                | Recibe contrato y difunde al personal involucrado                                                                                                                                                                                                                                                   |

**5.2 INGRESOS DE PACIENTES AL PROGRAMA DE DPA**

| RESPONSABLE                           | No. DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jefe de Nefrología o Medicina Interna | 1                | Coordina las sesiones del Comité de terapias sustitutivas, elaborando minuta de los casos y asegurando en la misma la rubrica de los integrantes.                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                       | 2                | Supervisa que la decisión tomada, por el Comité de terapias sustitutivas, quede asentada en el expediente clínico.                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                       | 3                | Supervisa que la Carta de Consentimiento Bajo Información de los Programas de Diálisis Peritoneal este requisitada y contenga la firma autógrafa de autorización del paciente o familiar responsable de aceptación de su tratamiento.                                                                                                                                                         |
| Médico responsable Del programa       | 4                | Evalúa las condiciones clínicas del paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                       | 5                | Determina al paciente candidato al programa, registra los Datos correspondientes en el FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01. (En original y 2 copias -al proveedor se le proporcionará el formato de ingreso), solo es una copia y se le queda al hospital. original para el proveedor, 1 copia para el médico, 1 copia para la Dirección de la Unidad Hospitalaria para control y archivo. |
|                                       | 6                | Solicita a la Asistente Médica verifique vigencia de derechos del paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Unidad Médica Asistente Médica        | 7                | Constata la vigencia, solicita al área de afiliación vigencia de derechos de los pacientes incluidos en el Programa y recaba sello en el formato de Ingreso del Paciente y reporte del SINDO.                                                                                                                                                                                                 |
|                                       | 8                | Solicita verificar bimestralmente, la constancia de vigencia de derechos de los pacientes incluidos en el Programa.                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                       | 9                | Entrega al Médico Responsable la forma FIP-01 con el sello de vigencia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Unidad Médica Trabajadora Social      | 10               | Realiza la visita domiciliaria y elabora estudio médico-social que contenga los criterios sociales en caso de primer ingreso del paciente al programa.                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                       |                  | Verifica que cuente con instalación eléctrica en su domicilio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

NUMERO DE CONTRATO : SEIA222003170001

Pág. 30



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

| RESPONSABLE                                    | No. DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                | 11               | Entrega al Médico el resultado del estudio médico social.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                | 12               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Unidad Médica                                  | 13               | Recibe forma FIP-01 y estudio médico social, anexa al expediente clínico el estudio médico social.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Médico responsable del programa                | 14               | Envía al paciente con la enfermera responsable del programa para su capacitación, así como con la Trabajadora Social para la orientación del Programa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Unidad Médica                                  | 15               | Requisita carta compromiso con la firma del paciente y/o Familiar responsable, donde se compromete a devolver los bienes propiedad del Instituto y el equipo instalado propiedad del proveedor, al igual que la recolección de soluciones deberá ser en conjunto cuando recupere la maquina de diálisis, al salir el paciente del programa de DPA, firma ingresos y entrega al proveedor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Médico responsable del programa                |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Proveedor                                      | 16               | Surte la primera entrega la cual deberá ser exactamente igual a la cantidad prescrita por el médico en el formato de prescripción Médica, dentro de los 15 días naturales a partir de la recepción del formato.<br><br>Para la entrega subsecuente, deberá ser exactamente igual a la diferencia entre la cantidad prescrita por el médico, menos las cantidades existentes en el domicilio del paciente en el formato Constancia de Recepción utilizando la forma CR-01.dentro de los 15 días naturales posteriores a la recepción.<br><br>En el caso de la Modificación de la Prescripción o de Datos del Paciente (Forma MPDP-01) y las subsecuentes en forma mensual recaba la firma del paciente, o del familiar por cada entrega. En el caso de surtir a Unidades Hospitalarias se contará con un plazo de 8 días naturales para la entrega de los bienes.<br>Se remite al punto 1 del Procedimiento 5.4 de este Manual. |
| Paciente o Familiar                            | 17               | Recibe del proveedor la dotación de los bienes prescritos por el Médico, verifica que los empaques colectivos y los bienes cumplan con las condiciones de calidad requeridas por el Instituto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                | 18               | Firma de conformidad en el Formato de Constancia de Recepción, quedándose con una copia de la misma, y regresando el resto al Proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                | 19               | En caso de detectar fallas técnicas en la maquina de diálisis, el paciente deberá comunicarse al teléfono de servicio técnico (lada 800) de 24 horas que el proveedor dejará indicado en una etiqueta que deberá permanecer pegada a la máquina. El proveedor atenderá la llamada del paciente dando indicaciones vía telefónica para restaurar la falla. En caso de no poderse restaurar la falla, el proveedor deberá hacer cambio físico de la maquina en un lapso no mayor de 24 hrs. En caso en que el paciente o la familia no sepan leer o no cuenten con línea telefónica deberán acudir a su hospital correspondiente con el Médico o la enfermera responsable del programa (quien a su vez contactará con el proveedor)                                                                                                                                                                                              |
| Enfermera Responsable del Programa y Proveedor | 20               | En forma coordinada, se programa la fecha de entrenamiento al paciente. En fecha posterior al entrenamiento, certifica al paciente.<br><br>Programan la maquina de diálisis en el domicilio del paciente con base en la prescripción indicada por el medico responsable; o bien, el proveedor podrá hacer entrega de los equipos ya programados con la prescripción correspondiente y la enfermera encargada del Programa pueda verificar que la prescripción indicada sea la programada en el equipo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Médico Responsable del Programa                | 21               | Recibe reporte de queja del paciente familiar, o enfermera encargada del programa y elabora y envía reporte de queja al Jefe de Nefrología o Medicina Interna.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Jefe de Nefrología o Medicina interna          | 22               | Notifica al Director de la Unidad Médica la existencia de fallas en el suministro faltantes o desperfectos en los bienes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Director de la Unidad Hospitalaria             | 23               | Realiza el trámite correspondiente para informar a la Coordinación de Abastecimiento mediante el reporte de queja, para su trámite correspondiente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Coordinación de Abastecimiento                 | 24               | Atiende el reporte recibido mediante el reporte de queja.<br><br>En caso de resultar procedente ordenará o llevará a cabo visita de supervisión, en el domicilio del paciente o almacenes del proveedor. Y gestionará las sanciones a las que se                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022  
DPA

| RESPONSABLE | No. DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN       |
|-------------|------------------|-------------------|
|             |                  | hagan acreedores. |

**5.3 ENTREGA DE INSUMOS A PACIENTES INGRESADOS AL PROGRAMA DE ENTREGA DOMICILIARIA.**

| RESPONSABLE                                                        | NO. ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Proveedor                                                          | 1             | Entrega mensualmente al Jefe de Nefrología o Medicina Interna, la receta consolidada que contiene los nombres, afiliaciones y prescripciones de todos los pacientes vigentes en el programa.                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                    | 2             | Verifica que la carta compromiso este vigente, y entrega al paciente el equipo medico correspondiente en un plazo no mayor a 2 días naturales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                    | 3             | Recibe receta consolidada autorizada por el Jefe de Nefrología o Medicina Interna y efectúa la primera entrega la cual deberá considerar la cantidad prescrita por el médico.                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                    | 4             | Determina las cantidades a entregar en domicilio, garantizando la suficiencia de insumos, efectuando los ajustes correspondientes, los cuales deberán ser únicamente a la baja debido a exceso de producto, ya sea por hospitalización, por cambio de programa, o por que haya obtenido soluciones de diálisis por medio de otra Institución.<br><br>Para continuar con el proceso de cobranza., deberá seguir lo estipulado en el procedimiento 5.6. |
|                                                                    | 5             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Área de Abastecimiento De la Unidad                                | 6             | Recibe del proveedor mensualmente el informe consolidado de entregas, actualizando la estadística de consumos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                    | 7             | Informa mensualmente a la Coordinación de Abastecimiento de la Delegación del ejercicio del contrato de los resultados del servicio contratado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Jefaturas Delegacionales de Prestaciones Medicas y Administrativas | 8             | De manera coordinada elaboran trimestralmente Programas de visitas de supervisión a los domicilios de los pacientes para verificar el cumplimiento del Programa.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                    | 9             | Analizan trimestralmente los programas de diálisis peritoneal (DPA) bajo los siguientes parámetros: (Mediante los formatos RDPCA-01 Y RDPCA02),<br>Oportunidad.<br>Cumplimiento de expectativas.<br>Suministro<br>Consumo contra programa de pacientes.<br>Costo Beneficio.                                                                                                                                                                           |

**5.4 MODIFICACIONES A LA PRESCRIPCIÓN O DATOS DEL PACIENTE**

| RESPONSABLE                           | NO. DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Médico Responsable del Programa       | 1                | En el caso de haber algún cambio en la prescripción o datos de el paciente, elabora el formato de Modificación y prescripción y programación del equipo (original para el proveedor, 1 copia para el Médico responsable y solo es la copia para el hospital. 1 copia, para la Dirección de la Unidad Hospitalaria, envía al Jefe de Nefrología o Medicina Interna los formatos de modificación de prescripción y programación de equipo. |
| Jefe de Nefrología o Medicina Interna | 2                | Entrega mensualmente al proveedor el listado nominal de pacientes que en ese mes requieran del recambio de la línea de transferencia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Director de la Unidad Hospitalaria    | 3                | Recibe y autoriza los datos del formato de modificación de prescripción programación de equipo del paciente, Entrega al proveedor los documentos originales.<br>En coordinación con trabajo social y/o enfermería programa cita para cambio de programación de la maquina.                                                                                                                                                               |
| Proveedor                             | 4                | Recibe las modificaciones de prescripción o datos del paciente debidamente autorizados, elaborando los ajustes en las entregas. Recibe del Jefe de Nefrología o de Medicina Interna, el listado nominal de pacientes en el programa que requieren en ese mes del recambio de su línea de transferencia.                                                                                                                                  |
|                                       | 5                | Entrega el producto de acuerdo a los cambios solicitados, recaba constancia de recepción del paciente o familiar del paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                       | 6                | Realiza cambio de programación en la maquina en el domicilio del paciente de acuerdo a la indicación médica, requisito del paciente la firma de verificación en el formato de cambio de programación de la prescripción. Esto lo hace el personal de enfermería.                                                                                                                                                                         |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br/> <b>ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b><br/> <b>DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN</b><br/> <b>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b><br/> <b>COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b></p> | <p style="text-align: center;">CONTRATO DERIVADO DE LA<br/> ADJUDICACIÓN DIRECTA</p> <p style="text-align: center;">NUM. AA-050GYR035-E001-2022</p> <p style="text-align: center;">DPA</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 5.5 SALIDA DEL PACIENTE Y RECOLECCIÓN DE LA MAQUINA DE DIÁLISIS

| RESPONSABLE                                                             | NO. ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Familiar del paciente o enfermera responsable o en su caso el proveedor | 1             | Informa al Médico Responsable del cambio, baja de programa, o en su caso, la salida definitiva por defunción del paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Médico Responsable del Programa                                         | 2             | Registra, elabora y firma de autorizado el formato de modificación de prescripción o datos del paciente, envía el formato a la Dirección de la Unidad Hospitalaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                         | 3             | Avisa inmediatamente al proveedor por escrito para suspender la entrega de producto, verificando que se cumpla con lo estipulado en la carta compromiso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Subdirector Administrativo / Director Administrativo de UMAE            | 4             | Recibe el formato de modificación de prescripción o datos del paciente, firma el formato y entrega al proveedor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Proveedor                                                               | 5             | Recibe el formato MDPD-01 original del subdirector administrativo de la unidad hospitalaria, procediendo a recoger los bienes de diálisis del domicilio del paciente, fuera del programa, con orden de embarque y entrega los bienes a la Farmacia del Hospital con el <b>Anexo T.6 (T.seis)</b> , suspendiendo las entregas subsecuentes (en original y dos copias: original para farmacia, 1 copia para proveedor y 1 copia para paciente o familiar responsable) |

#### 5.6 TRAMITE DE PAGO DE ENTREGA DOMICILIARIA

| RESPONSABLE                                          | NO. ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Proveedor                                            | 1             | <i>Elabora consolidado de Entregas apegándose a la forma CE-01 por Unidad Hospitalaria que ampare el total de bienes entregados en el ciclo de entrega (original para el Proveedor y copia para la Dirección de la Unidad Hospitalaria).</i> |
|                                                      |               | Entrega al Director de la Unidad Hospitalaria, el formato anterior junto con las órdenes de embarques debidamente autorizadas en su recepción por los derechohabientes y las facturas correspondientes que amparan las Entregas del ciclo    |
| Director de la Unidad Hospitalaria                   | 2             | Firma de autorización el Consolidado de Entregas, será de 6 días hábiles después de la entrega de la Factura(s), y entrega al Subdirector Administrativo de la Unidad Hospitalaria para su control                                           |
| Subdirector Administrativo de la Unidad Hospitalaria | 3             | Recibe y registra la documentación antes mencionada, entregándola al proveedor.                                                                                                                                                              |
| Proveedor                                            | 4             | Recibe documentación continúa con el trámite de pago correspondiente ante las áreas de Trámite de Erogaciones de la sede de la Delegación correspondiente.                                                                                   |
|                                                      | 5             | Recibe contra-recibo que le expida la Unidad Médica de la Delegación según corresponda.                                                                                                                                                      |

NOTA: Del número de actividad del 1 al 5 del numeral 5.6 Trámite de Pago de Entrega Domiciliaria, se deberá llevar a cabo dentro de los próximos 5 días hábiles del mes siguiente al suministro en reunión programada para el efecto en los hospitales correspondientes, a esta reunión deberá acudir el Director y Administrador del mismo y en dicho acto se suscribirá la facturación y documentación soporte o se asentará en acta las razones de no suscripción.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL NUEVO LEÓN  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

CONTRATO DERIVADO DE LA  
ADJUDICACION DIRECTA  
NUM. AA-050GYR035-E001-2022

DPA

ANEXO T 6

Control de Recuperación de Bienes de Dialisis Peritoneal (DPCA )

|            |  |               |  |
|------------|--|---------------|--|
| Delegación |  | Unidad Médica |  |
|------------|--|---------------|--|

1.- Recuperación de bienes en domicilio de pacientes

Fecha de recuperación de bienes:

Nombre del Paciente :

|                                   |                    |                   |           |
|-----------------------------------|--------------------|-------------------|-----------|
|                                   | Cambio de programa | Baja del Programa | Defunción |
| Motivo de Cancelación de envío de |                    |                   |           |

| PROGRAMA           | DPCA               | Cantidad | DPA                | Cantidad |
|--------------------|--------------------|----------|--------------------|----------|
| Tipo de soluciones | Clave 2356 (1.5%)  |          | Clave 2350 (1.5%)  |          |
|                    | Clave 2352 (2.5%)  |          | Clave 2353 (2.5%)  |          |
|                    | Clave 2354 (4.25%) |          | Clave 2355 (4.25%) |          |
| Total              |                    |          |                    |          |

Nombre del paciente o familiar responsable

Firma del paciente o familiar responsable

Nombre del representante del proveedor

Firma del representante del proveedor

2.- Entrega de Bienes en Unidad Hospitalaria

Fecha de entrega a Farmacia:

| PROGRAMA           | DPCA               | Cantidad | DPA                | Cantidad |
|--------------------|--------------------|----------|--------------------|----------|
| Tipo de soluciones | Clave 2356 (1.5%)  |          | Clave 2350 (1.5%)  |          |
|                    | Clave 2352 (2.5%)  |          | Clave 2353 (2.5%)  |          |
|                    | Clave 2354 (4.25%) |          | Clave 2355 (4.25%) |          |
| Total              |                    |          |                    |          |

Nombre de quien Entrega:

Firma del representante del proveedor

Nombre de Quien Recibe:

Firma del personal de farmacia de la unidad hospitalaria IMSS

Nota: La farmacia de la unidad médica deberá llevar un control de los bienes que ingresen a la misma procedentes de los domicilios de los pacientes