



Oaxaca de Juárez, Oax., a 20 de marzo del 2026
Oficio No. 218001150100/DABCS/0223/2026

ASUNTO: SOLICITUD DE INFORMACIÓN/COTIZACIÓN INVMER-033-2026

Organismos Públicos
Organismos Privados
Estimados Proveedores

Cuyo objeto social y actividad preponderante es:

**LA VENTA DE EQUIPOS, INSTRUMENTAL Y ACCESORIOS MÉDICOS.
PRESENTES.**

El Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Oaxaca del Instituto Mexicano del Seguro Social del Gobierno Federal, a través de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, con fundamento en los **artículos 3 fracción I, 35 párrafo sexto, 53, 54 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 47, 52 y 53 del Reglamento**, 4.2.1.1.10, 4.2.1.1.16, 4.2.3.1.5 del Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, numerales 4.13, 5.2, 5.3.4 inciso b), 5.3.8 inciso b) de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, 7.1.1.1.1 del Manual de Organización de la Jefatura de Servicios Administrativos, con el objetivo de obtener información respecto de:

- a) Determinar la existencia de oferta de los servicios que se requieren contratar en la cantidad, calidad y oportunidad requerida por este Instituto.
- b) Determinar proveeduría suficiente que preste los servicios
- c) Determinar el precio estimado de las partidas requeridas
- d) Determinar si existen servicios alternativos o sustitutos técnicamente razonables, o bien,
- e) Determinar el carácter del procedimiento de contratación a efectuar.
- f) Demás condiciones que imperan en el mercado.
- g) Capacidad de cumplimiento de los requisitos de participación de la presente investigación.

La presente investigación de mercado se requiere para la adquisición del **CLAVES DEL GRUPO: 379 "EQUIPOS, INSTRUMENTAL Y ACCESORIOS MÉDICOS"**, solicitados en el **anexo 1 "REQUERIMIENTO"** en el que se describen las partidas con las características técnicas emitidas por la Jefatura de Prestaciones Médicas.

El plazo máximo para recibir la información requerida será al día **miércoles 25 de marzo del presente hasta las 15:30 hrs.**



Favor de enviar acuse de recibo de esta solicitud al correo electrónico a: karina.cabrera@imss.gob.mx.

NOTA: Vencido el plazo de recepción de cotizaciones, (nombre de la dependencia o entidad) con fundamento en lo previsto en el artículo 35 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, se definirá el procedimiento a seguir para la contratación de acuerdo a la viabilidad del mismo y que aseguren las mejores condiciones para el estado y el Instituto.

Se invita a la proveeduría a enviar toda la documentación requerida en la presente **solicitud de cotización INVMER-033-2026**, en caso que algún anexo no sea aplicable a su empresa, presentarlo e indicar en el mismo la leyenda **"NO APLICA"**.

Sin otro particular se agradece su participación, siendo el único objetivo asegurar las mejores condiciones de contratación para esta Institución.

ATENTAMENTE

LAE. Sandra Isela Barzalobre Aragón

Encargada de la Coordinación de
Abastecimiento y Equipamiento.

Elaboró

Revisó

Autorizó

Lic. Karina Cabrera Bourguett
Supervisor de Proyectos E2.

Ing. Juan Alberto Torres Bautista
Jefe de la Oficina de Adquisición de
Bienes y Contratación de Servicios.

Lic. Ernesto Antonio Hooper Arvizu
Jefe del Departamento de Adquisición de
Bienes y Contratación de Servicios.



ANEXO 1
"REQUERIMIENTO"
INVMER-033-2026

No. de partida	CuCOP	Clave SAI					Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Cantidad de la Presentación	Tipo de Presentación
		Gpo	Gen	Esp	Dif	Var					
1	29500005	379	171	0795	00	01	CATETER DE DOBLE LUMEN PARA HEMODIALISIS CON EQUIPO DE INSERCIÓN. CATETER MAHURCAR 11.5 FRENCH X 19.5 CM EXTENSIONES RECTAS. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: 13793-009. PARA SU USO EN EL EQUIPO: CLAVE 531 340 0169 UNIDAD DE HEMODIALISIS. MARCA: BAXTER. MODELO: TINA. SYSTEM 1000.	36	PIEZA	1	PIEZA
2	29500005	379	200	3208	00	01	CIRCUITO EXTRACORPÓREO DE PVC INTERCONECTADO. CONTIENE: 4 SEGMENTOS PARA BOMBA, UNA LINEA DE HEPARINA PARA CONECTAR JERINGAS, UNA LINEA PARA LIQUIDO DE HEMODIALISIS, UNA LINEA PARA FLUIDO DE REMPLAZO, UNA LINEA DE ACCESO AL PACIENTE, UNA LINEA DE COLECCION DE VOLUMEN EXTRAIDO. 4 TRANSDUCTORES DE PRESION, UN FILTRO DE MEMBRANA AN69 TAMANO ST150, UNA BOLSA PARA DRENAJE DEL LIQUIDO DE CEBADO, UNA BOLSA PARA RECOLECCION DE VOLUMEN EXTRAIDO POST DILUCION, ESTERIL Y DESECHABLE. PRESENTACION: SET. NUMERO DE CATALOGO: 107640 (ST150). PARA SU USO EN EL EQUIPO: EQUIPO PARA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO (CRRT). CLAVE: 531.340.0235. MARCA: BAXTER. MODELO: PRISMAFLEX.	3	SET	1	SET
2	29500005	379	561	2914	00	01	SET PARA FILTRACION DESECHABLE, ESTERILIZADO POR OXIDO DE ETILENO, QUE CONSISTE DE, UN FILTRO PARA INTERCAMBIO DE PLASMA (PLASMA FILTRO) DE POLIPROPILENO DE FIBRAS HUECAS Y, SUS LINEAS MEDICAS (UNA LINEA PARA LA SOLUCION DE RE-INYECCION, UNA LINEA DE LA PRE-BOMBA Y UNA LINEA PARA ANTICOAGULANTE), ELABORADAS DE CLORURO DE POLIVINILO PLASTIFICADO (PVC). DEBE UTILIZARSE SOLAMENTE EN PACIENTES ADULTOS [QB (FLUJO DE BOMBA DE SANGRE) DE 100 A 400 ML/MIN]. PRESENTACION: CAJA CON 1 SET. NUMERO DE CATALOGO: TPE2000 107144. PARA SU USO EN EL EQUIPO: EQUIPO PARA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO (CRRT). CLAVE: 531.340.0235. MARCA: GAMBRO. MODELO: PRISMAFLEX.	3	CAJA	1	SET
2	29500005	379	561	2898	00	01	SET DESECHABLE, ESTERILIZADO POR OXIDO DE ETILENO, FORMADO POR UN HEMOFILTRO/DIALIZADOR DE FIBRA HUECA DE HEPARINA LIGADA Y SUS LINEAS, ESTE FILTRO ESTA CONECTADO A LA LINEA DE ENTRADA DE SANGRE (BANDA DE COLOR ROJO), A UNA LINEA DE RETORNO DE SANGRE (BANDA DE COLOR AZUL), A UNA LINEA DE ENTRADA DEL DIALIZADOR (BANDA DE COLOR VERDE) Y A UNA LINEA DE SALIDA DE EFLUENTE (BANDA DE COLOR AMARILLO); TAMBIEN INCLUYE EL SET UNA LINEA DE LA PRE-BOMBA DE SANGRE (BANDA DE COLOR BLANCO) Y UNA LINEA PARA ANTICUAGULANTE (JERINGA). EL SET CONSTA DE: UN HEMOFILTRO FIBROSO/DIALIZADOR HUECO INJERTADO CON HEPARINA, UN CIRCUITO DE TUBERIA, UN CARTUCHO Y UNA BOLSA EFLUENTE DE 5 LITROS. PRESENTACION: CAJA CON 1 SET Y CHAROLA DE PAPEL ALUMINIO. NUMERO DE CATALOGO: OXIRIS SET 112016. PARA SU USO EN EL EQUIPO: EQUIPO PARA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO (CRRT). CLAVE: 531.340.0235. MARCA: GAMBRO. MODELO: PRISMAFLEX.	108	CAJA	1	SET



No. de partida	CuCOP	Clave SAI					Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Cantidad de la Presentación	Tipo de Presentación
		Gpo	Gen	Esp	Dif	Var					
2	29500005	379	821	3629	00	01	SOLUCION COADYUVANTE DEL EQUILIBRIO HIDRO-ELECTROLITICO Y DEL PH EN PACIENTES BAJO SUSTITUCION RENAL CONTINUA. SOLUCION ESTERIL, PARA UTILIZARSE EN PACIENTES BAJO SUSTITUCION RENAL CONTINUA EN PACIENTES CON FALLA RENAL AGUDA, Y EN OTROS CASOS, CUANDO SE REQUIERE DE LA REMOCION DE LIQUIDOS O SOLUTOS, COMO EN LOS CASOS DE ENVENENAMIENTO AGUDO POR MEDICAMENTOS O DROGAS QUE SON DIALIZABLES. LA SOLUCION NO ENTRA EN CONTACTO CON EL TORRENTE SANGUINEO DEL PACIENTE. BOLSA DOBLE QUE CONTIENE UNA SOLUCION ELECTROLITICA (A) Y OTRA AMORTIGUADORA (B). ANTES DE LA MEZCLA, CADA 1000 ML CONTIENEN: 4 MEQ/L, CALCIO 2.5 MEQ/L; MAGNESIO 1.5 MEQ/L; SODIO 140 MEQ/L; CLORO 113 MEQ/L; LACTATO 3 MEQ/L; BICARBONATO 32 MEQ/L; GLUCOSA 110 MG/ML; AGUA PARA INYECCION. PRESENTACION: EMPAQUE CON 2 BOLSAS DE 5000 ML POR PAQUETE. NUMERO DE CATALOGO: 6054356. PARA SU USO EN EL EQUIPO MEDICO: CLAVE 531.340.0235 EQUIPO DE HEMOFILTRACION PARA TERAPIA RENAL CONTINUA. MARCA: GAMBRO. MODELO: PRISMA.	162	PAQUETE	1	PAQUETE
2	29500005	379	821	3637	00	01	SOLUCION COADYUVANTE DEL EQUILIBRIO HIDRO-ELECTROLITICO Y DEL PH EN PACIENTES BAJO SUSTITUCION RENAL CONTINUA. SOLUCION ESTERIL, PARA UTILIZARSE EN PACIENTES BAJO SUSTITUCION RENAL CONTINUA EN PACIENTES CON FALLA RENAL AGUDA, Y EN OTROS CASOS, CUANDO SE REQUIERE DE LA REMOCION DE LIQUIDOS O SOLUTOS, COMO EN LOS CASOS DE ENVENENAMIENTO AGUDO POR MEDICAMENTOS O DROGAS QUE SON DIALIZABLES. LA SOLUCION NO ENTRA EN CONTACTO CON EL TORRENTE SANGUINEO DEL PACIENTE. BOLSA DOBLE QUE CONTIENE UNA SOLUCION ELECTROLITICA (A) Y OTRA AMORTIGUADORA (B). ANTES DE LA MEZCLA, CADA 1000 ML CONTIENEN: CALCIO 3.5 MEQ/L, MAGNESIO 1 MEQ/L; SODIO 140 MEQ/L; CLORO 109.5 MEQ/L; LACTATO 3 MEQ/L; BICARBONATO 32 MEQ/L; AGUA PARA INYECCION. PRESENTACION: EMPAQUE CON 2 BOLSAS DE 5000 ML POR PAQUETE. NUMERO DE CATALOGO: 6054351. PARA SU USO EN EL EQUIPO MEDICO: CLAVE 531.340.0235 EQUIPO DE HEMOFILTRACION PARA TERAPIA RENAL CONTINUA. MARCA: GAMBRO. MODELO: PRISMA.	23	PAQUETE	1	PAQUETE
3	29500017	379	171	3609	00	00	CANULA NASAL DE ALTO FLUJO TAMAÑO MEDIANA, COLOR AZUL, RANGO DE FLUJO DE HASTA 60 L/MIN, CON ALMOHADILLAS LATERALES DE ESTABILIDAD Y REDUCCION DE PRESION EN ROSTRO, CON MEMBRANA PERMEABLE PRESENTACION: CAJA CON 20 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: OPT944. PARA SU USO EN LOS EQUIPOS: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION Y GENERADOR DE FLUJO INTEGRADO. CLAVE: 531.480.0201. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: AIRVO 2. Y HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR850.	4	CAJA	20	PIEZA
3	29500017	379	171	3591	00	00	CANULA NASAL DE ALTO FLUJO TAMAÑO CHICA COLOR NARANJA, RANGO DE FLUJO DE HASTA 50 L/MIN, CON ALMOHADILLAS LATERALES DE ESTABILIDAD Y REDUCCION DE PRESION EN ROSTRO, CON MEMBRANA PERMEABLE PRESENTACION: CAJA CON 20 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: OPT942. PARA SU USO EN LOS EQUIPOS: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION Y GENERADOR DE FLUJO INTEGRADO. CLAVE: 531.480.0201. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: AIRVO 2. Y HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR850.	1	CAJA	20	PIEZA
3	29500017	379	171	3617	00	00	CANULA NASAL DE ALTO FLUJO TAMAÑO GRANDE, COLOR VERDE, RANGO DE FLUJO DE HASTA 60 L/MIN, CON ALMOHADILLAS LATERALES DE ESTABILIDAD Y REDUCCION DE PRESION EN ROSTRO, CON MEMBRANA PERMEABLE PRESENTACION: CAJA CON 20 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: OPT946. PARA SU USO EN LOS EQUIPOS: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION Y GENERADOR DE FLUJO INTEGRADO. CLAVE: 531.480.0201. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: AIRVO 2. Y HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR850.	1	CAJA	20	PIEZA



No. de partida	CuCOP	Clave SAI					Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Cantidad de la Presentación	Tipo de Presentación
		Gpo	Gen	Esp	Dif	Var					
3	29500017	379	200	4057	00	00	CIRCUITO DESECHABLE DE 1.8 METROS DE LONGITUD CON CABLE CALEFACTOR Y SENSOR DE TEMPERATURA, CON SUJETADOR EN FORMA DE COLLARIN Y CLAVIJA DE SEGURIDAD PARA EVITAR MOVIMIENTO. INCLUYE CAMARA DE HUMIDIFICACION DE AUTOLLENADO DESECHABLE. PRESENTACION: CAJA CON 10 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: 900PT501. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION Y GENERADOR DE FLUJO INTEGRADO. CLAVE: 531.480.0201. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: AIRVO 2.	12	CAJA	10	PIEZA
3	29500017	379	200	3471	00	00	CIRCUITO PARA ALTO FLUJO CON CAMARA Y VALVULA DE ALIVIO DE PRESION CON PUERTO DE MONITOREO DE PRESION Y OXIGENO REDUCCION DE CONDENSACION ALAMBRE CALEFACTOR COMPATIBLE CON CANULAS OPTIFLOW JR. PRESENTACION: CAJA CON 10. NUMERO DE CATALOGO: RT330. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.	13	CAJA	10	PIEZA
3	29500017	379	403	0399	00	00	BONETE GORRO PARA CPAP NASAL, MEDIDAS 17-22 CM. PRESENTACION: CAJA CON 5. NUMERO DE CATALOGO: BC300-05. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.	8	CAJA	5	PIEZA
3	29500017	379	403	0407	00	00	BONETE GORRO PARA CPAP NASAL, MEDIDAS 22-25 CM. PRESENTACION: CAJA CON 5. NUMERO DE CATALOGO: BC303-05. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.	12	CAJA	5	PIEZA
3	29500017	379	403	0415	00	00	BONETE GORRO PARA CPAP NASAL, MEDIDAS 25-29 CM. PRESENTACION: CAJA CON 5. NUMERO DE CATALOGO: BC306-05. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.	12	CAJA	5	PIEZA
3	29500017	379	403	0423	00	00	BONETE GORRO PARA CPAP NASAL, MEDIDAS 29-36 CM. PRESENTACION: CAJA CON 5. NUMERO DE CATALOGO: BC309-05. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.	8	CAJA	5	PIEZA
3	29500017	379	458	0047	00	00	INTERFAZ NEONATAL FLEXITRUNK PARA USO CON SISTEMA CPAP DE BURBUJAS Y VENTILADOR MECANICO CON NCPAP. COMPATIBLE CON CANULAS NAALES O MASCARILLA NASAL. TUBO CON MEMBRANA FLEXIBLE DE 50 MM, PUERTO DE PRESION Y CONECTORES UNIVERSALES. PRESENTACION: CAJA CON 5. NUMERO DE CATALOGO: BC190. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.	10	CAJA	5	PIEZA
3	29500017	379	458	0054	00	00	INTERFAZ NEONATAL FLEXITRUNK PARA USO CON SISTEMA CPAP DE BURBUJAS Y VENTILADOR MECANICO CON NCPAP. COMPATIBLE CON CANULAS NAALES O MASCARILLA NASAL. TUBO CON MEMBRANA FLEXIBLE DE 70 MM, PUERTO DE PRESION Y CONECTORES UNIVERSALES. PRESENTACION: CAJA CON 5. NUMERO DE CATALOGO: BC191. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.	20	CAJA	5	PIEZA
3	29500017	379	458	0062	00	00	INTERFAZ NEONATAL FLEXITRUNK PARA USO CON SISTEMA CPAP DE BURBUJAS Y VENTILADOR MECANICO CON NCPAP. COMPATIBLE CON CANULAS NAALES O MASCARILLA NASAL. TUBO CON MEMBRANA FLEXIBLE DE 100 MM, PUERTO DE PRESION Y CONECTORES UNIVERSALES. PRESENTACION: CAJA CON 5. NUMERO DE CATALOGO: BC192. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.	10	CAJA	5	PIEZA



No. de partida	CuCOP	Clave SAI					Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Cantidad de la Presentación	Tipo de Presentación
		Gpo	Gen	Esp	Dif	Var					
3	29500017	379	561	3367	00	01	KIT DE TRANSICION DE BCPAP A ALTO FLUJO QUE INCLUYE CANULA NASAL COLOR AZUL TAMAÑO EXTRA CHICA CODIGO OJR410, ADAPTADOR A RAMA INSPIRATORIA DE CIRCUITO DE VENTILACION Y MANIFOLD DE SEGURIDAD PRESENTACION: CAJA CON 5 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: OJR410B. PARA SU USO EN LOS EQUIPOS: HUMIDIFICADOR DE INTERCAMBIO CALOR - HUMEDAD TIPO CASCADA ELECTRONICO CLAVE: 531.480.0128, HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION CLAVE: 531.480.0102 Y HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION Y GENERADOR DE FLUJO INTEGRADO CLAVE: 531.480.0201 MARCA: VARIAS. MODELO: VARIOS.	8	CAJA	5	PIEZA
3	29500017	379	561	3375	00	01	KIT DE TRANSICION DE BCPAP A ALTO FLUJO QUE INCLUYE CANULA NASAL COLOR ROJO TAMAÑO CHICA CODIGO OJR412, ADAPTADOR A RAMA INSPIRATORIA DE CIRCUITO DE VENTILACION Y MANIFOLD DE SEGURIDAD PRESENTACION: CAJA CON 5 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: OJR412B. PARA SU USO EN LOS EQUIPOS: HUMIDIFICADOR DE INTERCAMBIO CALOR - HUMEDAD TIPO CASCADA ELECTRONICO CLAVE: 531.480.0128, HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION CLAVE: 531.480.0102 Y HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION Y GENERADOR DE FLUJO INTEGRADO CLAVE: 531.480.0201 MARCA: VARIAS. MODELO: VARIOS.	12	CAJA	5	PIEZA
3	29500017	379	561	3383	00	01	KIT DE TRANSICION DE BCPAP A ALTO FLUJO QUE INCLUYE CANULA NASAL COLOR AMARILLO TAMAÑO MEDIANA CODIGO OJR414, ADAPTADOR A RAMA INSPIRATORIA DE CIRCUITO DE VENTILACION Y MANIFOLD DE SEGURIDAD PRESENTACION: CAJA CON 5 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: OJR414B. PARA SU USO EN LOS EQUIPOS: HUMIDIFICADOR DE INTERCAMBIO CALOR - HUMEDAD TIPO CASCADA ELECTRONICO CLAVE: 531.480.0128, HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION CLAVE: 531.480.0102 Y HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION Y GENERADOR DE FLUJO INTEGRADO CLAVE: 531.480.0201 MARCA: VARIAS. MODELO: VARIOS.	4	CAJA	5	PIEZA
3	29500017	379	561	3391	00	01	KIT DE TRANSICION DE BCPAP A ALTO FLUJO QUE INCLUYE CANULA NASAL COLOR MORADO TAMAÑO GRANDE CODIGO OJR416, ADAPTADOR A RAMA INSPIRATORIA DE CIRCUITO DE VENTILACION Y MANIFOLD DE SEGURIDAD PRESENTACION: CAJA CON 5 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: OJR416B. PARA SU USO EN LOS EQUIPOS: HUMIDIFICADOR DE INTERCAMBIO CALOR - HUMEDAD TIPO CASCADA ELECTRONICO CLAVE: 531.480.0128, HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION CLAVE: 531.480.0102 Y HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION Y GENERADOR DE FLUJO INTEGRADO CLAVE: 531.480.0201 MARCA: VARIAS. MODELO: VARIOS.	1	CAJA	5	PIEZA
3	29500017	379	561	3409	00	01	KIT DE TRANSICION DE BCPAP A ALTO FLUJO QUE INCLUYE CANULA NASAL COLOR VERDE TAMAÑO EXTRA GRANDE CODIGO OJR418, ADAPTADOR A RAMA INSPIRATORIA DE CIRCUITO DE VENTILACION Y MANIFOLD DE SEGURIDAD PRESENTACION: CAJA CON 5 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: OJR418B. PARA SU USO EN LOS EQUIPOS: HUMIDIFICADOR DE INTERCAMBIO CALOR - HUMEDAD TIPO CASCADA ELECTRONICO CLAVE: 531.480.0128, HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION CLAVE: 531.480.0102 Y HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION Y GENERADOR DE FLUJO INTEGRADO CLAVE: 531.480.0201 MARCA: VARIAS. MODELO: VARIOS.	1	CAJA	5	PIEZA
3	29500017	379	615	0120	00	00	MASCARA NASAL NEONATAL SUAVE DE SILICONA Y FORMA ANATOMICA. DISEÑO EVITA QUE LA MASCARA TOQUE LA PUNTA DE LA NARIZ. TAMAÑO CHICO PARA PACIENTES MENORES A 1 KG. PRESENTACION: CAJA CON 10. NUMERO DE CATALOGO: BC800-10. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.	10	CAJA	10	PIEZA
3	29500017	379	615	0138	00	00	MASCARA NASAL NEONATAL SUAVE DE SILICONA Y FORMA ANATOMICA. DISEÑO EVITA QUE LA MASCARA TOQUE LA PUNTA DE LA NARIZ. TAMAÑO MEDIANO PARA PACIENTES DE HASTA 1.5 KG. PRESENTACION: CAJA CON 10. NUMERO DE CATALOGO: BC801-10. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.	10	CAJA	10	PIEZA



No. de partida	CuCOP	Clave SAI					Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Cantidad de la Presentación	Tipo de Presentación
		Gpo	Gen	Esp	Dif	Var					
3	29500017	379	615	0146	00	00	MASCARA NASAL NEONATAL SUAVE DE SILICONA Y FORMA ANATOMICA. DISEÑO EVITA QUE LA MASCARA TOQUE LA PUNTA DE LA NARIZ. TAMAÑO GRANDE PARA PACIENTES DE HASTA 2.5 KG. PRESENTACION: CAJA CON 10. NUMERO DE CATALOGO: BC802-10. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.	10	CAJA	10	PIEZA
3	29500017	379	615	0153	00	00	MASCARA NASAL NEONATAL SUAVE DE SILICONA Y FORMA ANATOMICA. DISEÑO EVITA QUE LA MASCARA TOQUE LA PUNTA DE LA NARIZ. TAMAÑO EXTRA GRANDE PARA PACIENTES MAYORES A 2.5 KG. PRESENTACION: CAJA CON 10. NUMERO DE CATALOGO: BC803-10. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.	10	CAJA	10	PIEZA
3	29500017	379	682	0326	00	00	PARCHES ADHESIVOS PARA CANULAS DE ALTO FLUJO COMPATIBLE CON CODIGOS OJR410 Y OJR412. PRESENTACION: CAJA CON 20 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: WJR110. PARA SU USO EN LOS EQUIPOS: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION Y GENERADOR DE FLUJO INTEGRADO. CLAVE: 531.480.0201. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: AIRVO 2. Y HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR850.	10	CAJA	20	PIEZA
3	29500017	379	817	0282	00	00	SISTEMA CPAP DE BURBUJA INCLUYE GENERADOR DE CPAP DE BURBUJAS, CIRCUITO RESPIRATORIO CALENTADO, CAMARA DE HUMIDIFICACION, TUBULADURA DE PRESION AJUSTABLE DE 3 A 10 CMH2O, VALVULA DE SEGURIDAD DE LIBERACION DE PRESION. PARA INTERFACE FLEXITRUNK. PRESENTACION: CAJA CON 10. NUMERO DE CATALOGO: BC161-10. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.	10	CAJA	10	PIEZA
4	25408156	379	327	1895	00	01	EQUIPO DE VENOCCLISIS DE PLASTICO GRADO MEDICO, ESTERIL, DESECHABLE, PARA USARSE EN BOMBA DE INFUSION. CONSTA DE: BAYONETA, FILTRO DE AIRE, CAMARA DE GOTEO FLEXIBLE CON MACROGOTERO, TUBO TRANSPORTADOR, MECANISMO REGULADOR DE FLUJO , CON DOS O MAS DISPOSITIVOS EN "Y" PARA INYECCION, OBTURADOR DE TUBO TRANSPORTADOR, ADAPTADOR DE AGUJA, PROTECTORES DE BAYONETA Y ADAPTADOR.	20,000	EQUIPO	1	EQUIPO
4	25408156	379	327	1903	00	01	EQUIPO DE VENOCCLISIS DE PLASTICO GRADO MEDICO, ESTERIL, DESECHABLE, PARA USARSE EN BOMBA DE INFUSION. CONSTA DE: BAYONETA, FILTRO DE AIRE, CAMARA DE GOTEO FLEXIBLE CON MICROGOTERO, TUBO TRANSPORTADOR, MECANISMO REGULADOR DE FLUJO, CON DOS O MAS DISPOSITIVOS EN "Y" PARA INYECCION, OBTURADOR DE TUBO TRANSPORTADOR, ADAPTADOR DE AGUJA, PROTECTORES DE BAYONETA Y ADAPTADOR.	10	EQUIPO	1	EQUIPO
4	25408156	379	327	1911	00	01	EQUIPO PARA APLICACION DE SOLUCIONES DE VOLUMENES MEDIDOS, DE PLASTICO GRADO MEDICO, ESTERIL, DESECHABLE, PARA USARSE CON BOMBA DE INFUSION. CONSTA DE: BAYONETA, FILTRO DE AIRE, CAMARA BURETA FLEXIBLE CON CAPACIDAD DE100 ML MINIMO Y ESCALA GRADUADA EN ML, CAMARA DE GOTEO FLEXIBLE CON MACROGOTERO, TUBO TRANSPORTADOR, MECANISMO REGULADOR DE FLUJO CON DOS O MAS DISPOSITIVOS EN "Y" PARA INYECCION, OBTURADOR DE TUBO TRANSPORTADOR, ADAPTADOR DE AGUJA, PROTECTORES DE BAYONETA Y ADAPTADOR.	10	EQUIPO	1	EQUIPO
4	25408156	379	327	1929	00	01	EQUIPO PARA APLICACION DE SOLUCIONES DE VOLUMENES MEDIDOS, DE PLASTICO GRADO MEDICO, ESTERIL, DESECHABLE, PARA USARSE CON BOMBA DE INFUSION. CONSTA DE: BAYONETA, FILTRO DE AIRE, CAMARA BURETA FLEXIBLE CON CAPACIDAD DE100 ML MINIMO Y ESCALA GRADUADA EN ML, CAMARA DE GOTEO FLEXIBLE CON MICROGOTERO, TUBO TRANSPORTADOR, MECANISMO REGULADOR DE FLUJO CON DOS O MAS DISPOSITIVOS EN "Y" PARA INYECCION, OBTURADOR DE TUBO TRANSPORTADOR, ADAPTADOR DE AGUJA, PROTECTORES DE BAYONETA Y ADAPTADOR.	10	EQUIPO	1	EQUIPO



No. de partida	CuCOP	Clave SAI					Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Cantidad de la Presentación	Tipo de Presentación
		Gpo	Gen	Esp	Dif	Var					
4	25408156	379	327	1945	00	01	EQUIPO DE VENOCCLISIS, DE PLASTICO GRADO MEDICO, ESTERIL, DESECHABLE, PARA USARSE EN BOMBA DE INFUSION DURANTE LA CIRUGIA. CONSTA DE: BAYONETA, CARTUCHO DE INFUSION, TUBO TRANSPORTADOR ANTIACITINICO DE BAJA ABSORCION PARA MEDICAMENTOS FOTOSENSIBLES, OBTURADOR DE TUBO TRANSPORTADOR, ADAPTADOR DE AGUJA Y BAYONETA PARA BOLSA Y PROTECTOR.	2,000	EQUIPO	1	EQUIPO
4	25408156	379	327	0582	00	01	EQUIPO PARA APLICACION DE SOLUCIONES, SANGRE Y DERIVADOS, PARA USARSE CON BOMBA DE INFUSION, DE PLASTICO GRADO MEDICO, ESTERIL, DESECHABLE, CONSTA DE: BAYONETA, CAMARA DE GOTEIO FLEXIBLE, FILTRO ANTIHEMOLITICO, TUBO TRANSPORTADOR, MECANISMO REGULADOR DE FLUJO, CON UNO O MAS DISPOSITIVOS EN "Y" PARA INYECCION, OBTURADOR DE TUBO TRANSPORTADOR, ADAPTADOR DE AGUJA, PROTECTORES DE BAYONETA Y ADAPTADOR. PRESENTACION: EQUIPO. NUMERO DE CATALOGO: BBC1408A. PARA SU USO EN EL EQUIPO: CLAVE 531.140.0393 BOMBA DE INFUSION PORTATIL. MARCA: BAXTER. MODELO: COLLEAGUE.	50	EQUIPO	1	EQUIPO
5	25400041	379	328	0441	00	01	ESPONJA DE ALCOHOL POLIVINILICO (PVA) PARA TERAPIA VAC, DE POROS CERRADOS MENORES DE 200 MICRAS, TODOS INTERCONECTADOS, DE COLOR BLANCO, RECTANGULAR DE 10 X 7.5 CM, IDEAL PARA HERIDAS TUNELIZADAS, CON EXPOSICION DE HUESO O TENDON. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: M6275033. PARA SU USO EN EL EQUIPO: EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. CLAVE: 531.357.0011. MARCA: VAC. MODELO: ULTA.	10	PIEZA	1	PIEZA
5	25400041	379	328	0144	00	01	ESPONJA DE ALCOHOL POLIVINILICO (PVA) PARA TERAPIA VAC, DE POROS CERRADOS MENORES DE 200 MICRAS, TODOS INTERCONECTADOS, DE COLOR BLANCO, RECTANGULAR DE 10 X 15 CM, IDEAL PARA HERIDAS TUNELIZADAS, CON EXPOSICION DE HUESO O TENDON. COMPATIBLE CON UNIDAD DE TERAPIA ATS. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: M6275034. PARA SU USO EN EQUIPO MEDICO: CLAVE 531.357.0011. EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. MARCA: VAC. MODELO: ATS.	10	PIEZA	1	PIEZA
5	25408140	379	375	0427	00	02	RECOLECTOR DE FLUIDOS PARA UNIDAD DE TERAPIA V.A.C. ULTA. RECOLECTOR GRADUADO DE CLORURO DE POLIVINILO DE ALTA DENSIDAD, TRANSPARENTE CON CAPACIDAD DE 1000 ML, CON GRADUACIONES CADA 100 ML EN LA COSTILLA DEL ASA, DICHO DISPOSITIVO CONTIENE UN SOBRE CON SUBSTANCIAS QUIMICAS, QUE TIENEN LA PROPIEDAD DE GELIFICAR EL EXUDADO, SE ENCUENTRA UNIDO A UN TUBO TRAC QUE CONSTA DE 1 LUMEN CENTRAL PARA LA RECOLECCION DE LOS FLUIDOS DE LA HERIDA Y 4 LUMENES PERIFERICOS QUE TRANSMITEN LA PRESION DEL LECHO DE LA HERIDA AL MICROPROCESADOR DE LA UNIDAD DE TERAPIA Y UN COUPLE CONECTOR MACHO, PARA UNIRSE AL TUBO DE SUCCION DEL TRAC. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: M6275093. PARA SU USO EN EQUIPO MEDICO: CLAVE 531.357.0011. EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. MARCA: VAC. MODELO: ULTA	120	PIEZA	1	PIEZA
5	25408140	379	375	0500	01	01	RECOLECTOR DE FLUIDOS PARA UNIDAD DE TERAPIA V.A.C. INFOVAC, ACTIVAC. RECOLECTOR GRADUADO DE CLORURO DE POLIVINILO DE ALTA DENSIDAD, TRANSPARENTE CON CAPACIDAD DE 500 ML, CON GRADUACIONES CADA 50 ML EN LA COSTILLA DEL ASA, DICHO DISPOSITIVO CONTIENE UN SOBRE CON SUBSTANCIAS QUIMICAS, QUE TIENEN LA PROPIEDAD DE GELIFICAR EL EXUDADO SE ENCUENTRA UNIDO A UN TUBO SENSAC TRAC, QUE CONSTA: DE 1 LUMEN CENTRAL PARA LA RECOLECCION DE LOS FLUIDOS DE LA HERIDA Y 4 LUMENES PERIFERICOS QUE TRANSMITEN LA PRESION DEL LECHO DE LA HERIDA AL MICROPROCESADOR DE LA UNIDAD DE TERAPIA Y UN COUPLE CONECTOR MACHO, PARA UNIRSE AL TUBO DE SUCCION DEL SENSAC TRAC. PRESENTACION: PIEZA. COMPATIBLE CON UNIDAD DE TERAPIA INFOVAC, ACTIVAC. PRESENTACION: CAJA CON 5. NUMERO DE CATALOGO: M8275063. PARA SU USO EN EL EQUIPO MEDICO: CLAVE 531.357.0011 EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. MARCA: VAC. MODELO: INFOVAC.	20	CAJA	5	PIEZA



No. de partida	CuCOP	Clave SAI					Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Cantidad de la Presentación	Tipo de Presentación
		Gpo	Gen	Esp	Dif	Var					
5	25400041	379	561	1072	00	01	KIT QUE CONTIENE: 1 APOSITO CHICO GRANU FOAM DE ESPUMA FABRICADO CON POLIURETANO RETICULADO(PU) GRADO MEDICO HIDROFOBICO DE PORO ABIERTO CON ORIFICIOS DE 400 A 600 MICRAS TODOS INTERCONECTADOS, DE COLOR NEGRO, OVALADA, DE 10 CM DE LARGO POR 7.5 CM DE ANCHO Y 3.2 CM DE ESPESOR; 1 PELICULAS DE POLIURETANO ADHESIVO TRANSPARENTE DE 25.7CM +/- 2 MM POR 32 CM +/- 2 MM CON DOS ZONAS DE SEGURIDAD A LO LARGO PARA FACIL MANEJO DE COLOR AZUL DESPRENDIBLES,1 REGLA DESECHABLE Y UNA ALMOHADILLA DE SILICON EN UNO DE SUS EXTREMOS AUTO ADHERIBLE DE FORMA CIRCULAR UNIDO A UN TUBO DE SISTEMA SENSE TRAC QUE CONTIENE 5 LUMENES, 1 LUMEN CENTRAL PARA RECOLECTAR EL EXUDADO DE LA HERIDA AL CANISTER Y 4 LUMENES PERIFERICOS QUE TRANSMITEN LA PRESION DEL LECHO DE LA HERIDA AL MICROPROCESADOR DE LA UNIDAD DE TERAPIA, Y EN EL EXTREMO OPUESTO UN. COPLER CONECTOR HEMBRA EN EL EXTREMO, PARA UNIRSE AL TUBO DE SUCCION DEL CANISTER. KIT COMPATIBLE CON EQUIPO ATS, INSTIL Y FREEDOM CAPAZ DE DETECTAR 5 ALARMAS AUDIBLES Y VISIBLES. PRESENTACION: CAJA CON 10. NUMERO DE CATALOGO: M8275051. PARA SU USO EN EL EQUIPO MEDICO: CLAVE 531.357.0011 EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA, MARCA: VAC MODELO: ATS.	3	CAJA	10	PIEZA
5	25400041	379	561	0900	00	01	UN KIT QUE CONTIENE: 1 APOSITO DE ESPUMA FABRICADO CON POLIURETANO RETICULADO (PU) GRADO MEDICO, HIDROFOBICO DE PORO ABIERTO, CON ORIFICIOS DE 400 A 600 MICRAS, TODOS INTERCONECTADOS, DE COLOR NEGRO, OVALADO, DE 18 CM DE LARGO POR 12.5 CM DE ANCHO Y 3.2 CM DE ESPESOR; 2 PELICULAS DE POLIURETANO ADHESIVO TRANSPARENTE DE 25.7CM +/- 2 MM POR 32 CM +/- 2 MM CON DOS ZONAS DE SEGURIDAD A LO LARGO PARA FACIL MANEJO DE COLOR AZUL DESPRENDIBLES EN LOS EXTREMOS MAS CORTOS, CON PELICULA PLASTICA PROTECTORA MARCADA CON EL NUMERO 1 Y PELICULA TRANSPARENTE ADHERIDA MARCADA CON EL NUMERO 2; CON UN TRAC PAD DE SILICON EN UNO DE SUS EXTREMOS AUTO ADHERIBLE DE FORMA CIRCULAR UNIDO A UN TUBO DE SUCCION DE QUE CONTIENE 5 LUMENES, 1 LUMEN CENTRAL PARA RECOLECTAR EL EXUDADO DE LA HERIDA AL CANISTER Y 4 LUMENES PERIFERICOS QUE TRANSMITEN LA PRESION DEL LECHO DE LA HERIDA AL MICROPROCESADOR DE LA UNIDAD DE TERAPIA, Y EN EL EXTREMO OPUESTO UN COPLER CONECTOR HEMBRA PARA UNIRSE AL TUBO DE SUCCION DEL CANISTER. KIT COMPATIBLE CON UNIDAD DE TERAPIA ATS. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: M6275052. PARA SU USO EN EQUIPO MEDICO: CLAVE 531.357.0011. EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. MARCA: VAC. MODELO: ATS.	120	PIEZA	1	PIEZA



No. de partida	CuCOP	Clave SAI					Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Cantidad de la Presentación	Tipo de Presentación
		Gpo	Gen	Esp	Dif	Var					
5	25400041	379	561	0918	00	01	UN KIT QUE CONTIENE: 1 APOSITO DE ESPUMA FABRICADO CON POLIURETANO RETICULADO(PU) GRADO MEDICO, HIDROFOBICO DE PORO ABIERTO CON ORIFICIOS DE 400 A 600 MICRAS TODOS INTERCONECTADOS, DE COLOR NEGRO, OVALADO, DE 25.6 CM DE LARGO POR 15 CM DE ANCHO Y 3.2 CM DE ESPESOR; 2 PELICULAS DE POLIURETANO ADHESIVO TRANSPARENTE DE 25.7CM +/- 2 MM POR 32 CM +/- 2 MM CON DOS ZONAS DE SEGURIDAD A LO LARGO PARA FACIL MANEJO DE COLOR AZUL DESPRENDIBLES EN LOS EXTREMOS MAS CORTOS, CON PELICULA PLASTICA PROTECTORA MARCADA CON EL NUMERO 1 Y PELICULA TRANSPARENTE ADHERIDA MARCADA CON EL NUMERO 2; CON UN TRAC PAD DE SILICON EN UNO DE SUS EXTREMOS AUTO ADHERIBLE DE FORMA CIRCULAR UNIDO A UN TUBO DE SUCCION DE QUE CONTIENE 5 LUMENES, 1 LUMEN CENTRAL PARA RECOLECTAR EL EXUDADO DE LA HERIDA AL CANISTER Y 4 LUMENES PERIFERICOS QUE TRANSMITEN LA PRESION DEL LECHO DE LA HERIDA AL MICROPROCESADOR DE LA UNIDAD DE TERAPIA, Y EN EL EXTREMO OPUESTO UN COPLE CONECTOR HEMBRA PARA UNIRSE AL TUBO DE SUCCION DEL CANISTER. KIT COMPATIBLE CON UNIDAD DE TERAPIA ATS. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: M6275053. PARA SU USO EN EQUIPO MEDICO: CLAVE 531.357.0011 EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. MARCA: VAC. MODELO: ATS.	60	PIEZA	1	PIEZA
5	25400041	379	561	2963	00	01	APOSITO VERAFLOR DRESSING SYSTEM GRANDE: CONTIENE: 1.-DOS APOSITOS DE POLIURETANO ESTER RETICULADO GRANDE, CON POROSIDAD DE 400-600 MICRONES CON MENOR GRADO DE HIDROFOBICIDAD OVALADO DE CORTE ESPIRAL, DE 25 CM DE LARGO POR 15 CM DE ANCHO Y 1.6 CM DE ESPESOR; 2.-CINCO LAMINAS ADHESIVAS AVANZADAS. TRANSPARENTES ,DE 25.7 CM MAS MENOS 2MM CON DOS ZONAS DE SEGURIDAD A LO LARGO PARA FACIL MANEJO , DESPRENDIBLES EN LOS EXTREMOS MAS CORTOS .UNA PELICULA PLASTICA MARCADA CON EL NUMERO 1 , Y UNA PELICULA PLASTICA TRANSPARENTE MARCADA CON EL NUMERO 2; 3.- UN SISTEMA PARA CONTROLAR Y REGULAR DE MANERA PRECISA LA PRESION NEGATIVA DE DOS VIAS , UNO PARA VACIO Y OTRO PARA INSTILACION (VERA TRAC); 4.-DOS BARRERAS NO IRRITANTES CAVILON 3M; 5.- UNA REGLA DE PAPEL PARA MEDICION DE LA HERIDA. TODO ESTERIL. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: ULTVCC05LG. PARA SU USO EN EL EQUIPO: EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. CLAVE: 531.357.0011. MARCA: VAC. MODELO: ULTA.	12	PIEZA	1	PIEZA
5	25400041	379	561	3003	00	01	APOSITO DE ESPUMA FABRICADO CON POLIURETANO RETICULADO (PU) GRADO MEDICO, HIDROFOBICO DE PORO ABIERTO CON ORIFICIOS DE 400 A 600 MICRAS TODOS INTERCONECTADOS, QUE CONTIENE PLATA, DE COLOR PLATEADO, OVALADO, DE 10 CM. DE LARGO POR 7.5 CM DE ANCHO Y 3.2 CM. DE ESPESOR. CONTIENE ADEMÁS: TRES PELICULAS DE POLIURETANO ADHESIVO TRANSPARENTE DE 25.7 CM MAS MENOS 2MM. 32 CM. MAS MENOS 2MM CON DOS ZONAS DE SEGURIDAD A LO LARGO PARA FACIL MANEJO DE COLOR AZUL DESPRENDIBLES EN LOS EXTREMOS MAS CORTOS, PELICULA PLASTICA PROTECTORA MARCADA CON EL NUMERO 1, PELICULA TRANSPARENTE ADHERIDA MARCADA CON EL NUMERO 2. UN SISTEMA PARA CONTROLAR Y REGULAR DE MANERA PRECISA LA PRESION NEGATIVA (TRAC) DE SILICON EN UNO DE SUS EXTREMOS AUTOADHERIBLE DE FORMA CIRCULAR UNIDO A UN TUBO DE SUCCION QUE CONTIENE 5 LUMENES: 1 LUMEN CENTRAL PARA RECOLECTAR EL EXUDADO DE LA HERIDA AL CANISTER Y 4 LUMENES PERIFERICOS QUE TRANSMITEN LA PRESION DEL LECHO DE LA HERIDA AL MICROPROCESADOR DE LA UNIDAD DE TERAPIA, Y EN EL EXTREMO OPUESTO UN COPLE CONECTOR HEMBRA PARA UNIRSE AL TUBO DE SUCCION DEL CANISTER. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: M8275098. PARA SU USO EN EL EQUIPO: EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. CLAVE: 531.357.0011. MARCA: VAC. MODELO: ULTA.	5	PIEZA	1	PIEZA



No. de partida	CuCOP	Clave SAI					Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Cantidad de la Presentación	Tipo de Presentación
		Gpo	Gen	Esp	Dif	Var					
5	25400041	379	561	3011	00	01	APOSITO DE ESPUMA FABRICADO CON POLIURETANO RETICULADO (PU) GRADO MEDICO, HIDROFOBICO DE PORO ABIERTO CON ORIFICIOS DE 400 A 600 MICRAS TODOS INTERCONECTADOS, QUE CONTIENE PLATA, DE COLOR PLATEADO, OVALADO, DE 18 CM. DE LARGO POR 12.5 CM DE ANCHO Y 3.2 CM. DE ESPESOR. CONTIENE ADEMÁS. A) TRES PELICULAS DE POLIURETANO ADHESIVO TRANSPARENTE DE 25.7 CM MAS MENOS 2MM., 32 MAS MENOS 2MM CON DOS ZONAS DE SEGURIDAD A LO LARGO PARA FACIL MANEJO DE COLOR AZUL DESPRENDIBLES EN LOS EXTREMOS MAS CORTOS. UNA PELICULA PLASTICA PROTECTORA MARCADA CON EL NUMERO 1, PELICULA TRANSPARENTE ADHERIDA MARCADA CON EL NUMERO 2. BJUN SISTEMA PARA CONTROLAR Y REGULAR DE MANERA PRECISA LA PRESION NEGATIVA (TRAC) DE SILICON EN UNO DE SUS EXTREMOS AUTOADHERIBLE DE FORMA CIRCULAR UNIDO A UN TUBO DE SUCCION QUE CONTIENE 5 LUMENES; 1 LUMEN CENTRAL PARA RECOLECTAR EL EXUDADO DE LA HERIDA AL CANISTER Y 4 LUMENES PERIFERICOS QUE TRANSMITEN LA PRESION DEL LECHO DE LA HERIDA AL MICROPROCESADOR DE LA UNIDAD DE TERAPIA, Y EN EL EXTREMO OPUESTO UN COPLER CONECTOR HEMBRA PARA UNIRSE AL TUBO DE SUCCION DEL CANISTER. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: M8275096. PARA SU USO EN EL EQUIPO: EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. CLAVE: 531.357.0011. MARCA: VAC. MODELO: ULTA.	50	PIEZA	1	PIEZA
5	25400041	379	561	0934	00	01	UN KIT QUE CONTIENE: 1 APOSITO DE ESPUMA FABRICADO CON POLIURETANO RETICULADO (PU) GRADO MEDICO, HIDROFOBICO DE PORO ABIERTO CON ORIFICIOS DE 400 A 600 MICRAS TODOS INTERCONECTADOS, QUE CONTIENE PLATA, DE COLOR PLATEADO, OVALADO, DE 25.6 CM DE LARGO POR 15 CM DE ANCHO Y 3.2 CM DE DE COLOR NEGRO, OVALADO, DE 60 CM DE LARGO POR 30 CM DE ANCHO Y 1.6 CM DE ESPESOR; 2 PELICULAS DE POLIURETANO ADHESIVO TRANSPARENTE DE 25.7CM +/- 2 MM POR 32 CM +/- 2 MM CON DOS ZONAS DE SEGURIDAD A LO LARGO PARA FACIL MANEJO DE COLOR AZUL DESPRENDIBLES EN LOS EXTREMOS MAS CORTOS, CON PELICULA PLASTICA PROTECTORA MARCADA CON EL NUMERO 1 Y PELICULA TRANSPARENTE ADHERIDA MARCADA CON EL NUMERO 2; CON UN TRAC PAD DE SILICON EN UNO DE SUS EXTREMOS AUTO ADHERIBLE DE FORMA CIRCULAR UNIDO A UN TUBO DE SUCCION QUE CONTIENE 5 LUMENES, 1 LUMEN CENTRAL PARA RECOLECTAR EL EXUDADO DE LA HERIDA AL CANISTER Y 4 LUMENES PERIFERICOS QUE TRANSMITEN LA PRESION DEL LECHO DE LA HERIDA AL MICROPROCESADOR DE LA UNIDAD DE TERAPIA, Y EN EL EXTREMO OPUESTO UN COPLER CONECTOR HEMBRA PARA UNIRSE AL TUBO DE SUCCION DEL CANISTER. COMPATIBLE CON UNIDAD DE TERAPIA ATS. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: M6275099. PARA SU USO EN EQUIPO MEDICO: CLAVE 531.357.0011. EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. MARCA: VAC. MODELO: ATS.	20	PIEZA	1	PIEZA



No. de partida	CuCOP	Clave SAI					Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Cantidad de la Presentación	Tipo de Presentación
		Gpo	Gen	Esp	Dif	Var					
5	25400041	379	561	1411	00	01	UN KIT QUE CONTIENE: 1 APOSITO PARA ABDOMEN ABIERTO, ABTHERA TM SENA T.R.A.C. TM, CONSTA DE UNA CAPA PROTECTORA VISCERAL (VPL), CAPA DE CONTACTO ELABORADA A BASE DE DOS PELICULAS DE POLIURETANO FENESTRADAS DE MANERA BALANCEADA CON UN ESPESOR DE 160 MICRONES DE FORMA OVAL DE DIMENSIONES DE 665 A 802 MM Y UNA ESPONJA ENCAPSULADA CON UN GROSOR DE 10 MM, EN FORMA DE ESTRELLA ESTERIL, LIBRE DE LATEX. DOS PIEZAS DE ESPUMA PERFORADAS, LAS CUALES ESTAN HECHAS A BASE DE ESPUMA DE CELULA ABIERTA DE POLIURETANO DE FORMA OVAL, EL TAMAYO DEL PORO ES DE 500 A 600 MICRAS. CUATRO APOSITOS ADHESIVOS, CUENTAN CON UNA PELICULA DE APOYO Y RECUBRIMIENTO DE LIBERACION, ELABORADA DE POLIETILENO Y UNA PELICULA PORTADORA DE ADHESIVO DE ACRILICO NO SENSIBILIZANTE, RECUBIERTO DE POLIURETANO. UN T.R.A.C. THERAPEUTIC REGULATED ACCURATE CARE, UN MICROPROCESADOR AVANZADO DE CONTROL DE PRESION, QUE JUNTO CON UN TUBO MULTILUMEN AYUDA A ASEGURAR LA PRESION DEL SISTEMA V.A.C. KIT COMPATIBLE CON UNIDAD DE TERAPIA ATS, INFOVAC, ACTIVAC. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: M82750261. PARA SU USO EN EL EQUIPO MEDICO: CLAVE 531.357.0011 EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. MARCA: VAC MODELO: ATS.	5	PIEZA	1	PIEZA



ANEXO 1 "A" NOTAS TÉCNICAS

Partida	Nota Técnica	GPO	GEN	ESP	DIF	VAR	DESCRIPCION
1	Se requiere ofertar la versión de catéter MAHURCAR ELITE.	379	171	0795	00	01	CATETER DE DOBLE LUMEN PARA HEMODIALISIS CON EQUIPO DE INSERCIÓN. CATETER MAHURCAR 11.5 FRENCH X 19.5 CM EXTENSIONES RECTAS. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: 13793-009. PARA SU USO EN EL EQUIPO: CLAVE 531 340 0169 UNIDAD DE HEMODIALISIS. MARCA: BAXTER. MODELO: TINA. SYSTEM 1000.
2	Se requiere ofertar en conjunto con la partida, una maquina de hemodialisis continuo marca GAMBRO, Modelo PRISMA FLEX en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca, contemplando capacitacion en todos los turnos.	379	200	3208	00	01	CIRCUITO EXTRACORPOREO DE PVC INTERCONECTADO. CONTIENE: 4 SEGMENTOS PARA BOMBA, UNA LINEA DE HEPARINA PARA CONECTAR JERINGAS, UNA LINEA PARA LIQUIDO DE HEMODIALISIS, UNA LINEA PARA FLUIDO DE REMPLAZO, UNA LINEA DE ACCESO AL PACIENTE, UNA LINEA DE COLECCION DE VOLUMEN EXTRAIDO. 4 TRANSDUCTORES DE PRESION, UN FILTRO DE MEMBRANA AN69 TAMANO ST150, UNA BOLSA PARA DRENAJE DEL LIQUIDO DE CEBADO, UNA BOLSA PARA RECOLECCION DE VOLUMEN EXTRAIDO POST DILUCION, ESTERIL Y DESECHABLE. PRESENTACION: SET. NUMERO DE CATALOGO: 107640 (ST150). PARA SU USO EN EL EQUIPO: EQUIPO PARA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO (CRRT). CLAVE: 531.340.0235. MARCA: BAXTER. MODELO: PRISMAFLEX.
2	Se requiere ofertar en conjunto con la partida, una maquina de hemodialisis continuo marca GAMBRO, Modelo PRISMA FLEX en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca, contemplando capacitacion en todos los turnos.	379	561	2914	00	01	SET PARA FILTRACION DESECHABLE, ESTERILIZADO POR OXIDO DE ETILENO, QUE CONSISTE DE, UN FILTRO PARA INTERCAMBIO DE PLASMA (PLASMA FILTRO) DE POLIPROPILENO DE FIBRAS HUECAS Y, SUS LINEAS MEDICAS (UNA LINEA PARA LA SOLUCION DE RE- INYECCION, UNA LINEA DE LA PRE-BOMBA Y UNA LINEA PARA ANTICOAGULANTE), ELABORADAS DE CLORURO DE POLIVINILO PLASTIFICADO (PVC). DEBE UTILIZARSE SOLAMENTE EN PACIENTES ADULTOS [QB (FLUJO DE BOMBA DE SANGRE) DE 100 A 400 ML/MIN]. PRESENTACION: CAJA CON 1 SET. NUMERO DE CATALOGO: TPE2000 107144. PARA SU USO EN EL EQUIPO: EQUIPO PARA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO (CRRT). CLAVE: 531.340.0235. MARCA: GAMBRO. MODELO: PRISMAFLEX.
2	Se requiere ofertar en conjunto con la partida, una maquina de hemodialisis continuo marca GAMBRO, Modelo PRISMA FLEX en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca, contemplando capacitacion en todos los turnos.	379	561	2898	00	01	SET DESECHABLE, ESTERILIZADO POR OXIDO DE ETILENO, FORMADO POR UN HEMOFILTRO/DIALIZADOR DE FIBRA HUECA DE HEPARINA LIGADA Y SUS LINEAS, ESTE FILTRO ESTA CONECTADO A LA LINEA DE ENTRADA DE SANGRE (BANDA DE COLOR ROJO), A UNA LINEA DE RETORNO DE SANGRE (BANDA DE COLOR AZUL), A UNA LINEA DE ENTRADA DEL DIALIZADOR (BANDA DE COLOR VERDE) Y A UNA LINEA DE SALIDA DE EFLUENTE (BANDA DE COLOR AMARILLO); TAMBIEN INCLUYE EL SET UNA LINEA DE LA PRE-BOMBA DE SANGRE (BANDA DE COLOR BLANCO) Y UNA LINEA PARA ANTICUAGULANTE (JERINGA). EL SET CONSTA DE: UN HEMOFILTRO FIBROSO/DIALIZADOR HUECO INJERTADO CON HEPARINA, UN CIRCUITO DE TUBERIA, UN CARTUCHO Y UNA BOLSA EFLUENTE DE 5 LITROS. PRESENTACION: CAJA CON 1 SET Y CHAROLA DE PAPEL ALUMINIO. NUMERO DE CATALOGO: OXIRIS SET 112016. PARA SU USO EN EL EQUIPO: EQUIPO PARA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO (CRRT). CLAVE: 531.340.0235. MARCA: GAMBRO. MODELO: PRISMAFLEX.
2	Se requiere ofertar en conjunto con la partida, una maquina de hemodialisis continuo marca GAMBRO, Modelo PRISMA FLEX en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca, contemplando capacitacion en todos los turnos.	379	821	3629	00	01	SOLUCION COADYUVANTE DEL EQUILIBRIO HIDRO-ELECTROLITICO Y DEL PH EN PACIENTES BAJO SUSTITUCION RENAL CONTINUA. SOLUCION ESTERIL, PARA UTILIZARSE EN PACIENTES BAJO SUSTITUCION RENAL CONTINUA EN PACIENTES CON FALLA RENAL AGUDA, Y EN OTROS CASOS, CUANDO SE REQUIERE DE LA REMOCION DE LIQUIDOS O SOLUTOS, COMO EN LOS CASOS DE ENVENENAMIENTO AGUDO POR MEDICAMENTOS O DROGAS QUE SON DIALIZABLES. LA SOLUCION NO ENTRA EN CONTACTO CON EL TORRENTE SANGUINEO DEL PACIENTE.



Partida	Nota Técnica	GPO	GEN	ESP	DIF	VAR	DESCRIPCION
							BOLSA DOBLE QUE CONTIENE UNA SOLUCION ELECTROLITICA (A) Y OTRA AMORTIGUADORA (B). ANTES DE LA MEZCLA, CADA 1000 ML CONTIENEN: 4 MEQ/L, CALCIO 2.5 MEQ/L; MAGNESIO 1.5 MEQ/L; SODIO 140 MEQ/L; CLORO 113 MEQ/L; LACTATO 3 MEQ/L; BICARBONATO 32 MEQ/L; GLUCOSA 110 MG/ML; AGUA PARA INYECCION. PRESENTACION: EMPAQUE CON 2 BOLSAS DE 5000 ML POR PAQUETE. NUMERO DE CATALOGO: 6054356. PARA SU USO EN EL EQUIPO MEDICO: CLAVE 531.340.0235 EQUIPO DE HEMOFILTRACION PARA TERAPIA RENAL CONTINUA. MARCA: GAMBRO. MODELO: PRISMA.
2	Se requiere ofertar en conjunto con la partida, una maquina de hemodialisis continuo marca GAMBRO, Modelo PRISMA FLEX en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca, contemplando capacitacion en todos los turnos.	379	821	3637	00	01	SOLUCION COADYUVANTE DEL EQUILIBRIO HIDRO-ELECTROLITICO Y DEL PH EN PACIENTES BAJO SUSTITUCION RENAL CONTINUA. SOLUCION ESTERIL, PARA UTILIZARSE EN PACIENTES BAJO SUSTITUCION RENAL CONTINUA EN PACIENTES CON FALLA RENAL AGUDA, Y EN OTROS CASOS, CUANDO SE REQUIERE DE LA REMOCION DE LIQUIDOS O SOLUTOS, COMO EN LOS CASOS DE ENVENENAMIENTO AGUDO POR MEDICAMENTOS O DROGAS QUE SON DIALIZABLES. LA SOLUCION NO ENTRA EN CONTACTO CON EL TORRENTE SANGUINEO DEL PACIENTE. BOLSA DOBLE QUE CONTIENE UNA SOLUCION ELECTROLITICA (A) Y OTRA AMORTIGUADORA (B). ANTES DE LA MEZCLA, CADA 1000 ML CONTIENEN: CALCIO 3.5 MEQ/L, MAGNESIO 1 MEQ/L; SODIO 140 MEQ/L; CLORO 109.5 MEQ/L; LACTATO 3 MEQ/L; BICARBONATO 32 MEQ/L; AGUA PARA INYECCION. PRESENTACION: EMPAQUE CON 2 BOLSAS DE 5000 ML POR PAQUETE. NUMERO DE CATALOGO: 6054351. PARA SU USO EN EL EQUIPO MEDICO: CLAVE 531.340.0235 EQUIPO DE HEMOFILTRACION PARA TERAPIA RENAL CONTINUA. MARCA: GAMBRO. MODELO: PRISMA.
3	Se requiere ofertar en conjunto con la partida un minimo de cuatro torres de alto flujo Adulto y un maximo de seis torres de alto flujo Adulto en comodato para ser asignado a cualquier hospital de la OOAD Oaxaca.	379	171	3609	00	00	CANULA NASAL DE ALTO FLUJO TAMAÑO MEDIANA, COLOR AZUL, RANGO DE FLUJO DE HASTA 60 L/MIN, CON ALMOHADILLAS LATERALES DE ESTABILIDAD Y REDUCCION DE PRESION EN ROSTRO, CON MEMBRANA PERMEABLE PRESENTACION: CAJA CON 20 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: OPT944. PARA SU USO EN LOS EQUIPOS: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION Y GENERADOR DE FLUJO INTEGRADO. CLAVE: 531.480.0201. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: AIRVO 2. Y HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR850.
3	Se requiere ofertar en conjunto con la partida un minimo de cuatro torres de alto flujo Adulto y un maximo de seis torres de alto flujo Adulto en comodato para ser asignado a cualquier hospital de la OOAD Oaxaca.	379	171	3591	00	00	CANULA NASAL DE ALTO FLUJO TAMAÑO CHICA COLOR NARANJA, RANGO DE FLUJO DE HASTA 50 L/MIN, CON ALMOHADILLAS LATERALES DE ESTABILIDAD Y REDUCCION DE PRESION EN ROSTRO, CON MEMBRANA PERMEABLE PRESENTACION: CAJA CON 20 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: OPT942. PARA SU USO EN LOS EQUIPOS: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION Y GENERADOR DE FLUJO INTEGRADO. CLAVE: 531.480.0201. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: AIRVO 2. Y HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR850.
3	Se requiere ofertar en conjunto con la partida un minimo de cuatro torres de alto flujo/CPAP neonatal y un maximo de ocho torres de alto flujo/CPAP neonatal en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca.	379	171	3617	00	00	CANULA NASAL DE ALTO FLUJO TAMAÑO GRANDE, COLOR VERDE, RANGO DE FLUJO DE HASTA 60 L/MIN, CON ALMOHADILLAS LATERALES DE ESTABILIDAD Y REDUCCION DE PRESION EN ROSTRO, CON MEMBRANA PERMEABLE PRESENTACION: CAJA CON 20 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: OPT946. PARA SU USO EN LOS EQUIPOS: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION Y GENERADOR DE FLUJO INTEGRADO. CLAVE: 531.480.0201. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: AIRVO 2. Y HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR850.
3	Se requiere ofertar en conjunto con la partida un minimo de cuatro torres de alto flujo/CPAP neonatal y un maximo de	379	200	4057	00	00	CIRCUITO DESECHABLE DE 1.8 METROS DE LONGITUD CON CABLE CALEFACTOR Y SENSOR DE TEMPERATURA, CON SUJETADOR EN FORMA DE COLLARIN Y CLAVIJA DE SEGURIDAD



Partida	Nota Técnica	GPO	GEN	ESP	DIF	VAR	DESCRIPCION
	ocho torres de alto flujo/CPAP neonatal en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca.						PARA EVITAR MOVIMIENTO. INCLUYE CAMARA DE HUMIDIFICACION DE AUTOLLENADO DESECHABLE. PRESENTACION: CAJA CON 10 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: 900PT501. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION Y GENERADOR DE FLUJO INTEGRADO. CLAVE: 531.480.0201. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: AIRVO 2.
3	Se requiere ofertar en conjunto con la partida un minimo de cuatro torres de alto flujo/CPAP neonatal y un maximo de ocho torres de alto flujo/CPAP neonatal en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca.	379	200	3471	00	00	CIRCUITO PARA ALTO FLUJO CON CAMARA Y VALVULA DE ALVIO DE PRESION CON PUERTO DE MONITOREO DE PRESION Y OXIGENO REDUCCION DE CONDENSACION ALAMBRE CALEFACTOR COMPATIBLE CON CANULAS OPTIFLOW JR. PRESENTACION: CAJA CON 10. NUMERO DE CATALOGO: RT330. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.
3	Se requiere ofertar en conjunto con la partida un minimo de cuatro torres de alto flujo/CPAP neonatal y un maximo de ocho torres de alto flujo/CPAP neonatal en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca.	379	403	0399	00	00	BONETE GORRO PARA CPAP NASAL, MEDIDAS 17-22 CM. PRESENTACION: CAJA CON 5. NUMERO DE CATALOGO: BC300-05. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.
3	Se requiere ofertar en conjunto con la partida un minimo de cuatro torres de alto flujo/CPAP neonatal y un maximo de ocho torres de alto flujo/CPAP neonatal en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca.	379	403	0407	00	00	BONETE GORRO PARA CPAP NASAL, MEDIDAS 22-25 CM. PRESENTACION: CAJA CON 5. NUMERO DE CATALOGO: BC303-05. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.
3	Se requiere ofertar en conjunto con la partida un minimo de cuatro torres de alto flujo/CPAP neonatal y un maximo de ocho torres de alto flujo/CPAP neonatal en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca.	379	403	0415	00	00	BONETE GORRO PARA CPAP NASAL, MEDIDAS 25-29 CM. PRESENTACION: CAJA CON 5. NUMERO DE CATALOGO: BC306-05. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.
3	Se requiere ofertar en conjunto con la partida un minimo de cuatro torres de alto flujo/CPAP neonatal y un maximo de ocho torres de alto flujo/CPAP neonatal en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca.	379	403	0423	00	00	BONETE GORRO PARA CPAP NASAL, MEDIDAS 29-36 CM. PRESENTACION: CAJA CON 5. NUMERO DE CATALOGO: BC309-05. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.
3	Se requiere ofertar en conjunto con la partida un minimo de cuatro torres de alto flujo/CPAP neonatal y un maximo de ocho torres de alto flujo/CPAP neonatal en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca.	379	458	0047	00	00	INTERFAZ NEONATAL FLEXITRUNK PARA USO CON SISTEMA CPAP DE BURBUJAS Y VENTILADOR MECANICO CON NCPAP. COMPATIBLE CON CANULAS NASALES O MASCARILLA NASAL. TUBO CON MEMBRANA FLEXIBLE DE 50 MM, PUERTO DE PRESION Y CONECTORES UNIVERSALES. PRESENTACION: CAJA CON 5. NUMERO DE CATALOGO: BC190. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.
3	Se requiere ofertar en conjunto con la partida un minimo de cuatro torres de alto flujo/CPAP neonatal y un maximo de ocho torres de alto flujo/CPAP neonatal en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca.	379	458	0054	00	00	INTERFAZ NEONATAL FLEXITRUNK PARA USO CON SISTEMA CPAP DE BURBUJAS Y VENTILADOR MECANICO CON NCPAP. COMPATIBLE CON CANULAS NASALES O MASCARILLA NASAL. TUBO CON MEMBRANA FLEXIBLE DE 70 MM, PUERTO DE PRESION Y CONECTORES UNIVERSALES. PRESENTACION: CAJA CON 5. NUMERO DE CATALOGO: BC191. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.
3	Se requiere ofertar en conjunto con la partida un minimo de cuatro torres de alto flujo/CPAP neonatal y un maximo de ocho torres de alto flujo/CPAP neonatal en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca.	379	458	0062	00	00	INTERFAZ NEONATAL FLEXITRUNK PARA USO CON SISTEMA CPAP DE BURBUJAS Y VENTILADOR MECANICO CON NCPAP. COMPATIBLE CON CANULAS NASALES O MASCARILLA NASAL. TUBO CON MEMBRANA FLEXIBLE DE 100 MM, PUERTO DE PRESION Y CONECTORES UNIVERSALES. PRESENTACION: CAJA CON 5. NUMERO DE CATALOGO: BC192. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.





Partida	Nota Técnica	GPO	GEN	ESP	DIF	VAR	DESCRIPCION
3	Se requiere ofertar en conjunto con la partida un mínimo de cuatro torres de alto flujo/CPAP neonatal y un máximo de ocho torres de alto flujo/CPAP neonatal en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca.	379	561	3367	00	01	KIT DE TRANSICION DE BCPAP A ALTO FLUJO QUE INCLUYE CANULA NASAL COLOR AZUL TAMAÑO EXTRA CHICA CODIGO OJR410, ADAPTADOR A RAMA INSPIRATORIA DE CIRCUITO DE VENTILACION Y MANIFOLD DE SEGURIDAD PRESENTACION: CAJA CON 5 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: OJR410B. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR850.
3	Se requiere ofertar en conjunto con la partida un mínimo de cuatro torres de alto flujo/CPAP neonatal y un máximo de ocho torres de alto flujo/CPAP neonatal en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca.	379	561	3375	00	01	KIT DE TRANSICION DE BCPAP A ALTO FLUJO QUE INCLUYE CANULA NASAL COLOR ROJO TAMAÑO CHICA CODIGO OJR412, ADAPTADOR A RAMA INSPIRATORIA DE CIRCUITO DE VENTILACION Y MANIFOLD DE SEGURIDAD PRESENTACION: CAJA CON 5 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: OJR412B. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR850.
3	Se requiere ofertar en conjunto con la partida un mínimo de cuatro torres de alto flujo/CPAP neonatal y un máximo de ocho torres de alto flujo/CPAP neonatal en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca.	379	561	3383	00	01	KIT DE TRANSICION DE BCPAP A ALTO FLUJO QUE INCLUYE CANULA NASAL COLOR AMARILLO TAMAÑO MEDIANA CODIGO OJR414, ADAPTADOR A RAMA INSPIRATORIA DE CIRCUITO DE VENTILACION Y MANIFOLD DE SEGURIDAD PRESENTACION: CAJA CON 5 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: OJR414B. PARA SU USO EN LOS EQUIPOS: HUMIDIFICADOR DE INTERCAMBIO CALOR - HUMEDAD TIPO CASCADA ELECTRONICO CLAVE: 531.480.0128, HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION CLAVE: 531.480.0102 Y HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION Y GENERADOR DE FLUJO INTEGRADO CLAVE: 531.480.0201 MARCA: VARIAS. MODELO: VARIOS.
3	Se requiere ofertar en conjunto con la partida un mínimo de cuatro torres de alto flujo/CPAP neonatal y un máximo de ocho torres de alto flujo/CPAP neonatal en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca.	379	561	3391	00	01	KIT DE TRANSICION DE BCPAP A ALTO FLUJO QUE INCLUYE CANULA NASAL COLOR MORADO TAMAÑO GRANDE CODIGO OJR416, ADAPTADOR A RAMA INSPIRATORIA DE CIRCUITO DE VENTILACION Y MANIFOLD DE SEGURIDAD PRESENTACION: CAJA CON 5 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: OJR416B. PARA SU USO EN LOS EQUIPOS: HUMIDIFICADOR DE INTERCAMBIO CALOR - HUMEDAD TIPO CASCADA ELECTRONICO CLAVE: 531.480.0128, HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION CLAVE: 531.480.0102 Y HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION Y GENERADOR DE FLUJO INTEGRADO CLAVE: 531.480.0201 MARCA: VARIAS. MODELO: VARIOS.
3	Se requiere ofertar en conjunto con la partida un mínimo de cuatro torres de alto flujo/CPAP neonatal y un máximo de ocho torres de alto flujo/CPAP neonatal en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca.	379	561	3409	00	01	KIT DE TRANSICION DE BCPAP A ALTO FLUJO QUE INCLUYE CANULA NASAL COLOR VERDE TAMAÑO EXTRA GRANDE CODIGO OJR418, ADAPTADOR A RAMA INSPIRATORIA DE CIRCUITO DE VENTILACION Y MANIFOLD DE SEGURIDAD PRESENTACION: CAJA CON 5 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: OJR418B. PARA SU USO EN LOS EQUIPOS: HUMIDIFICADOR DE INTERCAMBIO CALOR - HUMEDAD TIPO CASCADA ELECTRONICO CLAVE: 531.480.0128, HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION CLAVE: 531.480.0102 Y HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION Y GENERADOR DE FLUJO INTEGRADO CLAVE: 531.480.0201 MARCA: VARIAS. MODELO: VARIOS.
3	Se requiere ofertar en conjunto con la partida un mínimo de cuatro torres de alto flujo/CPAP neonatal y un máximo de ocho torres de alto flujo/CPAP neonatal en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca.	379	615	0120	00	00	MASCARA NASAL NEONATAL SUAVE DE SILICONA Y FORMA ANATOMICA. DISEÑO EVITA QUE LA MASCARA TOQUE LA PUNTA DE LA NARIZ. TAMAÑO CHICO PARA PACIENTES MENORES A 1 KG. PRESENTACION: CAJA CON 10. NUMERO DE CATALOGO: BC800-10. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.
3	Se requiere ofertar en conjunto con la partida un mínimo de cuatro torres de alto flujo/CPAP neonatal y un máximo de ocho torres de alto flujo/CPAP neonatal en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca.	379	615	0138	00	00	MASCARA NASAL NEONATAL SUAVE DE SILICONA Y FORMA ANATOMICA. DISEÑO EVITA QUE LA MASCARA TOQUE LA PUNTA DE LA NARIZ. TAMAÑO MEDIANO PARA PACIENTES DE HASTA 1.5 KG. PRESENTACION: CAJA CON 10. NUMERO DE CATALOGO: BC801-10. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.
3	Se requiere ofertar en conjunto con la	379	615	0146	00	00	MASCARA NASAL NEONATAL SUAVE DE SILICONA Y FORMA



Partida	Nota Técnica	GPO	GEN	ESP	DIF	VAR	DESCRIPCION
	partida un minimo de cuatro torres de alto flujo/CPAP neonatal y un maximo de ocho torres de alto flujo/CPAP neonatal en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca.						ANATOMICA. DISEÑO EVITA QUE LA MASCARA TOQUE LA PUNTA DE LA NARIZ. TAMAÑO GRANDE PARA PACIENTES DE HASTA 2.5 KG. PRESENTACION: CAJA CON 10. NUMERO DE CATALOGO: BC802-10. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.
3	Se requiere ofertar en conjunto con la partida un minimo de cuatro torres de alto flujo/CPAP neonatal y un maximo de ocho torres de alto flujo/CPAP neonatal en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca.	379	615	0153	00	00	MASCARA NASAL NEONATAL SUAVE DE SILICONA Y FORMA ANATOMICA. DISEÑO EVITA QUE LA MASCARA TOQUE LA PUNTA DE LA NARIZ. TAMAÑO EXTRA GRANDE PARA PACIENTES MAYORES A 2.5 KG. PRESENTACION: CAJA CON 10. NUMERO DE CATALOGO: BC803-10. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.
3	Se requiere ofertar en conjunto con la partida un minimo de cuatro torres de alto flujo/CPAP neonatal y un maximo de ocho torres de alto flujo/CPAP neonatal en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca.	379	682	0326	00	00	PARCHES ADHESIVOS PARA CANULAS DE ALTO FLUJO COMPATIBLE CON CODIGOS OJR410 Y OJR412. PRESENTACION: CAJA CON 20 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: WJR110. PARA SU USO EN LOS EQUIPOS: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION Y GENERADOR DE FLUJO INTEGRADO. CLAVE: 531.480.0201. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: AIRVO 2. Y HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR850.
3	Se requiere ofertar en conjunto con la partida un minimo de cuatro torres de alto flujo/CPAP neonatal y un maximo de ocho torres de alto flujo/CPAP neonatal en comodato para ser asignado al HGZ 1 Oaxaca.	379	817	0282	00	00	SISTEMA CPAP DE BURBUJA INCLUYE GENERADOR DE CPAP DE BURBUJAS, CIRCUITO RESPIRATORIO CALENTADO, CAMARA DE HUMIDIFICACION, TUBULADURA DE PRESION AJUSTABLE DE 3 A 10 CMH2O, VALVULA DE SEGURIDAD DE LIBERACION DE PRESION. PARA INTERFACE FLEXITRUNK. PRESENTACION: CAJA CON 10. NUMERO DE CATALOGO: BC161-10. PARA SU USO EN EL EQUIPO: HUMIDIFICADOR CON CALEFACCION. CLAVE: 531.480.0128. MARCA: FISHER & PAYKEL. MODELO: MR 850.
4	Se requiere ofertar en conjunto con la partida, un minimo de 327 bombas de infusion de 1 linea y un maximo de 400 bombas de infusion para ser distribuido en cualquier hospital de la OOAD Oaxaca o acorde al anexo de Condiciones de Entrega para esta partida.	379	327	1895	00	01	EQUIPO DE VENOCCLISIS DE PLASTICO GRADO MEDICO, ESTERIL, DESECHABLE, PARA USARSE EN BOMBA DE INFUSION. CONSTA DE: BAYONETA, FILTRO DE AIRE, CAMARA DE GOTEO FLEXIBLE CON MACROGOTERO, TUBO TRANSPORTADOR, MECANISMO REGULADOR DE FLUJO , CON DOS O MAS DISPOSITIVOS EN "Y" PARA INYECCION, OBTURADOR DE TUBO TRANSPORTADOR, ADAPTADOR DE AGUJA, PROTECTORES DE BAYONETA Y ADAPTADOR.
4	Se requiere ofertar en conjunto con la partida, un minimo de 327 bombas de infusion de 1 linea y un maximo de 400 bombas de infusion para ser distribuido en cualquier hospital de la OOAD Oaxaca o acorde al anexo de Condiciones de Entrega para esta partida.	379	327	1903	00	01	EQUIPO DE VENOCCLISIS DE PLASTICO GRADO MEDICO, ESTERIL, DESECHABLE, PARA USARSE EN BOMBA DE INFUSION. CONSTA DE: BAYONETA, FILTRO DE AIRE, CAMARA DE GOTEO FLEXIBLE CON MICROGOTERO, TUBO TRANSPORTADOR, MECANISMO REGULADOR DE FLUJO, CON DOS O MAS DISPOSITIVOS EN "Y" PARA INYECCION, OBTURADOR DE TUBO TRANSPORTADOR, ADAPTADOR DE AGUJA, PROTECTORES DE BAYONETA Y ADAPTADOR.
4	Se requiere ofertar en conjunto con la partida, un minimo de 327 bombas de infusion de 1 linea y un maximo de 400 bombas de infusion para ser distribuido en cualquier hospital de la OOAD Oaxaca o acorde al anexo de Condiciones de Entrega para esta partida.	379	327	1911	00	01	EQUIPO PARA APLICACION DE SOLUCIONES DE VOLUMENES MEDIDOS, DE PLASTICO GRADO MEDICO, ESTERIL, DESECHABLE, PARA USARSE CON BOMBA DE INFUSION. CONSTA DE: BAYONETA, FILTRO DE AIRE, CAMARA BURETA FLEXIBLE CON CAPACIDAD DE100 ML MINIMO Y ESCALA GRADUADA EN ML, CAMARA DE GOTEO FLEXIBLE CON MACROGOTERO, TUBO TRANSPORTADOR, MECANISMO REGULADOR DE FLUJO CON DOS O MAS DISPOSITIVOS EN "Y" PARA INYECCION, OBTURADOR DE TUBO TRANSPORTADOR, ADAPTADOR DE AGUJA, PROTECTORES DE BAYONETA Y ADAPTADOR.
4	Se requiere ofertar en conjunto con la partida, un minimo de 327 bombas de infusion de 1 linea y un maximo de 400 bombas de infusion para ser distribuido en cualquier hospital de la OOAD Oaxaca o acorde al anexo de Condiciones de Entrega para esta	379	327	1929	00	01	EQUIPO PARA APLICACION DE SOLUCIONES DE VOLUMENES MEDIDOS, DE PLASTICO GRADO MEDICO, ESTERIL, DESECHABLE, PARA USARSE CON BOMBA DE INFUSION. CONSTA DE: BAYONETA, FILTRO DE AIRE, CAMARA BURETA FLEXIBLE CON CAPACIDAD DE100 ML MINIMO Y ESCALA GRADUADA EN ML, CAMARA DE GOTEO FLEXIBLE CON MICROGOTERO, TUBO TRANSPORTADOR, MECANISMO REGULADOR DE FLUJO CON DOS



Partida	Nota Técnica	GPO	GEN	ESP	DIF	VAR	DESCRIPCION
	partida.						O MAS DISPOSITIVOS EN "Y" PARA INYECCION, OBTURADOR DE TUBO TRANSPORTADOR, ADAPTADOR DE AGUJA, PROTECTORES DE BAYONETA Y ADAPTADOR.
4	Se requiere ofertar en conjunto con la partida, un minimo de 327 bombas de infusion de 1 linea y un maximo de 400 bombas de infusion para ser distribuido en cualquier hospital de la OOAD Oaxaca o acorde al anexo de Condiciones de Entrega para esta partida.	379	327	1945	00	01	EQUIPO DE VENOCLISIS, DE PLASTICO GRADO MEDICO, ESTERIL, DESECHABLE, PARA USARSE EN BOMBA DE INFUSION DURANTE LA CIRUGIA. CONSTA DE: BAYONETA, CARTUCHO DE INFUSION, TUBO TRANSPORTADOR ANTIACINICO DE BAJA ABSORCION PARA MEDICAMENTOS FOTSENSIBLES, OBTURADOR DE TUBO TRANSPORTADOR, ADAPTADOR DE AGUJA Y BAYONETA PARA BOLSA Y PROTECTOR.
4	Se requiere ofertar en conjunto con la partida, un minimo de 327 bombas de infusion de 1 linea y un maximo de 400 bombas de infusion para ser distribuido en cualquier hospital de la OOAD Oaxaca o acorde al anexo de Condiciones de Entrega para esta partida.	379	327	0582	00	01	EQUIPO PARA APLICACION DE SOLUCIONES, SANGRE Y DERIVADOS, PARA USARSE CON BOMBA DE INFUSION, DE PLASTICO GRADO MEDICO, ESTERIL, DESECHABLE, CONSTA DE: BAYONETA, CAMARA DE GOTEO FLEXIBLE, FILTRO ANTIHEMOLITICO, TUBO TRANSPORTADOR, MECANISMO REGULADOR DE FLUJO, CON UNO O MAS DISPOSITIVOS EN "Y" PARA INYECCION, OBTURADOR DE TUBO TRANSPORTADOR, ADAPTADOR DE AGUJA, PROTECTORES DE BAYONETA Y ADAPTADOR. PRESENTACION: EQUIPO. NUMERO DE CATALOGO: BBC1408A. PARA SU USO EN EL EQUIPO: CLAVE 531.140.0393 BOMBA DE INFUSION PORTATIL. MARCA: BAXTER. MODELO: COLLEAGUE.
5	Se requiere un minimo de dos equipós y un maximo de 6 equipos de Terapia de Precion Negativa en comodato, comatible con los insumos ofertads en la partida, el cual será entregado por evento y por paciente especifico para uso en cualquier unidad medica del OOAD Oaxaca, con plazos de atencion de maximo 24 horas para el HGZ 1 Oaxaca y 48 horas para el resto de hospitales, el cual debe contar con asistencia técnica para la colocacion y capacitacion continua del personal. El proveedor debe de brindar todas las facilidades para que el paciente se pueda llevar el equipo a su casa para continuar con el tratamiento fuera del hospital y sera responsable del resguardo del equipo fuera del hospital.	379	328	0441	00	01	ESPONJA DE ALCOHOL POLIVINILICO (PVA) PARA TERAPIA VAC, DE POROS CERRADOS MENORES DE 200 MICRAS, TODOS INTERCONECTADOS, DE COLOR BLANCO, RECTANGULAR DE 10 X 7.5 CM, IDEAL PARA HERIDAS TUNELIZADAS, CON EXPOSICION DE HUESO O TENDON. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: M6275033. PARA SU USO EN EL EQUIPO: EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. CLAVE: 531.357.0011. MARCA: VAC. MODELO: ULTA.
5	Se requiere un minimo de dos equipós y un maximo de 6 equipos de Terapia de Precion Negativa en comodato, comatible con los insumos ofertads en la partida, el cual será entregado por evento y por paciente especifico para uso en cualquier unidad medica del OOAD Oaxaca, con plazos de atencion de maximo 24 horas para el HGZ 1 Oaxaca y 48 horas para el resto de hospitales, el cual debe contar con asistencia técnica para la colocacion y capacitacion continua del personal. El proveedor debe de brindar todas las facilidades para que el paciente se pueda llevar el equipo a su casa para continuar con el tratamiento fuera del hospital y sera responsable del resguardo del equipo fuera del hospital.	379	328	0144	00	01	ESPONJA DE ALCOHOL POLIVINILICO (PVA) PARA TERAPIA VAC, DE POROS CERRADOS MENORES DE 200 MICRAS, TODOS INTERCONECTADOS, DE COLOR BLANCO, RECTANGULAR DE 10 X 15 CM, IDEAL PARA HERIDAS TUNELIZADAS, CON EXPOSICION DE HUESO O TENDON. COMPATIBLE CON UNIDAD DE TERAPIA ATS. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: M6275034. PARA SU USO EN EQUIPO MEDICO: CLAVE 531.357.0011. EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. MARCA: VAC. MODELO: ATS.
5	Se requiere un minimo de dos equipós y	379	375	0427	00	02	RECOLECTOR DE FLUIDOS PARA UNIDAD DE TERAPIA V.A.C. ULTA.



Partida	Nota Técnica	GPO	GEN	ESP	DIF	VAR	DESCRIPCION
	un maximo de 6 equipos de Terapia de Precion Negativa en comodato, comatible con los insumos ofertads en la partida, el cual será entregado por evento y por paciente especifico para uso en cualquier unidad medica del OOAD Oaxaca, con plazos de atencion de maximo 24 horas para el HGZ 1 Oaxaca y 48 horas para el resto de hospitales, el cual debe contar con asistencia técnica para la colocacion y capacitacion continua del personal. El proveedor debe de brindar todas las facilidades para que el paciente se pueda llevar el equipo a su casa para continuar con el tratamiento fuera del hospital y sera responsable del resguardo del equipo fuera del hospital.						RECOLECTOR GRADUADO DE CLORURO DE POLIVINILO DE ALTA DENSIDAD, TRANSPARENTE CON CAPACIDAD DE 1000 ML, CON GRADUACIONES CADA 100 ML EN LA COSTILLA DEL ASA, DICHO DISPOSITIVO CONTIENE UN SOBRE CON SUBSTANCIAS QUIMICAS, QUE TIENEN LA PROPIEDAD DE GELIFICAR EL EXUDADO, SE ENCUENTRA UNIDO A UN TUBO TRAC QUE CONSTA DE 1 LUMEN CENTRAL PARA LA RECOLECCION DE LOS FLUIDOS DE LA HERIDA Y 4 LUMENES PERIFERICOS QUE TRANSMITEN LA PRESION DEL LECHO DE LA HERIDA AL MICROPROCESADOR DE LA UNIDAD DE TERAPIA Y UN COPLE CONECTOR MACHO, PARA UNIRSE AL TUBO DE SUCCION DEL TRAC. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: M6275093. PARA SU USO EN EQUIPO MEDICO: CLAVE 531.357.0011. EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. MARCA: VAC. MODELO: ULTA
5	Se requiere un minimo de dos equipós y un maximo de 6 equipos de Terapia de Precion Negativa en comodato, comatible con los insumos ofertads en la partida, el cual será entregado por evento y por paciente especifico para uso en cualquier unidad medica del OOAD Oaxaca, con plazos de atencion de maximo 24 horas para el HGZ 1 Oaxaca y 48 horas para el resto de hospitales, el cual debe contar con asistencia técnica para la colocacion y capacitacion continua del personal. El proveedor debe de brindar todas las facilidades para que el paciente se pueda llevar el equipo a su casa para continuar con el tratamiento fuera del hospital y sera responsable del resguardo del equipo fuera del hospital.	379	375	0500	01	01	RECOLECTOR DE FLUIDOS PARA UNIDAD DE TERAPIA V.A.C. INFOVAC, ACTIVAC. RECOLECTOR GRADUADO DE CLORURO DE POLIVINILO DE ALTA DENSIDAD, TRANSPARENTE CON CAPACIDAD DE 500 ML, CON GRADUACIONES CADA 50 ML EN LA COSTILLA DEL ASA, DICHO DISPOSITIVO CONTIENE UN SOBRE CON SUBSTANCIAS QUIMICAS, QUE TIENEN LA PROPIEDAD DE GELIFICAR EL EXUDADO SE ENCUENTRA UNIDO A UN TUBO SENSAC TRAC, QUE CONSTA: DE 1 LUMEN CENTRAL PARA LA RECOLECCION DE LOS FLUIDOS DE LA HERIDA Y 4 LUMENES PERIFERICOS QUE TRANSMITEN LA PRESION DEL LECHO DE LA HERIDA AL MICROPROCESADOR DE LA UNIDAD DE TERAPIA Y UN COPLE CONECTOR MACHO, PARA UNIRSE AL TUBO DE SUCCION DEL SENSAC TRAC. PRESENTACION: PIEZA. COMPATIBLE CON UNIDAD DE TERAPIA INFOVAC, ACTIVAC. PRESENTACION: CAJA CON 5. NUMERO DE CATALOGO: M8275063. PARA SU USO EN EL EQUIPO MEDICO: CLAVE 531.357.0011 EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. MARCA: VAC. MODELO: INFOVAC.
5	Se requiere un minimo de dos equipós y un maximo de 6 equipos de Terapia de Precion Negativa en comodato, comatible con los insumos ofertads en la partida, el cual será entregado por evento y por paciente especifico para uso en cualquier unidad medica del OOAD Oaxaca, con plazos de atencion de maximo 24 horas para el HGZ 1 Oaxaca y 48 horas para el resto de hospitales, el cual debe contar con asistencia técnica para la colocacion y capacitacion continua del personal. El proveedor debe de brindar todas las facilidades para que el paciente se pueda llevar el equipo a su casa para continuar con el tratamiento fuera del hospital y sera responsable del resguardo del equipo fuera del hospital.	379	561	1072	00	01	KIT QUE CONTIENE: 1 APOSITO CHICO GRANU FOAM DE ESPUMA FABRICADO CON POLIURETANO RETICULADO(PU) GRADO MEDICO HIDROFOBICO DE PORO ABIERTO CON ORIFICIOS DE 400 A 600 MICRAS TODOS INTERCONECTADOS, DE COLOR NEGRO, OVALADA, DE 10 CM DE LARGO POR 7.5 CM DE ANCHO Y 3.2 CM DE ESPESOR; 1 PELICULAS DE POLIURETANO ADHESIVO TRANSPARENTE DE 25.7CM +/- 2 MM POR 32 CM +/- 2 MM CON DOS ZONAS DE SEGURIDAD A LO LARGO PARA FACIL MANEJO DE COLOR AZUL DESPRENDIBLES,1 REGLA DESECHABLE Y UNA ALMOHADILLA DE SILICON EN UNO DE SUS EXTREMOS AUTO ADHERIBLE DE FORMA CIRCULAR UNIDO A UN TUBO DE SISTEMA SENSAC TRAC QUE CONTIENE 5 LUMENES, 1 LUMEN CENTRAL PARA RECOLECTAR EL EXUDADO DE LA HERIDA AL CANISTER Y 4 LUMENES PERIFERICOS QUE TRANSMITEN LA PRESION DEL LECHO DE LA HERIDA AL MICROPROCESADOR DE LA UNIDAD DE TERAPIA, Y EN EL EXTREMO OPUESTO UN. COPLEE CONECTOR HEMBRA EN EL EXTREMO, PARA UNIRSE AL TUBO DE SUCCION DEL CANISTER. KIT COMPATIBLE CON EQUIPO ATS, INSTIL Y FREEDOM CAPAZ DE DETECTAR 5 ALARMAS AUDIBLES Y VISIBLES. PRESENTACION: CAJA CON 10. NUMERO DE CATALOGO: M8275051. PARA SU USO EN EL EQUIPO MEDICO: CLAVE 531.357.0011 EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. MARCA: VAC MODELO: ATS.
5	Se requiere un minimo de dos equipós y un maximo de 6 equipos de Terapia de	379	561	0900	00	01	UN KIT QUE CONTIENE: 1 APOSITO DE ESPUMA FABRICADO CON POLIURETANO RETICULADO (PU) GRADO MEDICO, HIDROFOBICO



Partida	Nota Técnica	GPO	GEN	ESP	DIF	VAR	DESCRIPCION
	Precion Negativa en comodato, comatible con los insumos ofertads en la partida, el cual será entregado por evento y por paciente específico para uso en cualquier unidad medica del OOAD Oaxaca, con plazos de atencion de maximo 24 horas para el HGZ 1 Oaxaca y 48 horas para el resto de hospitales, el cual debe contar con asistencia técnica para la colocacion y capacitacion continua del personal. El proveedor debe de brindar todas las facilidades para que el paciente se pueda llevar el equipo a su casa para continuar con el tratamiento fuera del hospital y sera responsable del resguardo del equipo fuera del hospital.						DE PORO ABIERTO, CON ORIFICIOS DE 400 A 600 MICRAS, TODOS INTERCONECTADOS, DE COLOR NEGRO, OVALADO, DE 18 CM DE LARGO POR 12.5 CM DE ANCHO Y 3.2 CM DE ESPESOR; 2 PELICULAS DE POLIURETANO ADHESIVO TRANSPARENTE DE 25.7CM +/- 2 MM POR 32 CM +/- 2 MM CON DOS ZONAS DE SEGURIDAD A LO LARGO PARA FACIL MANEJO DE COLOR AZUL DESPRENDIBLES EN LOS EXTREMOS MAS CORTOS, CON PELICULA PLASTICA PROTECTORA MARCADA CON EL NUMERO 1 Y PELICULA TRANSPARENTE ADHERIDA MARCADA CON EL NUMERO 2; CON UN TRAC PAD DE SILICON EN UNO DE SUS EXTREMOS AUTO ADHERIBLE DE FORMA CIRCULAR UNIDO A UN TUBO DE SUCCION DE QUE CONTIENE 5 LUMENES, 1 LUMEN CENTRAL PARA RECOLECTAR EL EXUDADO DE LA HERIDA AL CANISTER Y 4 LUMENES PERIFERICOS QUE TRANSMITEN LA PRESION DEL LECHO DE LA HERIDA AL MICROPROCESADOR DE LA UNIDAD DE TERAPIA, Y EN EL EXTREMO OPUESTO UN COPLE CONECTOR HEMBRA PARA UNIRSE AL TUBO DE SUCCION DEL CANISTER. KIT COMPATIBLE CON UNIDAD DE TERAPIA ATS. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: M6275052. PARA SU USO EN EQUIPO MEDICO: CLAVE 531.357.0011. EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. MARCA: VAC. MODELO: ATS.
5	Se requiere un minimo de dos equipós y un maximo de 6 equipos de Terapia de Precion Negativa en comodato, comatible con los insumos ofertads en la partida, el cual será entregado por evento y por paciente específico para uso en cualquier unidad medica del OOAD Oaxaca, con plazos de atencion de maximo 24 horas para el HGZ 1 Oaxaca y 48 horas para el resto de hospitales, el cual debe contar con asistencia técnica para la colocacion y capacitacion continua del personal. El proveedor debe de brindar todas las facilidades para que el paciente se pueda llevar el equipo a su casa para continuar con el tratamiento fuera del hospital y sera responsable del resguardo del equipo fuera del hospital.	379	561	0918	00	01	UN KIT QUE CONTIENE: 1 APOSITO DE ESPUMA FABRICADO CON POLIURETANO RETICULADO(PU) GRADO MEDICO, HIDROFOBICO DE PORO ABIERTO CON ORIFICIOS DE 400 A 600 MICRAS TODOS INTERCONECTADOS, DE COLOR NEGRO, OVALADO, DE 25.6 CM DE LARGO POR 15 CM DE ANCHO Y 3.2 CM DE ESPESOR; 2 PELICULAS DE POLIURETANO ADHESIVO TRANSPARENTE DE 25.7CM +/- 2 MM POR 32 CM +/- 2 MM CON DOS ZONAS DE SEGURIDAD A LO LARGO PARA FACIL MANEJO DE COLOR AZUL DESPRENDIBLES EN LOS EXTREMOS MAS CORTOS, CON PELICULA PLASTICA PROTECTORA MARCADA CON EL NUMERO 1 Y PELICULA TRANSPARENTE ADHERIDA MARCADA CON EL NUMERO 2; CON UN TRAC PAD DE SILICON EN UNO DE SUS EXTREMOS AUTO ADHERIBLE DE FORMA CIRCULAR UNIDO A UN TUBO DE SUCCION DE QUE CONTIENE 5 LUMENES, 1 LUMEN CENTRAL PARA RECOLECTAR EL EXUDADO DE LA HERIDA AL CANISTER Y 4 LUMENES PERIFERICOS QUE TRANSMITEN LA PRESION DEL LECHO DE LA HERIDA AL MICROPROCESADOR DE LA UNIDAD DE TERAPIA, Y EN EL EXTREMO OPUESTO UN COPLE CONECTOR HEMBRA PARA UNIRSE AL TUBO DE SUCCION DEL CANISTER. KIT COMPATIBLE CON UNIDAD DE TERAPIA ATS. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: M6275053. PARA SU USO EN EQUIPO MEDICO: CLAVE 531.357.0011 EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. MARCA: VAC. MODELO: ATS.
5	Se requiere un minimo de dos equipós y un maximo de 6 equipos de Terapia de Precion Negativa en comodato, comatible con los insumos ofertads en la partida, el cual será entregado por evento y por paciente específico para uso en cualquier unidad medica del OOAD Oaxaca, con plazos de atencion de maximo 24 horas para el HGZ 1 Oaxaca y 48 horas para el resto de hospitales, el cual debe contar con asistencia técnica para la colocacion y capacitacion continua del personal. El proveedor debe de brindar todas las facilidades para que el paciente se pueda llevar el equipo a su casa para continuar con el tratamiento fuera del hospital y sera responsable del	379	561	2963	00	01	APOSITO VERAFL0 DRESSING SYSTEM GRANDE: CONTIENE: 1.- DOS APOSITOS DE POLIURETANO ESTER RETICULADO GRANDE, CON POROSIDAD DE 400-600 MICRONES CON MENOR GRADO DE HIDROFOBICIDAD OVALADO DE CORTE ESPIRAL, DE 25 CM DE LARGO POR 15 CM DE ANCHO Y 1.6 CM DE ESPESOR; 2.-CINCO LAMINAS ADHESIVAS AVANZADAS. TRANSPARENTES ,DE 25.7 CM MAS MENOS 2MM CON DOS ZONAS DE SEGURIDAD A LO LARGO PARA FACIL MANEJO , DESPRENDIBLES EN LOS EXTREMOS MAS CORTOS .UNA PELICULA PLASTICA MARCADA CON EL NUMERO 1 , Y UNA PELICULA PLASTICA TRANSPARENTE MARCADA CON EL NUMERO 2; 3.- UN SISTEMA PARA CONTROLAR Y REGULAR DE MANERA PRECISA LA PRESION NEGATIVA DE DOS VIAS , UNO PARA VACIO Y OTRA PARA INSTILACION (VERA TRAC); 4.-DOS BARRERAS NO IRRITANTES CAVILON 3M; 5.- UNA REGLA DE PAPEL PARA MEDICION DE LA HERIDA. TODO ESTERIL. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: ULTVCC05LG. PARA SU USO EN EL EQUIPO: EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. CLAVE: 531.357.0011. MARCA: VAC. MODELO: ULTA.



Partida	Nota Técnica	GPO	GEN	ESP	DIF	VAR	DESCRIPCION
	resguardo del equipo fuera del hospital.						
5	Se requiere un mínimo de dos equipós y un máximo de 6 equipos de Terapia de Presión Negativa en comodato, compatible con los insumos ofertados en la partida, el cual será entregado por evento y por paciente específico para uso en cualquier unidad médica del OOAD Oaxaca, con plazos de atención de máximo 24 horas para el HGZ 1 Oaxaca y 48 horas para el resto de hospitales, el cual debe contar con asistencia técnica para la colocación y capacitación continua del personal. El proveedor debe de brindar todas las facilidades para que el paciente se pueda llevar el equipo a su casa para continuar con el tratamiento fuera del hospital y será responsable del resguardo del equipo fuera del hospital.	379	561	3003	00	01	APOSITO DE ESPUMA FABRICADO CON POLIURETANO RETICULADO (PU) GRADO MEDICO, HIDROFOBICO DE PORO ABIERTO CON ORIFICIOS DE 400 A 600 MICRAS TODOS INTERCONECTADOS, QUE CONTIENE PLATA, DE COLOR PLATEADO, OVALADO, DE 10 CM. DE LARGO POR 7.5 CM DE ANCHO Y 3.2 CM. DE ESPESOR. CONTIENE ADEMÁS: TRES PELICULAS DE POLIURETANO ADHESIVO TRANSPARENTE DE 25.7 CM MÁS MENOS 2MM. 32 CM. MÁS MENOS 2MM CON DOS ZONAS DE SEGURIDAD A LO LARGO PARA FACIL MANEJO DE COLOR AZUL DESPRENDIBLES EN LOS EXTREMOS MÁS CORTOS, PELICULA PLASTICA PROTECTORA MARCADA CON EL NUMERO 1, PELICULA TRANSPARENTE ADHERIDA MARCADA CON EL NUMERO 2. UN SISTEMA PARA CONTROLAR Y REGULAR DE MANERA PRECISA LA PRESION NEGATIVA (TRAC) DE SILICON EN UNO DE SUS EXTREMOS AUTOADHERIBLE DE FORMA CIRCULAR UNIDO A UN TUBO DE SUCCION QUE CONTIENE 5 LUMENES: 1 LUMEN CENTRAL PARA RECOLECTAR EL EXUDADO DE LA HERIDA AL CANISTER Y 4 LUMENES PERIFERICOS QUE TRANSMITEN LA PRESION DEL LECHO DE LA HERIDA AL MICROPROCESADOR DE LA UNIDAD DE TERAPIA, Y EN EL EXTREMO OPUESTO UN COPLE CONECTOR HEMBRA PARA UNIRSE AL TUBO DE SUCCION DEL CANISTER. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: M8275098. PARA SU USO EN EL EQUIPO: EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. CLAVE: 531.357.0011. MARCA: VAC. MODELO: ULTA.
5	Se requiere un mínimo de dos equipós y un máximo de 6 equipos de Terapia de Presión Negativa en comodato, compatible con los insumos ofertados en la partida, el cual será entregado por evento y por paciente específico para uso en cualquier unidad médica del OOAD Oaxaca, con plazos de atención de máximo 24 horas para el HGZ 1 Oaxaca y 48 horas para el resto de hospitales, el cual debe contar con asistencia técnica para la colocación y capacitación continua del personal. El proveedor debe de brindar todas las facilidades para que el paciente se pueda llevar el equipo a su casa para continuar con el tratamiento fuera del hospital y será responsable del resguardo del equipo fuera del hospital.	379	561	3011	00	01	APOSITO DE ESPUMA FABRICADO CON POLIURETANO RETICULADO (PU) GRADO MEDICO, HIDROFOBICO DE PORO ABIERTO CON ORIFICIOS DE 400 A 600 MICRAS TODOS INTERCONECTADOS, QUE CONTIENE PLATA, DE COLOR PLATEADO, OVALADO, DE 18 CM. DE LARGO POR 12.5 CM DE ANCHO Y 3.2 CM. DE ESPESOR. CONTIENE ADEMÁS: A) TRES PELICULAS DE POLIURETANO ADHESIVO TRANSPARENTE DE 25.7 CM MÁS MENOS 2MM., 32 MÁS MENOS 2MM CON DOS ZONAS DE SEGURIDAD A LO LARGO PARA FACIL MANEJO DE COLOR AZUL DESPRENDIBLES EN LOS EXTREMOS MÁS CORTOS. UNA PELICULA PLASTICA PROTECTORA MARCADA CON EL NUMERO 1, PELICULA TRANSPARENTE ADHERIDA MARCADA CON EL NUMERO 2. B) UN SISTEMA PARA CONTROLAR Y REGULAR DE MANERA PRECISA LA PRESION NEGATIVA (TRAC) DE SILICON EN UNO DE SUS EXTREMOS AUTOADHERIBLE DE FORMA CIRCULAR UNIDO A UN TUBO DE SUCCION QUE CONTIENE 5 LUMENES: 1 LUMEN CENTRAL PARA RECOLECTAR EL EXUDADO DE LA HERIDA AL CANISTER Y 4 LUMENES PERIFERICOS QUE TRANSMITEN LA PRESION DEL LECHO DE LA HERIDA AL MICROPROCESADOR DE LA UNIDAD DE TERAPIA, Y EN EL EXTREMO OPUESTO UN COPLE CONECTOR HEMBRA PARA UNIRSE AL TUBO DE SUCCION DEL CANISTER. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: M8275096. PARA SU USO EN EL EQUIPO: EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. CLAVE: 531.357.0011. MARCA: VAC. MODELO: ULTA.
5	Se requiere un mínimo de dos equipós y un máximo de 6 equipos de Terapia de Presión Negativa en comodato, compatible con los insumos ofertados en la partida, el cual será entregado por evento y por paciente específico para uso en cualquier unidad médica del OOAD Oaxaca, con plazos de atención de máximo 24 horas para el HGZ 1 Oaxaca y 48 horas para el resto de hospitales, el cual debe contar con	379	561	0934	00	01	UN KIT QUE CONTIENE: 1 APOSITO DE ESPUMA FABRICADO CON POLIURETANO RETICULADO (PU) GRADO MEDICO, HIDROFOBICO DE PORO ABIERTO CON ORIFICIOS DE 400 A 600 MICRAS TODOS INTERCONECTADOS, QUE CONTIENE PLATA, DE COLOR PLATEADO, OVALADO, DE 25.6 CM DE LARGO POR 15 CM DE ANCHO Y 3.2 CM DE DE COLOR NEGRO, OVALADO, DE 60 CM DE LARGO POR 30 CM DE ANCHO Y 1.6 CM DE ESPESOR; 2 PELICULAS DE POLIURETANO ADHESIVO TRANSPARENTE DE 25.7CM +/- 2 MM POR 32 CM +/- 2 MM CON DOS ZONAS DE SEGURIDAD A LO LARGO PARA FACIL MANEJO DE COLOR AZUL DESPRENDIBLES EN LOS EXTREMOS MÁS CORTOS, CON PELICULA PLASTICA



Partida	Nota Técnica	GPO	GEN	ESP	DIF	VAR	DESCRIPCION
	asistencia técnica para la colocacion y capacitacion continua del personal. El proveedor debe de brindar todas las facilidades para que el paciente se pueda llevar el equipo a su casa para continuar con el tratamiento fuera del hospital y sera responsable del resguardo del equipo fuera del hospital.						PROTECTORA MARCADA CON EL NUMERO 1 Y PELICULA TRANSPARENTE ADHERIDA MARCADA CON EL NUMERO 2; CON UN TRAC PAD DE SILICON EN UNO DE SUS EXTREMOS AUTO ADHERIBLE DE FORMA CIRCULAR UNIDO A UN TUBO DE SUCCION QUE CONTIENE 5 LUMENES, 1 LUMEN CENTRAL PARA RECOLECTAR EL EXUDADO DE LA HERIDA AL CANISTER Y 4 LUMENES PERIFERICOS QUE TRANSMITEN LA PRESION DEL LECHO DE LA HERIDA AL MICROPROCESADOR DE LA UNIDAD DE TERAPIA, Y EN EL EXTREMO OPUESTO UN COPLER CONECTOR HEMBRA PARA UNIRSE AL TUBO DE SUCCION DEL CANISTER. COMPATIBLE CON UNIDAD DE TERAPIA ATS. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: M6275099. PARA SU USO EN EQUIPO MEDICO: CLAVE 531.357.0011. EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. MARCA: VAC. MODELO: ATS.
5	Se requiere un minimo de dos equipós y un maximo de 6 equipos de Terapia de Presion Negativa en comodato, comatible con los insumos ofertads en la partida, el cual será entregado por evento y por paciente especifico para uso en cualquier unidad medica del OOAD Oaxaca, con plazos de atencion de maximo 24 horas para el HGZ 1 Oaxaca y 48 horas para el resto de hospitales, el cual debe contar con asistencia técnica para la colocacion y capacitacion continua del personal. El proveedor debe de brindar todas las facilidades para que el paciente se pueda llevar el equipo a su casa para continuar con el tratamiento fuera del hospital y sera responsable del resguardo del equipo fuera del hospital.	379	561	1411	00	01	UN KIT QUE CONTIENE: 1 APOSITO PARA ABDOMEN ABIERTO, ABTHERA TM SENA T.R.A.C. TM, CONSTA DE UNA CAPA PROTECTORA VISCERAL (VPL), CAPA DE CONTACTO ELABORADA A BASE DE DOS PELICULAS DE POLIURETANO FENESTRADAS DE MANERA BALANCEADA CON UN ESPESOR DE 160 MICRONES DE FORMA OVAL DE DIMENSIONES DE 665 A 802 MM Y UNA ESPONJA ENCAPSULADA CON UN GROSOR DE 10 MM, EN FORMA DE ESTRELLA ESTERIL, LIBRE DE LATEX. DOS PIEZAS DE ESPUMA PERFORADAS, LAS CUALES ESTAN HECHAS A BASE DE ESPUMA DE CELULA ABIERTA DE POLIURETANO DE FORMA OVAL, EL TAMAÑO DEL PORO ES DE 500 A 600 MICRAS. CUATRO APOSITOS ADHESIVOS, CUENTAN CON UNA PELICULA DE APOYO Y RECUBRIMIENTO DE LIBERACION, ELABORADA DE POLIETILENO Y UNA PELICULA PORTADORA DE ADHESIVO DE ACRILICO NO SENSIBILIZANTE, RECUBIERTO DE POLIURETANO. UN T.R.A.C. THERAPEUTIC REGULATED ACCURATE CARE, UN MICROPROCESADOR AVANZADO DE CONTROL DE PRESION, QUE JUNTO CON UN TUBO MULTILUMEN AYUDA A ASEGURAR LA PRESICION DEL SISTEMA V.A.C. KIT COMPATIBLE CON UNIDAD DE TERAPIA ATS, INFOVAC, ACTIVAC. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: M82750261. PARA SU USO EN EL EQUIPO MEDICO: CLAVE 531.357.0011 EQUIPO PARA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. MARCA: VAC MODELO: ATS.

ANEXO 2

PROPOSICIÓN ECONÓMICA

PROCEDIMIENTO No. N°. _____ **FECHA:** _____

No. DE PREI IMSS: _____ **FABRICANTE ()** **DISTRIBUIDOR ()**

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____

DOMICILIO: _____ **TEL.:** _____

FAX: _____ **R. F. C.:** _____

CORREO ELECTRÓNICO: (de la empresa participante):_____

ESTRATIFICACIÓN: MICRO () PEQUEÑA () MEDIANA () GRANDE ()

SECTOR: INDUSTRIA () COMERCIO () SERVICIOS ()

No. de partida	CuCOP	Clave SAI					Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Cantidad de la Presentación	Tipo de Presentación	Marca	Pais de Oirigen	Nombre del Fabricante	Precio Ofertado	Importe Mínimo	Importe Máximo
		Gpo	Gen		Dif	Var											
															Subtotal		
															Iva		
															Total		

EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO 3 “CONDICIONES GENERALES DE PARA COTIZAR”

1. INFORMACION DE LOS BIENES A ADQUIRIR

Adquisición de Claves del Grupo: **379 “Equipos, Instrumental y Accesorios Médicos”**.

La entrega de los consumibles y accesorios de equipo médico, se deberá de realizar en un plazo de 15 días a partir de la emisión de la orden de reposición. Así mismo, se requiere garantizar una vigencia de contrato a partir del día siguiente del fallo y hasta el 31 de Diciembre de 2026.

2. CALIDAD

2.1 Norma Oficial Mexicana, Norma Mexicana, Norma Internacional, Norma de Referencia o Especificación Técnica, que resulte aplicable a los bienes o servicios requeridos, conforme a la LFMN.

Los licitantes deberán acompañar a su propuesta técnica los documentos siguientes:

Para bienes Nacionales

- Copia del Registro Sanitario vigente expedido por la COFEPRIS, conforme a lo establecido en el artículo 376 de la Ley General de Salud (vigencia de 5 años), debidamente identificado por el número de partida y clave propuesta; así como los anexos correspondientes al marbete, que acredite fehacientemente que el producto ofertado cumple con la descripción del Cuadro Básico.
- Certificado de Buenas Prácticas de Fabricación, emitido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Durante el procedimiento de licitación o durante la vigencia del (los) contrato (s) que, en su caso se adjudique (n), con motivo de la licitación, el Instituto podrá en cualquier momento verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad de los bienes al licitante que resulte adjudicado, a través de las personas acreditadas por la Entidad Mexicana de Acreditación A.C. (EMA) (Organismo de Certificación o Laboratorio de Pruebas), de acuerdo a lo establecido en la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

NOTA: “En caso de que no existan personas acreditadas por la Entidad Mexicana de Acreditación A.C. (EMA), el Instituto a través del área responsable, evaluará las especificaciones de los bienes conjuntamente con la metodología a emplear.”

Para bienes Internacionales.

- Copia del Registro Sanitario vigente expedido por la COFEPRIS, conforme a lo establecido en el artículo 376 de la Ley General de Salud (vigencia de 5 años), debidamente identificado por el número de partida y clave propuesta; así como los anexos correspondientes al marbete, que acredite fehacientemente que el producto ofertado cumple con la descripción del Cuadro Básico.
- Certificado de FDA o CE o su equivalente emitido por la autoridad sanitaria del país de origen.



En el caso de los bienes que se integren por varios elementos y/o accesorios, el licitante deberá entregar la documentación referente a CALIDAD, para cada uno de ellos.

El licitante deberá acompañar a su proposición técnica, en copia simple, la documentación que a continuación se señala:

- a) Aviso de Funcionamiento.
- b) Autorización del Responsable Sanitario.
- c) En caso de que los bienes ofertados no requieran de Registro Sanitario, deberá presentar constancia oficial, expedida por la Secretaría de Salud (SSA), con nombre, firma autógrafa y cargo del servidor público que la emite, que lo exime del mismo. Señalando claramente en el documento la partida del bien ofertado.

En caso de que el Registro Sanitario no se encuentre dentro del periodo de vigencia de 5 años, conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud, deberá presentar:

- a) Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga acorde a los lineamientos de COFEPRIS.
- b) Copia simple del acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario, presentado ante la COFEPRIS cuando menos un año de vigencia de haberlo solicitado acompañado de: El formato de solicitudes donde se haga referencia al No. de Registro Sanitario original sujeto a prórroga.
- c) Carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del Titular del Registro Sanitario en donde bajo protesta de decir verdad manifieste que el trámite de prórroga del Registro Sanitario, del cual presenta copia, fue sometido en tiempo y forma, y que el acuse de recibo presentado corresponde al producto sometido al trámite de prórroga.

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

En caso de que para los bienes ofertados aplique (se omite para los bienes exentos en el DOF de presentar registro sanitario), los licitantes deberán acompañar a su propuesta técnica los documentos siguientes:

Para bienes Nacionales.

- a) Copia del Registro Sanitario vigente expedido por la COFEPRIS, conforme a lo establecido en el artículo 376 de la Ley General de Salud (vigencia de 5 años), debidamente identificado por el número de partida y clave propuesta; así como los anexos correspondientes al marbete, que acredite fehacientemente que el producto ofertado cumple con la descripción del Cuadro Básico.
- b) Certificado de Buenas Prácticas de Fabricación, emitido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.



Durante el procedimiento de licitación o durante la vigencia del (los) contrato (s) que, en su caso se adjudique (n), con motivo de la presente licitación, el Instituto podrá en cualquier momento verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad de los bienes al licitante que resulte adjudicado, a través de las personas acreditadas por la Entidad Mexicana de Acreditación A.C. (EMA) (Organismo de Certificación o Laboratorio de Pruebas), de acuerdo a lo establecido en la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

NOTA: "En caso de que no existan personas acreditadas por la Entidad Mexicana de Acreditación A.C. (EMA), el Instituto a través del área responsable, evaluará las especificaciones de los bienes conjuntamente con la metodología a emplear."

En el caso de los bienes que se integran por varios elementos y/o accesorios, el licitante deberá entregar la documentación referente a CALIDAD, para cada uno de ellos.

El licitante deberá acompañar a su proposición técnica, en copia simple, la documentación que a continuación se señala:

- a) Aviso de Funcionamiento.
- b) Autorización del Responsable Sanitario.
- c) En caso de que los bienes ofertados no requieran de Registro Sanitario, deberá presentar constancia oficial, expedida por la Secretaría de Salud (SSA), con nombre, firma autógrafa y cargo del servidor público que la emite, que lo exime del mismo. Señalando claramente en el documento la partida del bien ofertado.

En caso de que el Registro Sanitario no se encuentre dentro del periodo de vigencia de 5 años, conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud, deberá presentar:

- a) Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga acorde a los lineamientos de COFEPRIS.
- b) Copia simple del acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario, presentado ante la COFEPRIS cuando menos un año de vigencia de haberlo solicitado acompañado de: El formato de solicitudes donde se haga referencia al No. de Registro Sanitario original sujeto a prórroga.
- c) Carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del Titular del Registro Sanitario en donde bajo protesta de decir verdad manifieste que el trámite de prórroga del Registro Sanitario, del cual presenta copia, fue sometido en tiempo y forma, y que el acuse de recibo presentado corresponde al producto sometido al trámite de prórroga.

DOCUMENTACIÓN TÉCNICA NECESARIA COMO PUEDEN SER: FOLLETOS, CATÁLOGOS, FOTOGRAFÍAS, MANUALES ENTRE OTROS, EN CASO DE QUE SE REQUIERAN PARA COMPROBAR SUS ESPECIFICACIONES.

Para todas las partidas ofertadas en las que participe el licitante deberá presentar fichas técnicas, catálogos, manuales, folletos, y/o fotografías en las que se puedan apreciar claramente las especificaciones técnicas tales como medidas o características solicitadas en el Requerimiento **ANEXO "NOTAS TÉCNICAS" y ANEXO "CONDICIONES DE ENTREGA"** identificando en forma específica y clara en los documentos que presente cada uno de los bienes que oferta con la partida y clave que le corresponda. Cuando en un folleto, manual y/o hoja



de catálogo aparezcan varias imágenes y/o especificaciones deberán señalar directamente la imagen y/o especificaciones que están proponiendo. No presentarlos o no identificarlos correctamente será causa de descalificación. Las imágenes y/o especificaciones técnicas deberán ser nítidas con la mejor resolución posible, con imágenes de alta calidad (imágenes a color, no en escala de grises y no en blanco y negro), donde se distinga claramente características, marcas, modelos con claridad de los bienes ofertados llámense empaques y bienes ofertados.

Las imágenes que hagan referencia de los bienes a ofertar, deberán ser tamaño carta (21.95 cm x 27.94 cm), por cada imagen, sin presentar distorsiones en las mismas, ni pixeleadas.

Los anexos técnicos, folletos y/o catálogos, instructivos o manuales de uso para corroborar las especificaciones, características y calidad de los mismos, deberán presentarse en el idioma del país de origen de los bienes, en caso de venir en inglés, deberá de presentar la traducción simple al español, y en caso de venir en un idioma diferente al inglés, la traducción al español, deberá realizarse por un perito traductor autorizado.

La traducción podrá contener únicamente las páginas, secciones y/o párrafos que soporten sus proposiciones conforme al inciso y numeral correspondiente de la Proposición Técnica.

En tratándose de bienes de inversión que requieran de instructivos y manuales de uso, se deberán presentar en idioma español, conforme a los marbetes autorizados por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

No se aceptarán propuestas que contengan ligas electrónicas, que dirijan al sitio web del fabricante de los insumos, para descargar los folletos. En caso de que algún participante las presente será causa de desechamiento de la propuesta.

VIGENCIA DE LA CONTRATACIÓN Y EJERCICIO PRESUPUESTAL AL QUE CORRESPONDA:

A partir de la firma del contrato al 31 de diciembre de 2026.

PLAZO LUGAR Y CONDICIONES

Los bienes que "EL PROVEEDOR" haya ofertado deberán cumplir y apegarse estrictamente a las especificaciones, descripciones, presentaciones y demás características que se indican en el requerimiento: **No. 21 379 26 0017**, para la contratación de las claves del Grupo: **379 "Equipos, Instrumental y Accesorios Médicos"**.

Los bienes deberán ser entregados en un plazo de 15 días a partir de la emisión de la orden de reposición, con aplicación de pena convencional a partir del vencimiento de esta y hasta 4 días después del vencimiento de la misma, en las que se describan los bienes a entregar en el horario y en el lugar que se indica en el **Anexo Número "LUGAR Y HORARIO DE ENTREGA"**.

"EL PROVEEDOR" deberá entregar los bienes amparados en cada orden de reposición a más tardar cuando se concluya el plazo pactado como entrega oportuna, salvo que el mismo coincida con un día inhábil en cuyo caso la fecha de entrega se recorrerá al siguiente día hábil sin dar lugar a la aplicación



de penas convencionales, sin embargo, si el término del plazo no coincide con un día inhábil y "EL PROVEEDOR" no entrega los bienes en esa fecha, los días inhábiles siguientes contarán como naturales para efectos de la aplicación de penas convencionales.

Las órdenes de reposición que genere "EL INSTITUTO", serán hechas del conocimiento de "EL PROVEEDOR", vía Internet, a través de la dirección electrónica (<<http://sai.imss.gob.mx/>>). Adicionalmente, "EL INSTITUTO" notificará las referidas órdenes o pedidos, a través de correo electrónico, servicio de mensajería especializada o correo certificado, debiendo "EL PROVEEDOR" entregar el acuse de recibo respectivo, por la misma vía, en la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento ubicada en Boulevard NUUNITA NUU YOO No.1227, Cabecera Municipal, Santa Cruz Xoxocotlán, Oaxaca, Código Postal 71230., dentro de los 3 (tres) días hábiles siguientes al de dicha notificación.

"EL PROVEEDOR" deberá entregar la Orden de Reposición en la que se indique el número de lote o serie en su caso, fecha de caducidad, números de piezas, descripción de los bienes, precio unitario y costo total.

"EL PROVEEDOR" deberá entregar los bienes perfectamente empacados, con las envolturas originales del fabricante y en condiciones de embalaje que los resguarden del polvo y la humedad, debiendo garantizar la identificación y entrega individual y total de los bienes que preserven sus cualidades durante el transporte y almacenaje, sin merma de su vida útil y sin daño o perjuicio alguno para El Instituto.

"EL PROVEEDOR" podrá entregar los bienes antes del vencimiento del plazo establecido para tal efecto, previa conformidad de El Instituto.

El lugar de entrega será el Almacén Delegacional en Oaxaca ubicado en el Boulevard NUUNITA NUU YOO No.1227, Cabecera Municipal, Santa Cruz Xoxocotlán, Oaxaca, Código Postal 71230.

El horario de recepción de los bienes será de 8:30 a 14:00hrs de lunes a viernes, excluyendo los días festivos en los que el Instituto no labore.

El Instituto Mexicano del Seguro Social podrá efectuar pruebas sobre la calidad de los artículos, rechazando aquellos que no reúnan las especificaciones requeridas, independientemente de las pruebas que realice el IMSS, "EL PROVEEDOR" deberá responder por los vicios ocultos que presenten los equipos, bienes y materiales entregados.

En caso de entregar productos en presentación comercial, estos deberán estar identificados con etiqueta auto-adherible que especifique la clave del producto, la leyenda "Propiedad del IMSS, Prohibida su venta" y la razón social del distribuidor.

La transportación de los bienes, las maniobras de carga y descarga en el andén de entrega así como su acomodo en el área en la que se le indique dentro del almacén, serán a cargo y responsabilidad de "EL PROVEEDOR", así como el aseguramiento de los bienes, hasta que estos sean recibidos de conformidad por El instituto.

El área responsable de la recepción de los bienes será el Área de Recepción del Almacén Delegacional.



"EL PROVEEDOR" deberá entregar los bienes con las órdenes de reposición en los que se describan los bienes a entregar y asimismo se obliga a adherir a cada uno de los empaques colectivos una etiqueta que identifique los siguientes datos:

- Razón Social.
- No. De contrato.
- Clave completa.
- Descripción del bien.
- Presentación del bien
- Lote y caducidad (en caso de aplicar).

Todos los productos deberán ser entregados perfectamente empacados, con las envolturas originales del fabricante y en condiciones de embalaje que los resguarde del polvo y humedad, garantizando que los bienes se encuentren en condiciones óptimas, así como la calidad se mantenga durante el periodo de caducidad.

El área de recepción efectuará una verificación aleatoria de los bienes, de acuerdo a las características contenidas en los documentos (orden de reposición) y si los bienes no coinciden o presentan características técnicas diferentes, no serán recibidos, quedando esto bajo la más estricta responsabilidad de "EL PROVEEDOR".

Mientras "EL PROVEEDOR" no cumpla con las condiciones de entrega establecidas, no se dará por recibidos y aceptados los bienes objeto del presente instrumento jurídico.

En caso de que El Instituto requiera la presencia de "EL PROVEEDOR" para tratar asuntos relacionados con el presente instrumento jurídico, "EL PROVEEDOR" se compromete a asistir a las instalaciones que ocupa el Almacén Delegacional en Oaxaca ubicado en el Boulevard NUUNITA NUU YOO No.1227, Cabecera Municipal, Santa Cruz Xoxocotlán, Oaxaca, Código Postal 71230. En la fecha y hora en que le haya sido señalada, vía telefónica, oficio, correo electrónico y/o fax.

El proveedor proporcionará **sin costo para las Unidades Médicas durante la vigencia del contrato los equipos en comodato requeridos para el uso de los insumos de cada partida**, siendo libre de ofertar los bienes que cumplan con el propósito funcional de las claves de cuadro básico acorde a las especificaciones del fabricante que representa.

INSTALACIÓN

Se requiere instalación los equipos en comodato acorde a lo estipulado en el **ANEXO "ELEMENTOS TÉCNICOS DE LAS PARTIDAS" y ANEXO "CONDICIONES DE ENTREGA"**, incluyendo la capacitación inicial y las posteriores que se requieran, para lo cual el proveedor deberá presentar escrito libre en papel membretado suscrito por el representante legal de la empresa, en el que manifieste que los equipos proporcionados en comodato sin costo para el Instituto cumplen con las características descritas en el **ANEXO "ELEMENTOS TÉCNICOS DE LAS PARTIDAS" y y ANEXO "CONDICIONES DE ENTREGA"**, así como las fechas propuestas para la realización de la capacitación.

En caso de que alguna unidad médica requiera una capacitación adicional a la inicial, el proveedor tiene un plazo de hasta 30 días naturales para proporcionarla.



Posterior al fallo, el proveedor adjudicado deberá de entregar los equipos en comodato utilizando el formato del ANEXO 3 "ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA DE ENTREGA, RECEPCION, INSTALACION, PUESTA EN OPERACIÓN Y CAPACITACION DE BIENES DE INVERSION", la cual puede ser adecuada acorde a las características propias de cada equipo. El proveedor adjudicado debe considerar la entrega del mínimo de equipos solicitados en el **ANEXO "ELEMENTOS TÉCNICOS DE LAS PARTIDAS" y ANEXO "CONDICIONES DE ENTREGA"**, posteriormente de ser requerida una cantidad superior de equipo, le será notificado al proveedor mediante correo electrónico para aumentar la cantidad de equipo en comodato, la cual no podrá superar la cantidad máxima estipulada.

MECANISMOS DE COMPROBACIÓN

- El Instituto podrá en cualquier momento verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad de los bienes contratados o en comodato.
- El Área de Recepción revisará que los bienes se entreguen de conformidad con las condiciones requeridas en el contrato, en cuanto a cantidad, empaques, envases en buenas condiciones y origen de los bienes.
- El Área de Recepción efectuará una verificación aleatoria de los bienes, de acuerdo a las características contenidas en los documentos (orden de reposición) y si los bienes no coinciden serán rechazados.
- "EL PROVEEDOR" deberá entrega los bienes con las órdenes de reposición en los que se describan los bienes a entregar y asimismo se obliga a adherir a cada uno de los empaques colectivos una etiqueta que identifique los siguientes datos:
 - Razón Social.
 - No. De contrato o Procedimiento de contratación.
 - Clave completa
 - Descripción del bien.
 - Presentación del bien
 - Lote y caducidad (en caso de aplicar).
- Los bienes deberán entregarse debidamente identificados con la clave institucional, empaque individual.
- De no cumplir con las condiciones de entrega establecidas, El Instituto no dará por recibidos y aceptados los bienes.

Mientras "EL PROVEEDOR" no cumpla con las condiciones de entrega establecidas, no se darán por recibidos y aceptados los bienes objeto del presente instrumento jurídico.

En caso de que el Instituto requiera la presencia del "PROVEEDOR" para tratar asuntos relacionados con el presente instrumento jurídico, el Proveedor se compromete a asistir a las instalaciones que ocupa el Almacén Delegacional en Oaxaca, ubicado en el Boulevard NUUNITA NUU YOO No.1227, Cabecera Municipal, Santa Cruz Xoxocotlán, Oaxaca, Código Postal 71230. En la fecha y hora en que le haya sido señalada, vía telefónica, oficio o correo electrónico.

$$Pca = \%d (2.5) \times nda \times vspa.$$



Dónde:

%d=porcentaje determinado en la convocatoria de licitación, invitación a cuando menos tres personas, cotización, contrato o pedido por cada día de atraso en el inicio de la prestación del servicio o arrendamiento, considerando el rango señalado en el inciso "b".

Pca = pena convencional aplicable.

nda = número de días de atraso.

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

- **"EL INSTITUTO"** descontará las cantidades que resulten de aplicar la pena convencional, sobre los pagos que deba cubrir **"EL PROVEEDOR"**. Por lo tanto **"EL PROVEEDOR"** autoriza a descontar las cantidades que resulten de aplicar las sanciones señaladas en los párrafos anteriores, sobre los pagos que a este deba cubrirle a **"EL INSTITUTO"** durante el periodo en que incurra y/o se mantenga en incumplimiento con motivo de la entrega de los bienes.
- Para autorizar el pago de los bienes, previamente **"EL PROVEEDOR"** tiene que haber cubierto las penas convencionales aplicadas conforme lo dispuesto en el contrato. El administrador del contrato será el responsable de verificar que se cumpla esta obligación, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la conclusión del incumplimiento.

a) La aplicación de las deductivas será por regla general de la siguiente manera:

Núm.	Descripción	Rango
1	Bienes	Del 0.2% al 1%
2	Servicios	
3	Arrendamientos	

5.5.8.1 Las penas convencionales y deducciones deben aplicarse bajo el principio de proporcionalidad conforme al artículo 1844 del CCF, es decir, únicamente se aplicarán respecto del monto correspondiente a los bienes o servicios que no fueron entregados o prestados oportunamente. Las cuáles serán establecidas en la Convocatoria, Invitación a cuando menos tres personas o solicitud de información, previa propuesta del Área Requiriente, como sigue:

- La penalización se calculará a partir del día siguiente en que concluye el plazo o fecha convenida para la entrega de los bienes o iniciar la prestación de los servicios, y hasta el día en que inició la prestación del servicio de forma extemporánea, siendo el monto máximo la garantía de incumplimiento del contrato.**
- En el caso de las deducciones, deberá determinarse en el contrato o pedido cual es o son los conceptos u obligaciones objeto de ésta, la causa por la cual se debe aplicar y el monto o forma en que se debe calcular y aplicar la deducción por prestación deficiente del servicio tomando en consideración preferentemente los siguientes elementos:**



De conformidad con el artículo 76 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 97 de su Reglamento, **"EL INSTITUTO"** podrá aplicar deducciones al pago de los **bienes** con motivo del incumplimiento parcial o deficiente en que pudiera incurrir **"EL PROVEEDOR"** respecto de las partidas o conceptos que integran el contrato, conforme a lo siguiente:

- En función de los bienes entregados de manera parcial, deficiente o carezcan de las condiciones solicitadas y no habiendo causa justificada, cabe señalar que la orden de reposición será el documento mediante el cual se especificarán los bienes entregados de manera parcial, deficiente o carezcan de las condiciones solicitadas, por lo cual **"EL PROVEEDOR"** se hará acreedor a una sanción equivalente al 1% (uno por ciento) por día transcurrido hasta acumular máximo el porcentaje de la garantía de cumplimiento (10%).

La deducción se aplicará a partir del incumplimiento en los conceptos u obligaciones basándose en la siguiente tabla:

No.	CONCEPTO U OBLIGACIÓN (SUPUESTO)	NIVEL DE SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	DEDUCCIÓN
1	Los bienes serán entregados a través de órdenes de reposición, las cuales tendrán un periodo de vigencia de 19 días posteriores a su emisión, dicha vigencia considera 15 días naturales posteriores a la generación de la orden, con aplicación de pena convencional a partir del vencimiento de estos y hasta 04 (cuatro) días después del vencimiento del mismo.	Entrega de los bienes requeridos a través de las órdenes de reposición que se generen, dentro del periodo de tiempo establecido en las condiciones de entrega de las bases del proceso de contratación.	Entrega parcial, deficiente u omisión en el cumplimiento de la entrega de los bienes amparados en cada orden de reposición.	El proveedor se hará acreedor a la aplicación de deductiva equivalente al 1% (uno por ciento) por día transcurrido hasta acumular máximo el porcentaje de la garantía de cumplimiento (10%) con IVA. Considerando el precio de compra de los bienes entregados de manera parcial, deficiente, o bien, que no fueron entregados.
2	Al momento de la recepción el Proveedor deberá entregar la documentación requerida en las condiciones de entrega establecidas en las bases del proceso de contratación.	El Proveedor deberá cumplir con la entrega de la documentación establecida en las bases del proceso de contratación, aplicable para el tipo de insumos a entregar.	En caso de que el Proveedor no entregue los documentos requeridos de acuerdo a lo establecido en las condiciones de entrega que conforman las bases del proceso de contratación, no se dará recepción formal a los insumos para la salud.	El Proveedor se hará acreedor a la aplicación de deductiva equivalente al 1% (uno por ciento) por día transcurrido hasta acumular máximo el porcentaje de la garantía de cumplimiento (10%) con IVA. Considerando el precio de compra de los bienes que no sean entregados en las condiciones y con los documentos establecidos en las bases del proceso de contratación.
3	En caso de que los bienes presenten problemas de calidad o vicios ocultos, se deberá notificar al Proveedor dentro del periodo de 3 días hábiles siguientes al momento en que se haya detectado el vicio o defecto, para solicitar el canje correspondiente.	Se notificará al Proveedor mediante correo electrónico o llamada telefónica, dentro del periodo de 3 días hábiles siguientes al momento en que se haya detectado el vicio o defecto, notificando a las personas y/o direcciones que EL PROVEEDOR determine como contactos oficiales.	El Proveedor deberá recolectar y cambiar los bienes sujetos a canje, en un plazo que no excederá de ocho (08) días hábiles contados a partir de la fecha de su notificación; en caso que no se realice la recolección y canje de los bienes en el plazo señalado, se comunicará al Administrador del Contrato para que proceda a la aplicación de la deductiva correspondiente.	Una vez transcurridos los 8 días hábiles, a partir de la notificación, el Proveedor se hará acreedor a la aplicación de deductiva equivalente al 1% (uno por ciento) por día transcurrido hasta acumular máximo el porcentaje de la garantía de cumplimiento (10%) con IVA. Considerando el precio de compra de los bienes que no sean canjeados, conforme a la notificación que se le realice.



En ningún caso, se deberá autorizar el pago de los bienes, arrendamientos o servicios, sí no se ha determinado, calculado y notificado al proveedor las penas convencionales y deducciones aplicadas en términos de lo dispuesto en el contrato, así como su registro y validación en el Sistema PREI Millenium.

- c) El servidor público designado como Administrador del Contrato, será el responsable del cálculo, aplicación y seguimiento de las deducciones.**
- d) El importe máximo de las deducciones no podrá ser mayor al que resulte de aplicar el porcentaje de la garantía de cumplimiento.**

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:

- a) Cuando no entregue la garantía de cumplimiento del contrato, dentro del término de 10 (diez) días naturales posteriores a la firma del mismo.
- b) Cuando incurra en falta de veracidad total o parcial respecto a la información proporcionada para la celebración del contrato.
- c) Cuando se incumpla, total o parcialmente, con cualesquiera de las obligaciones establecidas en el este instrumento jurídico y sus anexos.
- d) Cuando se compruebe que “el proveedor” haya entregado bienes con descripciones y características distintas a las pactadas en el presente instrumento jurídico.
- e) 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.
- f) Cuando se transmitan 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”.
- g) Si la autoridad competente declara el concurso mercantil o cualquier situación análoga o equivalente que afecte el patrimonio de “el proveedor”.

Mecanismos requeridos al proveedor para responder por defectos o vicios ocultos de los bienes o de la calidad de los servicios.

- Con la entrega de los bienes el proveedor deberá entregar Carta compromiso de canje por defectos de fabricación y/o vicios ocultos.
- Por conducto del administrador del contrato, o quien este designe como su auxiliar, se podrá solicitar al Proveedor el canje de los bienes nuevos cumpliendo con las características de contratación que presenten defectos a simple vista o de fabricación, especificaciones distintas a las establecidas en el contrato o bien, calidad inferior a la propuesta, inclusive por vicios ocultos. En cualquier caso, el Instituto notificará al Proveedor dentro del período de máximo 5 días hábiles siguientes al momento en que se haya tenido conocimiento de alguno de los supuestos antes mencionados, comprometiéndose éste a sustituir los bienes, por bienes nuevos, cumpliendo con



las características de contratación en un plazo máximo de 10 días hábiles a entera satisfacción del Instituto, contados a partir de la fecha de notificación por parte del Instituto.

- El Proveedor se obliga a responder por su cuenta y riesgo de los daños y/o perjuicios que, por inobservancia o negligencia de su parte, llegue a causar al Instituto y/o a terceros.
- Todos los gastos que se generen con motivo del canje o devolución correrán por cuenta del proveedor, previa notificación del Instituto.
-

Garantías de anticipos, cumplimiento, defectos o vicios ocultos de bienes, calidad de servicios y de operación y funcionamiento, que en su caso apliquen, las cuales deben indicar, según el caso:

Plazo para notificar al proveedor:

Por conducto del administrador del contrato, o quien este designe como su auxiliar, se podrá solicitar al Proveedor el canje de los bienes y equipos que presenten defectos a simple vista o de fabricación, especificaciones distintas a las establecidas en el contrato o bien, calidad inferior a la propuesta, inclusive por vicios ocultos. En cualquier caso, el Instituto notificará al Proveedor dentro del período de 5 días naturales siguientes al momento en que se haya tenido conocimiento de alguno de los supuestos antes mencionados.

La existencia de consumibles y refacciones, en su caso.

El proveedor deberá presentar a la entrega de los bienes, escrito en papel membretado de éste, firmado por su Representante Legal, en el que se garantice un periodo de al menos 5 años para la existencia de consumibles y refacciones para la marca y modelo del equipo entregado.

Plazo y condiciones de canje y devolución del bien.

Por conducto del administrador del contrato, o quien este designe como su auxiliar, se podrá solicitar al Proveedor, el canje de los bienes ofertados y/o en comodato que presenten defectos a simple vista o de fabricación, especificaciones distintas a las establecidas en el contrato o bien calidad inferior a la propuesta, inclusive por vicios ocultos. En cualquier caso, el Instituto notificará al Proveedor dentro del período de 5 días hábiles siguientes al momento en que se haya tenido conocimiento de alguno de los supuestos antes mencionados, comprometiéndose éste a sustituir los bienes, por bienes nuevos, en un plazo máximo de 10 días hábiles a entera satisfacción del Instituto, contando a partir de la fecha de notificación por parte del Instituto.

Caducidades de los bienes.

El proveedor deberá presentar a la entrega de los bienes, escrito en papel membretado de éste, firmado por su Representante Legal, por el que se garantice que el período de caducidad de los mismos, no podrá ser menor a 12 (doce) meses, contados a partir de la fecha de entrega de los insumos para la salud.



No obstante lo anterior, el proveedor podrá entregar insumos con una caducidad mínima de hasta 9 (nueve) meses, siempre y cuando entregue una carta compromiso, en la cual se obligue a canjear dentro de un plazo de 15 días hábiles contados a partir del día siguiente al que sea requerido el canje, sin costo alguno, 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.

Centros de servicio (domicilios y horarios) y reporte técnico.

Será obligación del proveedor, el otorgar soporte y asistencia técnica al Instituto, cuando éste así lo requiera durante la vigencia de la garantía de los equipos que le resulten adjudicados, para lo cual deberá otorgar todas las facilidades que permitan la comunicación entre usuarios y personal técnico del proveedor y del fabricante.

Periodo de garantía.

El Proveedor deberá entregar conjuntamente con los bienes, un escrito libre en papel membretado con firma autógrafa por el representante legal, en el que manifieste que la garantía de los bienes ofertados y/o en comodato será de 12 meses a partir de la fecha de inicio del contrato.

Tiempos máximos de reparación o atención de fallas.

Para el caso de fallas en el equipo, el licitante adjudicado deberá a más tardar 72 horas posterior al reporte por cualquier medio telefónico o por escrito, de parte del área Médica, Conservación o Enfermería de las Unidades Médicas, efectuar las reparaciones necesarias a entera satisfacción del área usuaria y si esto no es factible deberá reponer los equipos por otros de similares características en un plazo máximo de 30 (treinta) días hábiles contados a partir de la notificación. El costo de las refacciones que en su caso se requieran será con cargo al licitante adjudicado.

Garantía de mano de obra y/o partes.

El proveedor deberá entregar junto con los bienes una garantía de fabricación con cobertura amplia por un periodo de 12 meses a partir de la fecha de instalación, en mano de obra y/o partes.

Mantenimientos correctivos y/o preventivos.

El licitante adjudicado proporcionará durante la vigencia del contrato y sin costo extra para las Unidades Médicas, el mantenimiento correctivo y preventivo de los equipos, para lo cual el licitante adjudicado deberá contar con personal técnico capacitado y en posibilidad de dar servicio a los equipos en cada Unidad Médica donde sean ubicados.

Para el caso de fallas en el equipo en comodato, el licitante adjudicado deberá a más tardar el día posterior al reporte por cualquier medio y por escrito, de parte del área Médica y/o Enfermería de las Unidades Médicas, efectuar las reparaciones necesarias a entera satisfacción del área usuaria y si esto no es factible deberá reponer los equipos por otros de similares características en un plazo máximo de 5 (cinco) días hábiles contados a partir de la notificación de las instituciones



participantes. El costo de las refacciones que en su caso se requieran será con cargo al licitante adjudicado.

Así mismo deberá de garantizar el mantenimiento preventivo a los equipos en comodato durante la vigencia del contrato y con la frecuencia recomendada por el fabricante.

El licitante adjudicado deberá entregar por escrito en las Unidades Hospitalarias en el momento de la Instalación, un Programa de Trabajo Calendarizado, para el Mantenimiento Preventivo, el que deberá contar con el visto bueno del Director de la Unidad Hospitalaria.

El licitante adjudicado deberá proporcionar durante la vigencia del contrato sin costo extra para las Unidades Médicas, la asistencia técnica que se requiera para el manejo y funcionamiento de los equipos.

- **En su caso, si se requiere capacitación, solicitar programa para la misma.**

El licitante adjudicado se obliga a capacitar al personal del área usuaria, médica y enfermería sin costo adicional para las Unidades Médicas dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes a la entrega de los bienes e instalación de los equipos y solo para los casos que lo requieran y se externe por la unidad médica de forma expresa.

- **Porcentaje a requerir por concepto de garantía de cumplimiento en los términos del lineamiento 5.5.5 de las POBALINES.**

El licitante al que le sean adjudicados los servicios, para garantizar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato adjudicado, deberá presentar fianza expedida por una afianzadora debidamente constituida en términos de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas, por un importe equivalente al 10% (diez por ciento) del monto total del contrato, a erogar en el ejercicio fiscal de que se trate y deberá ser renovada cada ejercicio por el monto a erogar en el mismo, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado, a favor del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Esta garantía deberá presentarse a más tardar dentro de los diez días naturales siguientes a la fecha de firma del contrato.

CRITERIO DE EVALUACIÓN

Se verificará que cotice la totalidad de los bienes requeridos en cada partida que ofrezca el licitante.

Para corroborar las especificaciones y características de los bienes a contratar así como los que serán proporcionados en comodato, se requiere que el participante presente anexos técnicos, folletos, catálogos, fotografías, instructivos y/o manuales del fabricante, los cuales deberán corresponder con la descripción técnica enunciada por el participante en su propuesta técnica, y que deberán apegarse a los descritos en el **ANEXO "ELEMENTOS TÉCNICOS DE LAS PARTIDAS"** y **ANEXO "CONDICIONES DE ENTREGA"**, mismos que deberán presentarse nítidas con la mejor resolución posible, con imágenes de alta calidad (imágenes a color, no en escala de grises y no en blanco y negro), donde se distingan con claridad las características de los bienes ofertados.



Las imágenes de los bienes a ofertar, deberán ser tamaño carta (21.95 cm x 27.94 cm), por cada imagen, sin presentar distorsiones en las mismas, ni pixeleadas.

El licitante deberá describir con precisión toda su oferta, puntualizando fielmente las características que son propias de su artículo (tales como dimensiones, peso, material, etc.), pudiendo incluir especificaciones que superen y comprendan las solicitadas.

Tratándose de bienes que para su operación requieran de software, éste deberá ser en idioma español para todos sus componentes.

Cabe señalar, que todas las especificaciones incluyendo las dimensiones y el peso deberán señalarse en unidades del Sistema General de Unidades de Medida. (Ley Federal Sobre Metrología y Normalización)

Para demostrar que los bienes ofertados cumplen con lo solicitado en el **ANEXO "ELEMENTOS TÉCNICOS DE LAS PARTIDAS" y ANEXO "CONDICIONES DE ENTREGA"**, la evaluación técnica se realizara comparando las características que se especifican en el **ANEXO "ELEMENTOS TÉCNICOS DE LAS PARTIDAS" y ANEXO "CONDICIONES DE ENTREGA"** contra los anexos técnicos, folletos y/o catálogos, instructivos y/o manuales de uso que presenten los licitantes, estos deberán indicar partida, clave, concepto, marca, modelo, presentación, fabricante, país de fabricación y serán revisadas y en su caso aprobadas por las áreas operativas del Instituto, obteniéndose del área operativa el dictamen técnico correspondiente que servirá de base para aceptar o desechar la propuesta.

Se verificará la congruencia de anexos técnicos, folletos y/o catálogos, instructivos, manuales y/o muestras, de cada una de las partidas que presenten los licitantes con lo ofertado en la proposición técnica.

Mecanismos requeridos al proveedor para responder por defectos o vicios ocultos de los bienes o de la calidad de los servicios.

- Con la entrega de los bienes el proveedor deberá entregar Carta compromiso de canje por defectos de fabricación y/o vicios ocultos.
- Por conducto del administrador del contrato, o quien este designe como su auxiliar, se podrá solicitar al Proveedor el canje de los bienes nuevos cumpliendo con las características de contratación que presenten defectos a simple vista o de fabricación, especificaciones distintas a las establecidas en el contrato o bien, calidad inferior a la propuesta, inclusive por vicios ocultos. En cualquier caso, el Instituto notificará al Proveedor dentro del período de máximo 5 días hábiles siguientes al momento en que se haya tenido conocimiento de alguno de los supuestos antes mencionados, comprometiéndose éste a sustituir los bienes, por bienes nuevos, cumpliendo con las características de contratación en un plazo máximo de 10 días hábiles a entera satisfacción del Instituto, contados a partir de la fecha de notificación por parte del Instituto.
- El Proveedor se obliga a responder por su cuenta y riesgo de los daños y/o perjuicios que, por inobservancia o negligencia de su parte, llegue a causar al Instituto y/o a terceros.
- Todos los gastos que se generen con motivo del canje o devolución correrán por cuenta del proveedor, previa notificación del Instituto.



a) Garantías de anticipos, cumplimiento, defectos o vicios ocultos de bienes, calidad de servicios y de operación y funcionamiento, que en su caso apliquen, las cuales deben indicar, según el caso:

- **Plazo para notificar al proveedor:**

Por conducto del administrador del contrato, o quien este designe como su auxiliar, se podrá solicitar al Proveedor el canje de los bienes y equipos que presenten defectos a simple vista o de fabricación, especificaciones distintas a las establecidas en el contrato o bien, calidad inferior a la propuesta, inclusive por vicios ocultos. En cualquier caso, el Instituto notificará al Proveedor dentro del período de 5 días naturales siguientes al momento en que se haya tenido conocimiento de alguno de los supuestos antes mencionados.

- **La existencia de consumibles y refacciones, en su caso.**

El proveedor deberá presentar a la entrega de los bienes, escrito en papel membretado de éste, firmado por su Representante Legal, en el que se garantice un periodo de al menos 5 años para la existencia de consumibles y refacciones para la marca y modelo del equipo entregado.

- **Plazo y condiciones de canje y devolución del bien.**

Por conducto del administrador del contrato, o quien este designe como su auxiliar, se podrá solicitar al Proveedor, el canje de los bienes ofertados y/o en comodato que presenten defectos a simple vista o de fabricación, especificaciones distintas a las establecidas en el contrato o bien calidad inferior a la propuesta, inclusive por vicios ocultos. En cualquier caso, el Instituto notificará al Proveedor dentro del período de 5 días hábiles siguientes al momento en que se haya tenido conocimiento de alguno de los supuestos antes mencionados, comprometiéndose éste a sustituir los bienes, por bienes nuevos, en un plazo máximo de 10 días hábiles a entera satisfacción del Instituto, contando a partir de la fecha de notificación por parte del Instituto.

- **Caducidades de los bienes.**

El proveedor deberá presentar a la entrega de los bienes, escrito en papel membretado de éste, firmado por su Representante Legal, por el que se garantice que el período de caducidad de los mismos, no podrá ser menor a 12 (doce) meses, contados a partir de la fecha de entrega de los insumos para la salud.

No obstante lo anterior, el proveedor podrá entregar insumos con una caducidad mínima de hasta 9 (nueve) meses, siempre y cuando entregue una carta compromiso, en la cual se obligue a canjear dentro de un plazo de 15 días hábiles contados a partir del día siguiente al que sea requerido el canje, sin costo alguno, 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.

- **Centros de servicio (domicilios y horarios) y reporte técnico.**

Será obligación del proveedor, el otorgar soporte y asistencia técnica al Instituto, cuando éste así lo requiera durante la vigencia de la garantía de los equipos que le resulten adjudicados, para lo cual deberá otorgar todas las facilidades que permitan la comunicación entre usuarios y personal técnico del proveedor y del fabricante.



- **Periodo de garantía.**

El Proveedor deberá entregar conjuntamente con los bienes, un escrito libre en papel membretado con firma autógrafa por el representante legal, en el que manifieste que la garantía de los bienes ofertados y/o en comodato será de 12 meses a partir de la fecha de inicio del contrato.

- **Tiempos máximos de reparación o atención de fallas.**

Para el caso de fallas en el equipo, el licitante adjudicado deberá a más tardar 72 horas posterior al reporte por cualquier medio telefónico o por escrito, de parte del área Médica, Conservación o Enfermería de las Unidades Médicas, efectuar las reparaciones necesarias a entera satisfacción del área usuaria y si esto no es factible deberá reponer los equipos por otros de similares características en un plazo máximo de 30 (treinta) días hábiles contados a partir de la notificación. El costo de las refacciones que en su caso se requieran será con cargo al licitante adjudicado.

- **Garantía de mano de obra y/o partes.**

El proveedor deberá entregar junto con los bienes una garantía de fabricación con cobertura amplia por un periodo de 12 meses a partir de la fecha de instalación, en mano de obra y/o partes.

- **Mantenimientos correctivos y/o preventivos.**

El licitante adjudicado proporcionará durante la vigencia del contrato y sin costo extra para las Unidades Médicas, el mantenimiento correctivo y preventivo de los equipos, para lo cual el licitante adjudicado deberá contar con personal técnico capacitado y en posibilidad de dar servicio a los equipos en cada Unidad Médica donde sean ubicados.

Para el caso de fallas en el equipo en comodato, el licitante adjudicado deberá a más tardar el día posterior al reporte por cualquier medio y por escrito, de parte del área Médica y/o Enfermería de las Unidades Médicas, efectuar las reparaciones necesarias a entera satisfacción del área usuaria y si esto no es factible deberá reponer los equipos por otros de similares características en un plazo máximo de 5 (cinco) días hábiles contados a partir de la notificación de las instituciones participantes. El costo de las refacciones que en su caso se requieran será con cargo al licitante adjudicado.

Así mismo deberá de garantizar el mantenimiento preventivo a los equipos en comodato durante la vigencia del contrato y con la frecuencia recomendada por el fabricante.

El licitante adjudicado deberá entregar por escrito en las Unidades Hospitalarias en el momento de la Instalación, un Programa de Trabajo Calendarizado, para el Mantenimiento Preventivo, el que deberá contar con el visto bueno del Director de la Unidad Hospitalaria.

El licitante adjudicado deberá proporcionar durante la vigencia del contrato sin costo extra para las Unidades Médicas, la asistencia técnica que se requiera para el manejo y funcionamiento de los equipos.

- **En su caso, si se requiere capacitación, solicitar programa para la misma.**

El licitante adjudicado se obliga a capacitar al personal del área usuaria, médica y enfermería sin costo adicional para las Unidades Médicas dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes a la



entrega de los bienes e instalación de los equipos y solo para los casos que lo requieran y se externe por la unidad médica de forma expresa.

- **Porcentaje a requerir por concepto de garantía de cumplimiento en los términos del lineamiento 5.5.5 de las POBALINES.**

El licitante al que le sean adjudicados los servicios, para garantizar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato adjudicado, deberá presentar fianza expedida por una afianzadora debidamente constituida en términos de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas, por un importe equivalente al 10% (diez por ciento) del monto total del contrato, a erogar en el ejercicio fiscal de que se trate y deberá ser renovada cada ejercicio por el monto a erogar en el mismo, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado, a favor del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Esta garantía deberá presentarse a más tardar dentro de los diez días naturales siguientes a la fecha de firma del contrato.

DOCUMENTOS QUE DEBERÁN PRESENTAR QUIENES DESEEN PARTICIPAR, RELATIVO A LA PROPOSICION LEGAL.

- 1) Una declaración firmada en forma autógrafa por el propio participante o su representante legal, por el que manifieste bajo protesta de decir verdad, no encontrarse en alguno de los supuestos establecidos por los artículos 71 y 90, penúltimo párrafo, de la LAASSP.
- 2) Escrito libre, en el que manifieste una o más cuentas de correo electrónico del participante en las cuales el IMSS pueda realizar cualquier tipo de notificación/comunicación a los participantes relacionados con el procedimiento de contratación y que nos ocupa.
- 3) Escrito en el que manifieste uno o más domicilios donde el participante autorice para oír y recibir notificaciones relacionadas con el procedimiento de contratación que nos ocupa.
- 4) Escrito de declaración de integridad, a través del cual el participante o su representante legal manifieste bajo protesta de decir verdad, que por sí mismos o a través de interpósita persona, se abstendrán de adoptar conductas para que los servidores públicos del Instituto, induzcan o alteren las evaluaciones de las proposiciones, el resultado del procedimiento, u otros aspectos que otorguen condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes
- 5) Conforme al artículo 35 del Reglamento de la Ley, escrito bajo protesta de decir verdad, a través del cual el participante manifieste que es de nacionalidad mexicana
- 6) Escrito por el que el participante se obliga, en caso de resultar adjudicado, a liberar al Instituto de toda responsabilidad de carácter civil, mercantil, penal o administrativa que, en su caso, se ocasione con motivo de la infracción de derechos de autor, patentes, marcas u otros derechos de propiedad industrial o intelectual a nivel Nacional o Internacional



- 7) El participante deberá presentar la Opinión positiva de cumplimiento de obligaciones fiscales emitida por el SAT vigente a al acto de presentación y apertura de proposiciones, en términos del artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación
- 8) Opinión positiva de cumplimiento de obligaciones en materia de seguridad social vigente a la firma del contrato emitida por el IMSS, en términos del artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación, del Acuerdo ACDO.AS2.HCT.270422/107.P.DIR, publicadas el 22 de septiembre de 2022 en el DOF.
- 9) Constancia de situación fiscal en la que conste que se encuentra al corriente de cumplimiento de obligaciones en materia de aportaciones patronales y entero de descuentos del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores.
- 10) Escrito mediante el cual el participante autorice a los servidores públicos del Instituto puedan consultar su opinión de cumplimiento antes señaladas.
- 11) A fin de dar cumplimiento al artículo 49 fracción IX de la Ley General de Responsabilidades Administrativas donde manifieste bajo protesta de decir verdad que no desempeña empleo, cargo o comisión en el servicio público o, en su caso, que a pesar de desempeñarlo, con la formalización del contrato correspondiente no se actualiza un conflicto de interés.
- 12) Copia simple por ambos lados de su identificación oficial vigente con fotografía, (cartilla del servicio militar nacional, pasaporte, credencial para votar con fotografía o cédula profesional), tratándose de personas físicas; y, en el caso de personas morales, de la persona que firme la proposición.
- 13) Acta Constitutiva actualizada en caso que el participante sea persona Moral; y acta de Nacimiento, CURP y Alta ante el SAT, si es Personas Física.
- 14) Acreditación del Participante

INFORMACIÓN RESERVADA Y CONFIDENCIAL.

Se hace del conocimiento de las personas físicas y morales que tengan interés en participar en el procedimiento de contratación convocado, que en términos de lo dispuesto por los artículos 14 fracciones I y II, 18 fracciones I y II, y 19 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y 38 de su Reglamento, al momento de enviar su propuesta técnica-económica deberán indicar en el formato previsto en el Anexo () de la presente convocatoria, si en los documentos que proporcionen al Instituto se contiene información de carácter confidencial, reservada o comercial reservada, señalando los documentos o las secciones de estos que la contengan, así como el fundamento legal por el cual consideren que tengan ese carácter.



ANEXO 4 (CUATRO) (ACREDITACIÓN DEL PARTICIPANTE)

_____, (Nombre) manifiesto bajo protesta a decir verdad, que los datos aquí asentados son ciertos, así como que cuento con facultades suficientes para suscribir las proposiciones en el presente procedimiento, a nombre y representación de: _____ (persona física o moral)

Registro Federal de Contribuyentes:	No Proveedor IMSS:	Núm. de Reg. patronal:
Domicilio.- Los datos aquí registrados corresponderán al del domicilio fiscal del proveedor o prestador de servicios)		
Calle y número:		
Colonia:	Delegación o Municipio:	
Código Postal:	Entidad federativa:	
Teléfonos:	Fax:	
Correo electrónico:		
No. de la escritura pública en la que consta su acta constitutiva:	Fecha	Duración
Nombre, número y lugar del Notario Público ante el cual se protocolizó la misma:		
Relación de socios o asociados.-		
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre(s):
Descripción del objeto social:		
Reformas al acta constitutiva:		
Fecha y datos de inscripción en el Registro Público correspondiente:		
Nombre del apoderado o representante:		
Datos del documento mediante el cual acredita su personalidad y facultades.-		
Escritura pública número: Fecha:		
Nombre, número y lugar del Notario Público ante el cual se protocolizó la misma:		
Fecha y datos de inscripción en el Registro Público correspondiente:		

Asimismo, manifiesto que los cambios o modificaciones que se realicen en cualquier momento a los datos o documentos contenidos en el presente documento y durante la vigencia del contrato que, en su caso, sea suscrito con el Instituto, deberán ser comunicados a éste, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se generen.

(Lugar y fecha)
Protesto lo necesario
(Nombre y firma)



ANEXO 5 (CINCO) CUESTIONARIO

Procedimiento de investigación de mercado número: **INVMER-023-2026.**

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL CUESTIONARIO

Consideraciones para el llenado

- Se requiere que los bienes que oferte cumpla a cabalidad con las especificaciones solicitadas en los "Términos y Condiciones".
- Solo se deberá proporcionar precio para los bienes que este en posibilidades de atender al 100% a delegacional.
- Conteste a las preguntas solamente en los espacios en blanco provistos para tal efecto.
- Cuando sea el caso si la pregunta solo requiere una respuesta de tipo **SI/NO**, no ingrese mayor información.
- Todas las respuestas deben estar contenidas en los respectivos archivos, **NO se aceptaran respuestas en otros formatos.**

Los siguientes requerimientos son necesarios para asegurar que la respuesta al cuestionario sea válida:

- No cambie Ninguna otra celda aparte de las celdas destinadas a recibir su respuesta.
- Los archivos enviados con alteraciones serán descartados, en caso de archivos duplicados solo se considerara la información del último archivo recibido.
- No cambie o afecte la estructura de los archivos de ninguna manera (no ordene, no inserte, no cambie los nombres de los campos, etc.)
- Considere que las cantidades requeridas pueden modificarse al momento de efectuar el proceso de contratación.
- Por favor, responda las preguntas de la manera más completa posible.
- Envíe su respuesta del presente cuestionario y los servicios cotizados a más tardar el día **SEÑALADO EN LA HOJA 2 DE LA PRESENTE**

Preguntas generales

Información de contacto y perfil del proveedor



CUESTIONARIO A 8.xlsx

La información solicitada formara parte de la Investigación de Mercado que el Instituto Mexicano del Seguro Social realiza en cumplimiento al sexto párrafo del artículo 35 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP).

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que las respuestas al presente cuestionario, son ciertas y aplican para la empresa que represento.

Atentamente
Nombre y Firma autógrafa del Representante Legal



ANEXO 6

ANEXO 2 - CONDICIONES DE ENTREGA

PARTIDA 4

Bombas de Infusión en Comodato

Unidades	Dirección	Líneas Mínimas	Líneas Máximas
HGZ 1 OAXACA	Calzada Heroes de Chapultepec No. 621, Colonia Oaxaca Centro C.P. 68000 Oaxaca de Juárez, Municipio de Oaxaca de Juárez, Oaxaca	149	170
HGZ 2 SALINA CRUZ	Calle Nicolas Bravo y Cuauhtémoc No. 1, Colonia Hidalgo Oriente C.P. 70610 Salina Cruz, Municipio de Salina Cruz, Oaxaca	30	35
HGZ 3 TUXTEPEC	Boulevard Benito Juárez, antes Carretera Valle Nacional entre calle reforma y Prolg. Av. Independencia No. 141, Colonia El Castillo C.P. 68340 San Juan Bautista Tuxtepec, Municipio de San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca	19	30
HGSZ 41 STA. CRUZ HUATULCO	Boulevard Chahue No. Mz. 05 Lt. 49, Sector R Las Palmas C.P. 70980 Bahía de Santa Cruz Huatulco, Municipio de Santa Cruz Huatulco, Oaxaca	12	20
HR Tlacolula De Matamoros	Tlacolula De Matamoros C.P. 70400, Municipio Tlacolula De Matamoros, Oaxaca	15	18
HR Santiago Jamiltepec	Santiago Jamiltepec C.P. 71700, Municipio Santiago Jamiltepec, Oaxaca	12	15
HR Matías Romero Avendaño	Matias Romero Avendaño C.P. 70300, Municipio Matias Romero Avendaño, Oaxaca	15	18
HR Santiago Juxtlahuaca	Santiago Juxtlahuaca C.P. 69700, Municipio Santiago Juxtlahuaca, Oaxaca	12	15
HR Huautla De Jiménez	Huautla De Jimenez C.P. 68500, Municipio Huautla De Jimenez, Oaxaca	12	15
HR Miahuatlán De Porfirio Díaz	Miahuatlan De Porfirio Diaz C.P. 70805, Municipio Miahuatlan De Porfirio Diaz, Oaxaca	15	18
HR Heroica Ciudad De Tlaxiaco	Heroica Ciudad De Tlaxiaco C.P. 69800, Municipio Heroica Ciudad De Tlaxiaco, Oaxaca	15	18
HR Heroica Ciudad De Huajuapán De León	Heroica Ciudad De Huajuapán De León C.P. 69000, Municipio Heroica Ciudad De Huajuapán De León, Oaxaca	15	18
HR San Ildefonso Villa	San Ildefonso Villa Alta C.P. 68800, Municipio San Ildefonso Villa Alta, Oaxaca	6	10



Alta			
	TOTAL	327	400

NOTA: El licitante es libre de ofertar bombas de infusión de 1, 2 o 3 líneas por equipo, siempre y cuando cumpla con el número total de líneas solicitado. En caso de que el licitante oferte bombas de infusión con más de 3 líneas por bomba, se considerara a cada equipo como de 3 líneas. En caso de que la propuesta del proveedor incluya bombas de infusión de 2 o 3 líneas y la unidad médica requiera una configuración diferente a la propuesta por el licitante (número de equipos según líneas solicitadas), el proveedor adjudicado deberá realizar el cambio de tipo de bomba y/o aumentar en el número de líneas suministradas, previa autorización por escrito del Director de la Unidad Médica y el Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas, el cual no podrá exceder de del máximo de líneas totales en la delegación.

En caso de robo de algún equipo/instrumento propiedad del licitante ganador, el Instituto solo se compromete a levantar ante las autoridades competentes y ministerio público federal las actas que constaten los hechos y turnar una copia al licitante ganador, sin embargo, será responsabilidad exclusiva del proveedor gestionar el seguro por robo y reponer en un plazo de 15 días naturales el bien robado al Instituto.



ANEXO 7

ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA DE ENTREGA, RECEPCION, INSTALACION, PUESTA EN OPERACIÓN Y CAPACITACION DE BIENES DE INVERSION

Número consecutivo de acta: ____ año: ____
Hoja ____ de ____

En la Ciudad de _____, siendo las _____ horas del día: ____ del mes: ____ del año _____, en la Unidad Médica _____, en presencia de los servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social y el(los) representante(s) de la empresa _____, se levanta la presente acta a fin de hacer constar la RECEPCIÓN, INSTALACION, PUESTA EN OPERACIÓN Y CAPACITACION DEL(LOS) BIEN(ES) con las especificaciones que se detallan a continuación:

(NOTA IMPORTANTE: En caso de detectarse algún incumplimiento o circunstancia que impida la recepción a entera satisfacción del instituto, de acuerdo a lo establecido en el contrato que ampara la adquisición del bien, deberá procederse al levantamiento del Acta Circunstanciada de Rechazo de los bienes).

I. Descripción general del(los) bien(es) recibidos:

Equipo							
Nombre	Marca	Modelo	Número serie	Cantidad	Clave SAI	Clave PREI	Servicio de ubicación final del equipo

Equipos Accesorios*					
Nombre	Marca	Modelo	Número serie	Cantidad	Servicio de ubicación final del equipo

(*)Son todos los equipos acompañan al equipo principal para su funcionamiento Ejemplo: Un tomógrafo se acompaña de una estación de trabajo, inyector de medio de contraste, impresora de placas, etc., siendo estos últimos equipos accesorios.

Proceso de adquisición:	Contrato Número:	Fincado a la empresa:	Domicilio de la empresa:	Teléfono de la empresa:	Correo electrónico de la empresa:

Se procedió a la verificación de los siguientes aspectos, de conformidad con el contrato de referencia:

A. Documentación recibida.



La documentación recibida por parte del proveedor corresponde íntegramente a lo siguiente:

- Copias del pedido o contrato, incluyendo la totalidad de sus anexos.
- Original y nueve copias de la remisión.
- Listado en el que se detallan las características del empaque, dimensiones, peso y contenido.

Observaciones: _____

Por lo que revisado lo anterior, se procedió a recibir el embarque y se verifican las condiciones de empaque y embalaje siguientes:

B. Condiciones de los empaques y embalaje verificadas:

- Que las condiciones físicas corresponden a la lista de empaque.
- Que los sellos de origen se encuentran íntegros y no se encuentran empaques rotos, mojados o daños por mal manejo.
- Que no presenta daños a simple vista.
- Que las condiciones físicas corresponden a la lista de empaque.
- La cantidad de pallets o tarimas y/o cajas y/o bultos
- No existe diferencia en peso, dimensiones y material de empaque.
- Que las condiciones físicas corresponden a la documentación presentada.
- Que los empaques no se encuentran mojado(s) y/o roto(s).
- Presenta buenas condiciones de manejo, verticalidad, fragilidad y humedad.
- La actividad se realiza de acuerdo a lo determinado por el fabricante.

Observaciones: _____

Una vez realizada la verificación anterior y encontrándose que el bien en buen estado se procedió a la instalación del bien entregado, bajo las siguientes especificaciones:

C. Apertura del embarque, instalación y verificación de(los) bien(es).

- Existe la debida correspondencia y concordancia entre lo adquirido y lo entregado en cuanto la cantidad, marca(s) y modelo(s).
- La actividad se realiza de acuerdo a lo determinado por el fabricante.
- La instalación se realiza conforme lo especificado en la guía mecánica, que contiene los requerimientos eléctricos, mecánicos, hidráulicos, sanitarios, espacios físicos y en su caso, instalaciones especiales indicadas, así como de acuerdo a las condiciones del contrato, contemplando todas las acciones requeridas.
- Los C. _____ y C. _____, de forma conjunta con el representante facultado del proveedor, verifican todas y cada una de las características y especificaciones contenidas en el contrato, descritas en la cédula de descripción de artículo (incluyendo en su caso software, accesorios, hardware, etc.) y demás apartados del referido instrumento legal, contra las que cuentan físicamente los bienes entregados.
- Se procedió a la verificación del correcto funcionamiento y operación del bien instalado.

Observaciones: _____

NOTA: en caso de no aplicar alguno de éstos procesos porque no se encuentran contemplados en el contrato respectivo, especificarlo claramente en este apartado.

En relación con los siguientes rubros a verificar, se hace constar lo siguiente:

D. Capacitación y entrega de información de operación y servicio.



- La capacitación se lleva a cabo conforme a un plan previamente establecido a satisfacción del instituto, quedando el proveedor comprometido a desarrollar e impartir un segundo programa dentro del término de la vigencia de la garantía, a solicitud del instituto.

El resumen de los resultados del programa se presenta en el siguiente cuadro.

Personal operativo	No. de capacitados	Fecha	
		Inicio	Término
Medico			
Técnico			
Enfermería			
Servicios básicos			
Especializado en mantenimiento			
Otro			

Observaciones:

- El personal de la unidad médica de que se trate recibe la información de operación y servicio de los bienes recibidos, así como licenciamientos de software, aplicativos de configuración y claves de acceso del equipo para uso irrestricto del Instituto, debiendo corresponder por lo menos a lo que a continuación se describe:
 - Dos juegos de manuales de operación del equipo principal y de sus equipos accesorios para cada Área usuaria de la unidad.
 - Un juego de manuales de operación del equipo principal y de sus equipos accesorios para el Área de conservación de la unidad.
 - Un juego de manuales de servicio completo del equipo principal y de sus equipos accesorios para el Área de conservación de la unidad.
 - Un juego de manuales de operación del equipo principal y de sus equipos accesorios preferentemente en formato digital para el Área de Ingeniería Biomédica de la unidad o delegacional.
 - Un juego de manuales de servicio completo del equipo principal y de sus equipos accesorios preferentemente en formato digital para el Área de Ingeniería Biomédica de la unidad o delegacional.
 - Un juego de software, aplicativos de configuración y claves de acceso del equipo principal y de sus equipos accesorios para el Área de conservación de la unidad.
 - Un juego de software, aplicativos de configuración y claves de acceso del equipo principal y de sus equipos accesorios para el Área de Ingeniería Biomédica de la unidad o delegacional.

Dichos manuales se relacionan a continuación:

Título	Referencia	Anexos	Tipo

NOTA: en caso de no aplicar alguno de éstos procesos porque no se encuentran contemplados en el contrato respectivo, especificarlo claramente en este apartado.

Adicionalmente a la documentación señalada al inicio de la presente, se anexa la documentación siguiente:



1. Original del programa de mantenimiento con todas sus fechas y rutinas a realizar conforme al manual del fabricante.
2. Original de constancia de la instalación.
3. Documental comprobatorio de la capacitación otorgada al personal de Instituto.

NOTA: en caso de no aplicar alguno de éstos procesos porque no se encuentran contemplados en el contrato respectivo, especificarlo claramente en este apartado.

Se levanta la presente acta y se hace constar que el bien(es) descrito(s) queda(n) en poder del Instituto.

No habiendo otro asunto que hacer constar, se levanta la presente a las ____ horas del día de su inicio, firmando por triplicado la presente al calce y al margen en original, los que intervinieron en el presente evento y que se encuentran debidamente facultados, quedando un original en poder de la Unidad de Destino Final del(os) bien(es) para el expediente respectivo y hace entrega de dos tantos al proveedor, y se procede a enviar copia simple al Administrador del Contrato, al Área Adquirente para su conocimiento y para los efectos legales y administrativos correspondientes, así como copia simple a la Coordinación Normativa de nivel central que en su caso, haya participado como área técnica de acuerdo al contrato de que se trate para su conocimiento.

FIRMANTES

NOTA

Director o Administrador o Responsable
Administrativo del Control de Bienes de la Unidad de
Destino Final del(os) bien(es)
Nombre, firma y matrícula

Responsable del área usuaria del(os) bien(es)
Nombre, firma y matrícula

Responsable del área de Conservación de la
Unidad de Destino Final del(os) bien(es)
Nombre, firma y matrícula

Representante(s) Legal del Proveedor asignado
y facultado para la entrega del(os) bien(es)
Nombre, firma y No. de Identificación

IMPORTANTE: EL PRESENTE FORMATO CONTIENE LO MÍNIMO INDISPENSABLE QUE DEBE CONTENER EL ACTA CIRCUNSTANCIADA, EL CUAL ÚNICAMENTE TIENE CARÁCTER ORIENTATIVO MÁS NO LIMITATIVO, PARA LAS ÁREAS RESPONSABLES DE SU ELABORACIÓN.



En la Ciudad de _____, siendo las _____ horas del día: _____ del mes: _____ del año _____, en la Unidad Médica _____, en presencia de los servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social y el(los) representante(s) de la empresa _____, se levanta la presente acta a fin de hacer constar la RECEPCIÓN, INSTALACION, PUESTA EN OPERACIÓN Y CAPACITACION DEL(LOS) BIEN(ES) con las especificaciones que se detallan a continuación:

(NOTA IMPORTANTE: En caso de detectarse algún incumplimiento o circunstancia que impida la recepción a entera satisfacción del instituto, de acuerdo a lo establecido en el contrato que ampara la adquisición del bien, deberá procederse al levantamiento del Acta Circunstanciada de Rechazo de los bienes).

I. Descripción general del(los) bien(es) recibidos:

Equipo							
Nombre ¹	Marca	Modelo	Número serie	Cantidad	Clave SAI	Clave PREI	Servicio de ubicación final del equipo ²

Equipos Accesorios ³					
Nombre ⁴	Marca	Modelo	Número serie	Cantidad	Servicio de ubicación final del equipo

(*)Son todos los equipos acompañan al equipo principal para su funcionamiento Ejemplo: Un tomógrafo se acompaña de una estación de trabajo, inyector de medio de contraste, impresora de placas, etc., siendo estos últimos equipos accesorios.

Proceso de adquisición: ⁵	Contrato Número: ⁶	Fincado a la empresa: ⁷	Domicilio de la empresa: ⁸	Teléfono de la empresa: ⁹	Correo electrónico de la empresa: ¹⁰

Se procedió a la verificación de los siguientes aspectos, de conformidad con el contrato de referencia:

A. Documentación recibida.

La documentación recibida por parte del proveedor corresponde íntegramente a lo siguiente:

1. Copias del pedido o contrato, incluyendo la totalidad de sus anexos.
2. Original y nueve copias de la remisión.
3. Listado en el que se detallan las características del empaque, dimensiones, peso y contenido



Observaciones: _____

Por lo que revisado lo anterior, se procedió a recibir el embarque y se verifican las condiciones de empaque y embalaje siguientes:

B. Condiciones de los empaques y embalaje verificadas:

- Que las condiciones físicas corresponden a la lista de empaque.
- Que los sellos de origen se encuentran íntegros y no se encuentran empaques rotos, mojados o daños por mal manejo.
- Que no presenta daños a simple vista.
- Que las condiciones físicas corresponden a la lista de empaque.
- La cantidad de pallets o tarimas y/o cajas y/o bultos
- No existe diferencia en peso, dimensiones y material de empaque.
- Que las condiciones físicas corresponden a la documentación presentada.
- Que los empaques no se encuentran mojado(s) y/o roto(s).
- Presenta buenas condiciones de manejo, verticalidad, fragilidad y humedad.
- La actividad se realiza de acuerdo a lo determinado por el fabricante.

Observaciones: 11 _____

Una vez realizada la verificación anterior y encontrándose que el bien en buen estado se procedió a la instalación del bien entregado, bajo las siguientes especificaciones:

C. Apertura del embarque, instalación y verificación de(los) bien(es).

- Existe la debida correspondencia y concordancia entre lo adquirido y lo entregado en cuanto la cantidad, marca(s) y modelo(s).
- La actividad se realiza de acuerdo a lo determinado por el fabricante.
- La instalación se realiza conforme lo especificado en la guía mecánica, que contiene los requerimientos eléctricos, mecánicos, hidráulicos, sanitarios, espacios físicos y en su caso, instalaciones especiales indicadas, así como de acuerdo a las condiciones del contrato, contemplando todas las acciones requeridas.
- Los C. _____ y C. _____, de forma conjunta con el representante facultado del proveedor, verifican todas y cada una de las características y especificaciones contenidas en el contrato, descritas en la cédula de descripción de artículo (incluyendo en su caso software, accesorios, hardware, etc.) y demás apartados del referido instrumento legal, contra las que cuentan físicamente los bienes entregados.
- Se procedió a la verificación del correcto funcionamiento y operación del bien instalado.

Observaciones: 11 _____

NOTA: en caso de no aplicar alguno de estos procesos porque no se encuentran contemplados en el contrato respectivo, especificarlo claramente en este apartado.

En relación con los siguientes rubros a verificar, se hace constar lo siguiente:

D. Capacitación y entrega de información de operación y servicio.



- La capacitación se lleva a cabo conforme a un plan previamente establecido a satisfacción del instituto, quedando el proveedor comprometido a desarrollar e impartir un segundo programa dentro del término de la vigencia de la garantía, a solicitud del instituto.

El resumen de los resultados del programa se presenta en el siguiente cuadro.

13 Personal operativo	14 No. de capacitados	15 Duración	
		Inicio	Término
Medico			
Técnico			
Enfermería			
Servicios básicos			
Especializado en mantenimiento			
Otro			

Observaciones:

- El personal de la unidad médica de que se trate recibe la información de operación y servicio de los bienes recibidos, así como licenciamientos de software, aplicativos de configuración y claves de acceso del equipo para uso irrestricto del Instituto, debiendo corresponder por lo menos a lo que a continuación se describe:
 - Dos juegos de manuales de operación del equipo principal y de sus equipos accesorios para cada Área usuaria de la unidad.
 - Un juego de manuales de operación del equipo principal y de sus equipos accesorios para el Área de conservación de la unidad.
 - Un juego de manuales de servicio completo del equipo principal y de sus equipos accesorios para el Área de conservación de la unidad.
 - Un juego de manuales de operación del equipo principal y de sus equipos accesorios preferentemente en formato digital para el Área de Ingeniería Biomédica de la unidad o delegacional.
 - Un juego de manuales de servicio completo del equipo principal y de sus equipos accesorios preferentemente en formato digital para el Área de Ingeniería Biomédica de la unidad o delegacional.
 - Un juego de software, aplicativos de configuración y claves de acceso del equipo principal y de sus equipos accesorios para el Área de conservación de la unidad.
 - Un juego de software, aplicativos de configuración y claves de acceso del equipo principal y de sus equipos accesorios para el Área de Ingeniería Biomédica de la unidad o delegacional.

Dichos manuales se relacionan a continuación:

16 No.	17 Descripción	18 Asignación	19 Tipo

NOTA: en caso de no aplicar alguno de éstos procesos porque no se encuentran contemplados en el contrato respectivo, especificarlo claramente en este apartado.



Adicionalmente a la documentación señalada al inicio de la presente, se anexa la documentación siguiente:

4. Original del programa de mantenimiento con todas sus fechas y rutinas a realizar conforme al manual del fabricante.
5. Original de constancia de la instalación.
6. Documental comprobatorio de la capacitación otorgada al personal de Instituto.

NOTA: en caso de no aplicar alguno de éstos procesos porque no se encuentran contemplados en el contrato respectivo, especificarlo claramente en este apartado.

Se levanta la presente acta y se hace constar que el bien(es) descrito(s) queda(n) en poder del Instituto.

No habiendo otro asunto que hacer constar, se levanta la presente a las ____ horas del día de su inicio, firmando por triplicado la presente al calce y al margen en original, los que intervinieron en el presente evento y que se encuentran debidamente facultados, quedando un original en poder de la Unidad de Destino Final del(os) bien(es) para el expediente respectivo y hace entrega de dos tantos al proveedor, y se procede a enviar copia simple al Administrador del Contrato, al Área Adquirente para su conocimiento y para los efectos legales y administrativos correspondientes, así como copia simple a la Coordinación Normativa de nivel central que en su caso, haya participado como área técnica de acuerdo al contrato de que se trate para su conocimiento.

FIRMANTES

NOTA

Director o Administrador o Responsable
Administrativo del Control de Bienes de la
Unidad de Destino Final del(os) bien(es)
Nombre, firma y matrícula

Responsable del área usuaria del(os) bien(es)
Nombre, firma y matrícula

Responsable del área de Conservación de la
Unidad de Destino Final del(os) bien(es)
Nombre, firma y matrícula

Representante(s) Legal del Proveedor asignado
y facultado para la entrega del(os) bien(es)
Nombre, firma y No. de Identificación

IMPORTANTE: EL PRESENTE FORMATO CONTIENE LO MÍNIMO INDISPENSABLE QUE DEBE CONTENER EL ACTA CIRCUNSTANCIADA, EL CUAL ÚNICAMENTE TIENE CARÁCTER ORIENTATIVO MÁS NO LIMITATIVO, PARA LAS ÁREAS RESPONSABLES DE SU ELABORACIÓN.

No.	Dato	Anotar
1	Nombre	Nombre completo del equipo principal
2	Servicio de ubicación final del equipo	Lugar definitivo dentro de la unidad en donde se ubicará y estará operando el equipo



3	Equipos accesorios	Son todos los equipos acompañan al equipo principal para su funcionamiento Ejemplo: Un tomógrafo se acompaña de una estación de trabajo, inyector de medio de contraste, impresora de placas, etc., siendo estos últimos equipos accesorios
4	Nombre	Nombre de todos los equipos accesorios
5	Proceso de adquisición	Número de licitación o adjudicación
6	Contrato Número	Número de contrato que ampara la adquisición del bien recibido
7	Fincado a la empresa	Nombre completo de la empresa adjudicada
8	Domicilio de la empresa	Dirección oficial completa de la empresa adjudicada
9	Teléfono de la empresa	Número telefónico oficial de la empresa
10	Correo electrónico de la empresa	Correo electrónico oficial de la empresa
11	Observaciones	Consignar cualquier situación que por obligación de los responsables deba reportarse
12	Los C. _____ y C. _____, ...	Nombre(s) de él(los) responsable(s) de verificar el o los bienes en el presente acto de entrega recepción
13	Personal operativo	Se refiere a la categoría del personal que tomó la capacitación
14	No. de capacitados	Número de personas que tomaron de principio a fin la capacitación del manejo del equipo, de acuerdo a su categoría y profesigramas
15	Fecha	Fecha de inicio y termino de capacitación, según sea el caso de cada categoría
16	Título	Nombre del manual, el cual generalmente coincide con el nombre del equipo para el cual fue diseñado
17	Referencia	Número que otorga el fabricante al manual
18	Anexos	Número de anexos (en caso de que el manual cuente con ellos)
19	Tipo	Especificar a quien va dirigido el manual, por ejemplo: usuario, área médica o administrativa, servicio, mantenimiento, lista de partes, diagramas, etc.



ANEXO 8

"Cédula de Recepción de equipos"

PARTIDA: _____
UNIDAD MÉDICA: _____
PROVEEDOR: _____
NO. DE CONTRATO: _____
FECHA DE FALLO: _____
FECHA DE INICIO Y TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO: _____

NOMBRE DEL EQUIPO (DE ACUERDO CON EL ANEXO 4) _____
Marca y modelo: _____

- 1.- REMISIÓN DE ENTREGA No. _____
- 2.- FECHA DE RECEPCIÓN DEL (LOS) EQUIPO(S) A ENTERA SATISFACCIÓN DEL JEFE DE SERVICIO, JEFE DE FINANZAS Y DEL JEFE DE CONSERVACIÓN DÍA _____ MES _____ AÑO _____
- 3.- MARCA¹: _____
- 4.- MODELO¹: _____
- 5.- PAQUETE DE ESTUDIOS QUE REALIZA EL EQUIPO: _____:

¹ LAS CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS SERÁN LAS MISMAS QUE FUERON ACEPTADAS DURANTE LA JUNTA DE ACLARACIÓN A LA CONVOCATORIA, EN LA PROPUESTA TÉCNICA DEL LICITANTE Y ACEPTADAS DURANTE EL PROCESO DE EVALUACIÓN.

- 6.- NÚMERO(S) DE SERIE: _____
 - 7.- CLAVE DE CUADRO BÁSICO INSTITUCIONAL "EN CASO DE CONTAR CON UNA": _____
 - 8.- FECHA DE ÚLTIMO MANTENIMIENTO _____
 - 9.- TELÉFONO PARA SOLICITAR SOPORTE TÉCNICO _____ -
- OBSERVACIÓN: _____

EN EL CASO DE QUE EXISTA DIFERENCIA DE LOS DATOS DE LA LISTA DE COTEJO DE LA RECEPCIÓN O ÉSTOS NO CORRESPONDAN A LOS CONTENIDOS EN EL CONTRATO O QUE NO SE ENCUENTREN EN PLENA CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO O NO SE ENCUENTRE DENTRO DE LO SOLICITADO O SE IDENTIFIQUE RIESGO POTENCIAL PARA LOS USUARIOS Y LOS PACIENTES SE LEVANTARÁ UN ACTA INFORMATIVA, DONDE SE DESCRIBA DETALLADAMENTE LA SITUACIÓN QUE MOTIVA LA NO RECEPCIÓN POR PARTE DEL INSTITUTO.

NOMBRE Y FIRMA
JEFE O ENCARGADO DEL
LABORATORIO CLÍNICO

NOMBRE Y FIRMA
ADMINISTRADOR DE LA
UNIDAD MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA
REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO



ANEXO 9

FORMATO PARA SEÑALAR DOMICILIO LEGAL PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ACTO JURÍDICO.

MEMBRETE O LOGOTIPO DEL PROVEEDOR.

FECHA: _____.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
PRESENTE:

Con relación al proceso de _____-2026 inherente a la _____. El
C. _____ Representante legal de la empresa _____ Señaló como domicilio legal para todos los
efectos de este acto jurídico el ubicado en:

Calle: _____, Número: _____, Col. _____, Municipio o delegación: _____, Código Postal: _____, Estado:
_____.

Teléfono (s) fijo(s) del proveedor: _____.
Fax: _____.
Correo electrónico: _____.
Teléfono Celular del representante legal: _____.
Localizador del representante legal: _____.

Relación del personal encargado de la recepción, confirmación y otorgamiento de número de folio de los requerimientos:
_____.

Asimismo, y como representante legal me comprometo a dar respuesta en forma inmediata las 24 hrs. Todos los días de la semana, incluyendo sábados y domingos, así como días festivos durante toda la vigencia del contrato, en caso de que no se encontraran las personas autorizadas antes señaladas o que estas no dieran respuesta de envío de los bienes solicitados en el tiempo establecido, asimismo en caso de extravío, o cambio de número del teléfono celular o localizador, me comprometo a notificarlo en forma inmediata a los jefes de conservación de unidad y al administrador del contrato.

**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL (PERSONA MORAL)/ NOMBRE Y FIRMA DE LA
PERSONA FÍSICA.**



ANEXO 10 AUTORIZACIÓN DE DEDUCCIÓN

Fecha:_____.

COTIZACIÓN._____.

PRESENTE:

C._____ Representante legal de la empresa_____ manifiesto lo siguiente:

Autorizo al Instituto Mexicano del Seguro Social a que, en caso de que mi representada no diera cumplimiento por causas injustificadas y atribuibles a mi empresa con la realización del servicio contratado, en tiempo y forma conforme al programa calendarizado, atender un servicio mal realizado, atender un servicio fuera de programación que se me haya solicitado y/o no atender al requerimiento realizado por algún residente de conservación de unidad a través de los medios autorizados como son vía correo electrónico, telefónico o fax a tomar las siguientes acciones:

“EL INSTITUTO” puede realizar los servicios solicitados con un tercero al precio que este lo tenga en el mercado, y mi representada se hará cargo del pago directo al tercero que se le hayan contratado los servicios y en caso de no cubrir el pago en el tiempo otorgado por el tercero también autorizo a “EL INSTITUTO” a que dicho importe me sea deducido de las facturas que mi representada presente para cobro de servicios que si hayan sido realizados.

Atte.

Representante legal.



ANEXO 11

DESCRIPCIÓN AMPLIA Y DETALLADA DE LOS BIENES

PROPOSICIÓN TÉCNICA.

PROCEDIMIENTO No. N°.

FECHA: FAB. (). DIST. (). No. DE PREI IMSS:

NOMBRE DEL LICITANTE: DOMICILIO:

TEL.: FAX: R. F. C.: CORREO ELECTRÓNICO:

(de la empresa participante):

ESTRATIFICACIÓN: MICRO () PEQUEÑA () MEDIANA ()
GRANDE ()

No. de partida	Clave SAI					Descripción	Unidad de medida	Cantidad de la Presentación	Tipo de Presentación	Marca	Modelo	Nacionalidad o país de origen	Fabricante	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima
	Gpo	Gen	Esp	Dif	Var										

NOMBRE:

CARGO:

FIRMA: