 <p>GOBIERNO DE MÉXICO IMSS</p>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p> <p>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p>Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p>CONTRATO No. D22SEI2224</p> <p>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</p> <p>No. AA-050GYR006-E182-2022</p> <p>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
--	---	---

CONTRATO NO. D22SEI2224

CONTRATO ABIERTO PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA), QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "EL INSTITUTO", REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR LA DRA. MARÍA AURORA TREVIÑO GARCÍA, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA DEL IMSS EN PUEBLA Y REPRESENTANTE LEGAL DE "EL INSTITUTO", Y POR LA OTRA, LA EMPRESA MEDICA SANTA CARMEN, S.A.P.I. DE C.V. (PARTICIPANTE A), REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL C. ANDRÉS CRISTÓBAL GUTIÉRREZ KATZE, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL Y EN PARTICIPACIÓN CONJUNTA CON MEDIGRAFICOS, S.A. DE C.V. (PARTICIPANTE B), REPRESENTADA POR LA C. ANDREA LÓPEZ SAINZ VELASCO, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, Y FRESENIUS MEDICAL CARE DE MÉXICO, S.A. DE C.V. (PARTICIPANTE C) REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR LA C. YASMIN GARCÍA LUNA, EN SU CARÁCTER DE APODERADA LEGAL, A QUIENES EN LO SUCESIVO EN FORMA CONJUNTA O INDIVIDUALMENTE SE LES DENOMINARÁ "EL PRESTADOR DEL SERVICIO", DE CONFORMIDAD CON LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

### DECLARACIONES

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

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


I.3.- LA DRA. MARÍA AURORA TREVIÑO GARCÍA, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA DEL IMSS EN PUEBLA Y REPRESENTANTE LEGAL, PERSONALIDAD QUE ACREDITA CON EL INSTRUMENTO NÚMERO NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE, DEL LIBRO DOS MIL SETECIENTOS VEINTICUATRO, DE FECHA DE PASE A PROTOCOLO TRECE DE FEBRERO DEL DOS MIL VEINTE Y FIRMADO EL CATORCE DE FEBRERO DEL MISMO AÑO, OTORGADO ANTE LA FE DEL LICENCIADO LUIS RICARDO DUARTE GUERRA, TITULAR DE LA NOTARÍA NÚMERO VEINTICUATRO, DE LA CIUDAD DE MÉXICO, ACTUANDO COMO ASOCIADO EN EL PROTOCOLO DE LA NOTARÍA NÚMERO NOVENTA Y OCHO, DE LA QUE ES TITULAR EL LICENCIADO GONZALO M. ORTIZ BLANCO, SE HIZO CONSTAR EL PODER GENERAL, QUE OTORGÓ EL "INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL", A "EL PODERDANTE" O "EL INSTITUTO" REPRESENTADO POR EL LICENCIADO ANTONIO PÉREZ FONTICOPA, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DE LA DIRECCIÓN JURÍDICA DE DICHO ORGANISMO, EN FAVOR DE "...MARÍA AURORA TREVIÑO GARCÍA, COMO TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL EN PUEBLA...", EN CUMPLIMIENTO AL ACUERDO NÚMERO ACDO.DN.HCT.150120/21.P.DG (ACDO PUNTO DN PUNTO HCT PUNTO UNO CINCO CERO UNO DOS CERO DIAGONAL DOS UNO PUNTO P PUNTO DG), DICTADO POR EL HONORABLE CONSEJO TÉCNICO DEL "INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL", EN SESIÓN EXTRAORDINARIA CELEBRADA EL DÍA QUINCE DE ENERO DOS MIL VEINTE, SURTIENDO EFECTOS A PARTIR DEL QUINCE DE FEBRERO DE DOS MIL VEINTE, REFERIDO INSTRUMENTO NOTARIAL INSCRITO EN EL REGISTRO PÚBLICO DE ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS MEDIANTE FOLIO NÚMERO 97-7-19022020-145637, Y MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LAS FACULTADES QUE LE FUERON CONFERIDAS NO LE HAN SIDO REVOCADAS, MODIFICADAS NI RESTRINGIDAS EN FORMA ALGUNA.

I.4.- LA C.P. DILIAM MONTAÑO HERNÁNDEZ, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DE "EL INSTITUTO", INTERVIENE EN LA FIRMA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO COMO ÁREA CONTRATANTE EN EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL No. AA-050GYR006-E182-2022, DEL CUAL SE DERIVA EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 2 FRACCIÓN I DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y NUMERAL 5.3.8 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DE "EL INSTITUTO".

I.5.- EL DR. ULISES CRUZ APANCO, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS DE "EL INSTITUTO", INTERVIENE EN LA FIRMA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO COMO ÁREA REQUIRENTE EN EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL No. AA-050GYR006-E182-2022, DEL CUAL SE DERIVA ESTE CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2 FRACCIÓN II DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, NUMERAL 4.24 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DE "EL INSTITUTO".

I.6.- EL DR. JOSE GERMAN SANTILLANA ARCE, EN SU CARÁCTER DE ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DEL H.G.Z. No. 20, Y EL DR. VÍCTOR MARTÍNEZ AHUEJOTE, EN SU CARÁCTER DE COORDINADOR CLÍNICO DE LA U.M.A.A. DE "EL INSTITUTO", INTERVIENEN EN LA FIRMA COMO ADMINISTRADORES DE CONTRATO, RESPONSABLES DE DAR SEGUIMIENTO Y VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL PENÚLTIMO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 84 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES,

Recibi contra to original 3 agosto 2022

 <p>GOBIERNO DE MÉXICO</p> <p>IMSS</p>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p> <p>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p>Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p>CONTRATO No. D22SEI2224</p> <p>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</p> <p>No. AA-050GYR006-E182-2022</p> <p>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	---	---

ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, ASÍ COMO LOS NUMERALES 5.3.15 Y 5.4.13 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DE "EL INSTITUTO", ANEXO 2 (DOS).

I.7.- LA DRA. GLORIA CASTILLO RODRÍGUEZ EN SU CARÁCTER DE COORDINADORA AUXILIAR DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL SEGUNDO DE "EL INSTITUTO", INTERVIENE EN LA FIRMA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO COMO ÁREA TÉCNICA, EN EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL No. AA-050GYR006-E182-2022, DEL CUAL SE DERIVA ESTE CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2 FRACCIÓN III DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, NUMERAL 5.3.9 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DE "EL INSTITUTO".

I.8.- QUE, PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS FUNCIONES Y LA REALIZACIÓN DE SUS ACTIVIDADES, REQUIERE DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA).

I.9.- PARA CUBRIR LAS EROGACIONES QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO, CUENTA CON LOS RECURSOS DISPONIBLES SUFICIENTES, NO COMPROMETIDOS EN LA CUENTA 42061604 (SUBROGACIÓN DE HEMODIÁLISIS EXTRAMUROS), DE CONFORMIDAD CON EL CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO NÚMERO 0000019009-2022 DE FECHA 20 DE ABRIL DE 2022.

I.10.- EL PRESENTE CONTRATO ES ADJUDICADO A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL No. AA-050GYR006-E182-2022, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR EL 134 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, ASÍ COMO EN LOS ARTÍCULOS 2 FRACCIÓN X, 26 FRACCIÓN III, 40, 41 FRACCIÓN II Y 47 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, ARTÍCULOS, 71 Y 72 FRACCIÓN V DE SU REGLAMENTO.

I.11. CON FECHA 13 DE MAYO DE 2022, LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA DEL IMSS EN PUEBLA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EMITIÓ EL ACTA DE FALLO DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN MENCIONADO EN LA DECLARACIÓN QUE ANTECEDE, RESULTANDO ADJUDICADO "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" CON LAS PARTIDAS QUE SE INDICAN EN EL ANEXO 1 (UNO).

I.12.- DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 45 PENÚLTIMO PÁRRAFO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 81 FRACCIÓN IV, DE SU REGLAMENTO, EN CASO DE DISCREPANCIA ENTRE EL CONTENIDO DE LA CONVOCATORIA Y EL PRESENTE INSTRUMENTO, PREVALECE LO ESTABLECIDO EN LA CONVOCATORIA.

I.13.- SEÑALA COMO DOMICILIO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES DE ESTE ACTO JURÍDICO EL UBICADO EN CALLE 4 NORTE NO. 2005, COL. CENTRO, C.P. 72000, PUEBLA, PUE.

II.- "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DECLARA POR CONDUCTO DE SU(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES) QUE:


MEDICA SANTA CARMEN, S.A.P.I. DE C.V. (PARTICIPANTE A)

II.1.- ES UNA SOCIEDAD MERCANTIL, LEGALMENTE CONSTITUIDA CONFORME A LAS LEYES DE LA REPÚBLICA MEXICANA, TAL Y COMO LO ACREDITA CON LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 74,560, DE FECHA 01 DE MARZO DE 2011, PROTOCOLIZADA ANTE LA FE DEL NOTARIO PÚBLICO NÚMERO 10, DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO, LIC ERICK ESPINOSA RIVERA, INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO, BAJO EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO 41147-1, DE FECHA 04 DE ABRIL DE 2011.

POR LO QUE, MEDIANTE ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 79,659 DE FECHA 03 DE JULIO DE 2013, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. ERICK ESPINOSA RIVERA, TITULAR DE LA NOTARÍA PÚBLICA NÚMERO 10, DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO, BAJO EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO 41147-1, DE FECHA 25 DE JULIO DE 2013, SE HIZO CONSTAR EL CAMBIO DE DENOMINACIÓN SOCIAL A MEDICA SANTA CARMEN, S.A.P.I. DE C.V.

II.2.- SE ENCUENTRA REPRESENTADA PARA LA CELEBRACIÓN DE ESTE CONTRATO, POR EL C. ANDRÉS CRISTÓBAL GUTIÉRREZ KATZE, QUIEN ACREDITA SU PERSONALIDAD EN TÉRMINOS DE LA ESCRITURA PÚBLICA 79,659, DE FECHA 03 DE JULIO DE 2013, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. ERICK ESPINOSA RIVERA, TITULAR DE LA NOTARÍA PÚBLICA NÚMERO 10, DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO, Y MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LAS FACULTADES QUE LE FUERON CONFERIDAS NO LE HAN SIDO REVOCADAS, MODIFICADAS NI RESTRINGIDAS EN FORMA ALGUNA.

II.3.- DE ACUERDO CON SUS ESTATUTOS, SU OBJETO SOCIAL CONSISTE EN: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES, CONSULTA EXTERNA E INTERNA, ANÁLISIS CLÍNICOS, TRATAMIENTO DE DIÁLISIS, Y HEMODIÁLISIS, REALIZACIÓN DE RAYOS X, ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITALIZACIÓN DE PERSONAS EN TODAS SUS RAMAS, ENTRE OTRAS.

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Jefatura de Servicios Administrativos</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. D22SEI2224</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b></p>
---	---	---

II.4.- LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO LE OTORGÓ EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO **MSC-110301-8G8**; ASIMISMO, CUENTA CON NÚMERO DE PROVEEDOR **0000121757**, Y REGISTRO PATRONAL ANTE ESTE INSTITUTO No. [REDACTED]

II.5.- MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, NO ENCONTRARSE EN LOS SUPUESTOS DE LOS ARTÍCULOS 50 Y 60 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

II.6.- SUS TRABAJADORES SE ENCUENTRAN INSCRITOS EN EL RÉGIMEN OBLIGATORIO DEL SEGURO SOCIAL Y AL CORRIENTE EN EL PAGO DE LAS CUOTAS OBRERO PATRONALES A QUE HAYA LUGAR, CONFORME A LO DISPUESTO EN LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, EXHIBIENDO PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO CONSTANCIAS DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL DEBIDAMENTE EMITIDAS POR "EL INSTITUTO".

ASIMISMO, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" MANIFIESTA QUE DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 40 B, ÚLTIMO PÁRRAFO, DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, EN EL SUPUESTO DE QUE DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO SE GENEREN CUENTAS POR LIQUIDAR A SU CARGO, LÍQUIDAS Y EXIGIBLES A FAVOR DE "EL INSTITUTO", DERIVADAS DEL INCUMPLIMIENTO A SUS OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL, AUTORIZA A "EL INSTITUTO" PARA QUE A TRAVÉS DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE FINANZAS, PREVIO AL PAGO DE CUALQUIER FACTURA LE SEAN APLICADOS COMO DESCUENTO EN LOS RECURSOS QUE LE CORRESPONDA PERCIBIR CON MOTIVO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, CONTRA LOS ADEUDOS QUE, EN SU CASO, TUVIERA POR CONCEPTO DE CUOTAS OBRERO PATRONALES.

II.7.- CUENTA CON EL DOCUMENTO CORRESPONDIENTE, VIGENTE, EXPEDIDO POR EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA (SAT), RELATIVO A LA OPINIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES, CONFORME A LO DISPUESTO POR LAS REGLAS 2.1.25, 2.1.29, Y 2.1.37 DE LA RESOLUCIÓN MISCELÁNEA FISCAL PARA 2022, PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 27 DE DICIEMBRE DE 2021, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 32 D, DEL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN, DEL CUAL PRESENTA COPIA A "EL INSTITUTO", PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO.

II.8.- CUENTA CON EL DOCUMENTO CORRESPONDIENTE, VIGENTE, EXPEDIDO POR "EL INSTITUTO" RELATIVO A LA OPINIÓN POSITIVA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL CONFORME AL ACUERDO ACDO-SA1.HCT.101214/281.P.DIR DICTADO POR EL H. CONSEJO TÉCNICO DEL "EL INSTITUTO" EN LA SESIÓN ORDINARIA CELEBRADA EL 10 DE DICIEMBRE DE 2014, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 27 DE FEBRERO DE 2015 Y SU MODIFICACIÓN MEDIANTE ACUERDO ACDO.SA1.HCT.250315/62.P.DJ PUBLICADO EN EL MISMO DE FECHA 03 DE ABRIL DE 2015, EL CUAL EXHIBE PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

II.9.- CUENTA CON EL DOCUMENTO VIGENTE EN SENTIDO POSITIVO, EXPEDIDO POR "EL INFONAVIT" RELATIVO A LA OPINIÓN POSITIVA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES EN MATERIA DE APORTACIONES PATRONALES Y ENTERO DE AMORTIZACIONES EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 5 Y 16 FRACCIÓN XIX DE LA LEY DEL INFONAVIT CON RELACIÓN AL ARTÍCULO 32 D DEL CÓDIGO FISCAL FEDERAL, Y SU MODIFICACIÓN, ACUERDO DEL H. CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEL INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES APROBADO MEDIANTE RESOLUCIÓN RCA-5789-01/17 TOMADA EN SU SESIÓN ORDINARIA NÚMERO 790, DE FECHA 25 DE ENERO DE 2017, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DE FECHA 28 DE JUNIO DE 2017, EL CUAL EXHIBE PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.


II.10.- MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE DISPONE DE LA ORGANIZACIÓN, EXPERIENCIA, ELEMENTOS TÉCNICOS, HUMANOS Y ECONÓMICOS NECESARIOS, ASÍ COMO LA CAPACIDAD SUFICIENTE PARA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES QUE ASUME CON "EL INSTITUTO" POR VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO.

II.11.- CONFORME A LO PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 57 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 107 DE SU REGLAMENTO, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO", EN CASO DE AUDITORÍAS, VISITAS O INSPECCIONES QUE PRACTIQUE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN "EL INSTITUTO" DEBERÁ PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN QUE EN SU MOMENTO SE LE REQUIERA, RELATIVA AL PRESENTE CONTRATO.

II.12. PARA LOS FINES Y EFECTOS LEGALES DE ESTE CONTRATO, SEÑALA COMO DOMICILIO EL UBICADO EN: AVENIDA PASEO JURICA 109 INTERIOR 5, COLONIA JURICA, CP 76100 SANTIAGO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO, TEL.- 44-23-25-08-36, 07-36 y 44-22-18-11-00, 218 0282, CORREO ELECTRÓNICO: [agutierrez@santacarmen.mx](mailto:agutierrez@santacarmen.mx), [svillanueva@santacarmen.mx](mailto:svillanueva@santacarmen.mx).

MEDIGRAFICOS, S.A. DE C.V. (PARTICIPANTE B)

II.2.1.- ES UNA SOCIEDAD MERCANTIL, LEGALMENTE CONSTITUIDA CONFORME A LAS LEYES DE LA REPÚBLICA MEXICANA, TAL Y COMO LO ACREDITA CON LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 12,056, DE FECHA 14 DE SEPTIEMBRE DE 2011, PROTOCOLIZADA ANTE LA FE DEL NOTARIO PÚBLICO NÚMERO 28, DE PUEBLA, PUEBLA, LIC VALENTÍN JORGE MENESES ROJAS, INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO, BAJO EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO 46756\*2, DE FECHA 15 DE FEBRERO DE 2012.

 <p>GOBIERNO DE MÉXICO IMSS</p>	<p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p>Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p>CONTRATO No. D22SEI2224</p> <p>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</p> <p>No. AA-050GYR006-E182-2022</p> <p>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
--	--	---

II.2.2.- SE ENCUENTRA REPRESENTADA PARA LA CELEBRACIÓN DE ESTE CONTRATO, POR LA C. ANDREA LÓPEZ SAINZ VELASCO, QUIEN ACREDITA SU PERSONALIDAD EN TÉRMINOS DE LA ESCRITURA PÚBLICA 12,907, DE FECHA 15 DE AGOSTO DE 2014, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. VALENTÍN JORGE MENESES ROJAS, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO 28, DE PUEBLA, PUEBLA, Y MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LAS FACULTADES QUE LE FUERON CONFERIDAS NO LE HAN SIDO REVOCADAS, MODIFICADAS NI RESTRINGIDAS EN FORMA ALGUNA.

II.2.3.- DE ACUERDO CON SUS ESTATUTOS, SU OBJETO SOCIAL CONSISTE EN: COMPRA, VENTA, EXHIBICIÓN, IMPORTACIÓN, EXPORTACIÓN, COMISIÓN, MAQUILA, COMERCIALIZACIÓN, DISTRIBUCIÓN DE TODO TIPO DE MOBILIARIO, MERCANCÍA, PRODUCTOS, APARATOS, EQUIPOS, INSTRUMENTAL, MATERIAL, INSUMOS Y REACTIVOS PARA MÉDICOS, HOSPITALES, LABORATORIOS, ESCUELAS, INDUSTRIAS Y SIMILARES; COMPRA, VENTA, IMPORTACIÓN, EXPORTACIÓN, DISTRIBUCIÓN, MEDIACIÓN Y COMERCIALIZACIÓN DE TODA CLASE DE MEDICAMENTOS DE PATENTE, GENÉRICOS, NATURISTAS; MATERIAL QUIRÚRGICO, DE CURACIÓN, LA REALIZACIÓN DE TODO TIPO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y DE LABORATORIOS DE RUTINA Y ESPECIALIDADES INCLUYENDO ENTRE OTROS: MICROBIOLÓGICOS, PAPANICOLAOU, ANATOMÍA PATOLÓGICA, PATOLOGÍA CLÍNICA, TOMOGRAFÍA, RADIOLOGÍA, MASTOGRAFÍA, ULTRASONIDO, DENSITOMETRÍA, ÓSEA, HEMATOLOGÍA, BIOQUÍMICA, PARASITOLOGÍA, INMUNOLOGÍA, BACTERIOLOGÍA, BIOLOGÍA MOLECULAR, ENDOCRINOLOGÍA, FERTILIDAD, UROANÁLISIS, HORMONAS, QUÍMICA CLÍNICA, COAGULACIÓN GENÉTICA, TAMIZ NEONATAL, RAYOS X, ULTRASONIDO; LA REALIZACIÓN DE TODO TIPO DE ESTUDIOS ENTRE OTROS PARA ADMISIÓN Y CHEQUEO EMPRESARIAL, ESCOLAR, PRENUCIALES, DE BIOPSIAS, PIEZAS QUIRÚRGICAS, HISTOPATOLOGÍAS, ANTIDOPING, PRUEBAS DE GLUCOSA, EMBARAZO, PREOPERATORIOS, VIH, ETC., TODO LO RELACIONADO CON CLÍNICAS DE HEMODIÁLISIS, LA COMERCIALIZACIÓN, ARRENDAMIENTO, COMPRA Y VENTA DE MAQUINARIA RELACIONADA CON LOS TRATAMIENTOS DE HEMODIÁLISIS.

II.2.4.- LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO LE OTORGÓ EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO MED-110914-606; ASIMISMO, CUENTA CON NÚMERO DE PROVEEDOR 0000135918, Y REGISTRO PATRONAL ANTE ESTE INSTITUTO No. [REDACTED]

II.2.5.- MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, NO ENCONTRARSE EN LOS SUPUESTOS DE LOS ARTÍCULOS 50 Y 60 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.


II.2.6.- SUS TRABAJADORES SE ENCUENTRAN INSCRITOS EN EL RÉGIMEN OBLIGATORIO DEL SEGURO SOCIAL Y AL CORRIENTE EN EL PAGO DE LAS CUOTAS OBRERO PATRONALES A QUE HAYA LUGAR, CONFORME A LO DISPUESTO EN LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, EXHIBIENDO PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO CONSTANCIAS DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL DEBIDAMENTE EMITIDAS POR "EL INSTITUTO".

ASIMISMO, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" MANIFIESTA QUE DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 40 B, ÚLTIMO PÁRRAFO, DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, EN EL SUPUESTO DE QUE DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO SE GENEREN CUENTAS POR LIQUIDAR A SU CARGO, LÍQUIDAS Y EXIGIBLES A FAVOR DE "EL INSTITUTO", DERIVADAS DEL INCUMPLIMIENTO A SUS OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL, AUTORIZA A "EL INSTITUTO" PARA QUE A TRAVÉS DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE FINANZAS, PREVIO AL PAGO DE CUALQUIER FACTURA LE SEAN APLICADOS COMO DESCUENTO EN LOS RECURSOS QUE LE CORRESPONDA PERCIBIR CON MOTIVO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, CONTRA LOS ADEUDOS QUE, EN SU CASO, TUVIERA POR CONCEPTO DE CUOTAS OBRERO PATRONALES.

II.2.7.- CUENTA CON EL DOCUMENTO CORRESPONDIENTE, VIGENTE, EXPEDIDO POR EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA (SAT), RELATIVO A LA OPINIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES, CONFORME A LO DISPUESTO POR LAS REGLAS 2.1.25, 2.1.29, Y 2.1.37 DE LA RESOLUCIÓN MISCELÁNEA FISCAL PARA 2022, PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 27 DE DICIEMBRE DE 2021, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 32 D, DEL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN, DEL CUAL PRESENTA COPIA A "EL INSTITUTO", PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO.

II.2.8.- CUENTA CON EL DOCUMENTO CORRESPONDIENTE, VIGENTE, EXPEDIDO POR "EL INSTITUTO" RELATIVO A LA OPINIÓN POSITIVA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL CONFORME AL ACUERDO ACDO-SA1.HCT.101214/281.P.DIR DICTADO POR EL H. CONSEJO TÉCNICO DEL "EL INSTITUTO" EN LA SESIÓN ORDINARIA CELEBRADA EL 10 DE DICIEMBRE DE 2014, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 27 DE FEBRERO DE 2015 Y SU MODIFICACIÓN MEDIANTE ACUERDO ACDO.SA1.HCT.250315/62.P.DJ PUBLICADO EN EL MISMO DE FECHA 03 DE ABRIL DE 2015, EL CUAL EXHIBE PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

II.2.9.- CUENTA CON EL DOCUMENTO VIGENTE EN SENTIDO POSITIVO, EXPEDIDO POR "EL INFONAVIT" RELATIVO A LA OPINIÓN POSITIVA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES EN MATERIA DE APORTACIONES PATRONALES Y ENTERO DE AMORTIZACIONES EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 5 Y 16 FRACCIÓN XIX DE LA LEY DEL INFONAVIT CON RELACIÓN AL ARTÍCULO 32 D DEL CÓDIGO FISCAL FEDERAL, Y SU MODIFICACIÓN, ACUERDO DEL H. CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEL INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES APROBADO MEDIANTE RESOLUCIÓN RCA-5789-01/17 TOMADA EN SU SESIÓN ORDINARIA NÚMERO 790, DE FECHA 25 DE ENERO DE 2017, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DE FECHA 28 DE JUNIO DE 2017, EL CUAL EXHIBE PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

 <p>GOBIERNO DE MÉXICO IMSS</p>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p> <p>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p>Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p>CONTRATO No. D22SEI2224</p> <p>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</p> <p>No. AA-050GYR006-E182-2022</p> <p>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
--	---	---

II.2.10.- MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE DISPONE DE LA ORGANIZACIÓN, EXPERIENCIA, ELEMENTOS TÉCNICOS, HUMANOS Y ECONÓMICOS NECESARIOS, ASÍ COMO LA CAPACIDAD SUFICIENTE PARA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES QUE ASUME CON "EL INSTITUTO" POR VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO.

II.2.11.- CONFORME A LO PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 57 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 107 DE SU REGLAMENTO, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO", EN CASO DE AUDITORÍAS, VISITAS O INSPECCIONES QUE PRACTIQUE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN "EL INSTITUTO" DEBERÁ PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN QUE EN SU MOMENTO SE LE REQUIERA, RELATIVA AL PRESENTE CONTRATO.

II.2.12. PARA LOS FINES Y EFECTOS LEGALES DE ESTE CONTRATO, SEÑALA COMO DOMICILIO EL UBICADO EN: CALLE 19 SUR NO. 3103, COL. VOLCANES, C.P. 72410, PUEBLA, PUE., TEL.- 2223-75-17-40 (41, 42, 43), CORREO ELECTRÓNICO: [direccionadministrativa@hdhemodialisis.com](mailto:direccionadministrativa@hdhemodialisis.com).

FRESENIUS MEDICAL CARE DE MÉXICO, S.A. DE C.V. (PARTICIPANTE C)

II.3.1.- ES UNA SOCIEDAD MERCANTIL, LEGALMENTE CONSTITUIDA CONFORME A LAS LEYES DE LA REPÚBLICA MEXICANA, TAL Y COMO LO ACREDITA CON LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 55,040, DE FECHA 20 DE ENERO DE 1999, PROTOCOLIZADA ANTE LA FE DEL NOTARIO PÚBLICO NÚMERO 19, DE LA CIUDAD DE MÉXICO, LIC MIGUEL ALESSIO ROBLES.

POR LO QUE, MEDIANTE ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 66,164 DE FECHA 19 DE MAYO DE 2003, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. LIC MIGUEL ALESSIO ROBLES, TITULAR DE LA NOTARÍA PÚBLICA NÚMERO 19, DE LA CIUDAD DE MÉXICO, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO DE GUADALAJARA, JALISCO, BAJO EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO 8514, DE FECHA 14 DE FEBRERO DE 2003, SE HIZO CONSTAR LA FUSIÓN DE DENOMINACIÓN SOCIAL FRESENIUS MEDICAL CARE DE MÉXICO, S.A. DE C.V., COMO SOCIEDAD FUSIONANTE Y QUE SUBSISTE Y DE NEFROLOGÍA, DIÁLISIS Y TRANSPLANTE, S.A. DE C.V., COMO SOCIEDAD FUSIONADA Y QUE DESAPARECE.

II.3.2.- SE ENCUENTRA REPRESENTADA PARA LA CELEBRACIÓN DE ESTE CONTRATO, POR LA C. YASMIN GARCÍA LUNA, QUIEN ACREDITA SU PERSONALIDAD EN TÉRMINOS DE LA ESCRITURA PÚBLICA 13,452, DE FECHA 03 DE JUNIO DE 2016, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. AGUSTÍN WALL HAMPTON GUTIÉRREZ KATZE, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO 208, DE LA CIUDAD DE MÉXICO, Y MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LAS FACULTADES QUE LE FUERON CONFERIDAS NO LE HAN SIDO REVOCADAS, MODIFICADAS NI RESTRINGIDAS EN FORMA ALGUNA.

II.3.3.- DE ACUERDO CON SUS ESTATUTOS, SU OBJETO SOCIAL CONSISTE EN: LA FABRICACIÓN, COMRAVENTA, IMPORTACIÓN, EXPORTACIÓN, COMERCIALIZACIÓN, YA SEA POR CUENTA PROPIA O A TRAVÉS DE TERCEROS DE MAQUINAS DE HEMODIÁLISIS, DE MAQUINAS DE HEMOTERAPIA, DE TODO TIPO DE MAQUINAS PARA DIÁLISIS, SEA DIÁLISIS PERITONEAL O HEMODIÁLISIS Y EN GENERAL DE TODO TIPO DE INSTRUMENTAL MEDICO O QUE SE ENCUENTRE RELACIONADO CON LA INDUSTRIA MEDICO O QUE SE ENCUENTRE RELACIONADO CON LA INDUSTRIA MEDICA, ENTRE OTRAS.

II.3.4.- LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO LE OTORGÓ EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO FMC-990121-BB3; ASIMISMO, CUENTA CON NÚMERO DE PROVEEDOR 0000033667, Y REGISTRO PATRONAL ANTE ESTE INSTITUTO No. [REDACTED]


II.3.5.- MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, NO ENCONTRARSE EN LOS SUPUESTOS DE LOS ARTÍCULOS 50 Y 60 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

II.3.6.- SUS TRABAJADORES SE ENCUENTRAN INSCRITOS EN EL RÉGIMEN OBLIGATORIO DEL SEGURO SOCIAL Y AL CORRIENTE EN EL PAGO DE LAS CUOTAS OBRERO PATRONALES A QUE HAYA LUGAR, CONFORME A LO DISPUESTO EN LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, EXHIBIENDO PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO CONSTANCIAS DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL DEBIDAMENTE EMITIDAS POR "EL INSTITUTO".

ASIMISMO, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" MANIFIESTA QUE DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 40 B, ÚLTIMO PÁRRAFO, DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, EN EL SUPUESTO DE QUE DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO SE GENEREN CUENTAS POR LIQUIDAR A SU CARGO, LÍQUIDAS Y EXIGIBLES A FAVOR DE "EL INSTITUTO", DERIVADAS DEL INCUMPLIMIENTO A SUS OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL, AUTORIZA A "EL INSTITUTO" PARA QUE A TRAVÉS DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE FINANZAS, PREVIO AL PAGO DE CUALQUIER FACTURA LE SEAN APLICADOS COMO DESCUENTO EN LOS RECURSOS QUE LE CORRESPONDA PERCIBIR CON MOTIVO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, CONTRA LOS ADEUDOS QUE, EN SU CASO, TUVIERA POR CONCEPTO DE CUOTAS OBRERO PATRONALES.

II.3.7.- CUENTA CON EL DOCUMENTO CORRESPONDIENTE, VIGENTE, EXPEDIDO POR EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA (SAT), RELATIVO A LA OPINIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES, CONFORME A LO

ELIMINADO REGISTRO PATRONAL CON BASE A LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 97, 104, 108, 113 FRACCIÓN III, 117, 118, Y 119 DE LA (LFTAIP). EN VIRTUD DE QUE LOS DATOS DE MÉRITO SON APORTADOS POR LAS PERSONAS MORALES PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES Y TIENEN EL DERECHO A SER PROTEGIDOS EN TANTO QUE DAN CUENTA DE SU PATRIMONIO, LO CUAL ÚNICAMENTE ESTÁ RELACIONADO CON LA VIDA INTERNA DE SU ORGANIZACIÓN, POR LO TANTO LOS DATOS SON CONFIDENCIALES.

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Jefatura de Servicios Administrativos</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. D22SEI2224</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b></p>
---	---	---

DISPUESTO POR LAS REGLAS 2.1.25, 2.1.29, Y 2.1.37 DE LA RESOLUCIÓN MISCELÁNEA FISCAL PARA 2022, PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 27 DE DICIEMBRE DE 2021, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 32 D, DEL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN, DEL CUAL PRESENTA COPIA A "EL INSTITUTO", PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO.

II.3.8.- CUENTA CON EL DOCUMENTO CORRESPONDIENTE, VIGENTE, EXPEDIDO POR "EL INSTITUTO" RELATIVO A LA OPINIÓN POSITIVA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL CONFORME AL ACUERDO ACDO-SA1.HCT.101214/281.P.DIR DICTADO POR EL H. CONSEJO TÉCNICO DEL "EL INSTITUTO" EN LA SESIÓN ORDINARIA CELEBRADA EL 10 DE DICIEMBRE DE 2014, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 27 DE FEBRERO DE 2015 Y SU MODIFICACIÓN MEDIANTE ACUERDO ACDO.SA1.HCT.250315/62.P.DJ PUBLICADO EN EL MISMO DE FECHA 03 DE ABRIL DE 2015, EL CUAL EXHIBE PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

II.3.9.- CUENTA CON EL DOCUMENTO VIGENTE EN SENTIDO POSITIVO, EXPEDIDO POR "EL INFONAVIT" RELATIVO A LA OPINIÓN POSITIVA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES EN MATERIA DE APORTACIONES PATRONALES Y ENTERO DE AMORTIZACIONES EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 5 Y 16 FRACCIÓN XIX DE LA LEY DEL INFONAVIT CON RELACIÓN AL ARTÍCULO 32 D DEL CÓDIGO FISCAL FEDERAL, Y SU MODIFICACIÓN, ACUERDO DEL H. CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEL INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES APROBADO MEDIANTE RESOLUCIÓN RCA-5789-01/17 TOMADA EN SU SESIÓN ORDINARIA NÚMERO 790, DE FECHA 25 DE ENERO DE 2017, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DE FECHA 28 DE JUNIO DE 2017, EL CUAL EXHIBE PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

II.3.10.- MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE DISPONE DE LA ORGANIZACIÓN, EXPERIENCIA, ELEMENTOS TÉCNICOS, HUMANOS Y ECONÓMICOS NECESARIOS, ASÍ COMO LA CAPACIDAD SUFICIENTE PARA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES QUE ASUME CON "EL INSTITUTO" POR VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO.

II.3.11.- CONFORME A LO PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 57 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 107 DE SU REGLAMENTO, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO", EN CASO DE AUDITORÍAS, VISITAS O INSPECCIONES QUE PRACTIQUE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN "EL INSTITUTO" DEBERÁ PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN QUE EN SU MOMENTO SE LE REQUIERA, RELATIVA AL PRESENTE CONTRATO.

II.3.12. PARA LOS FINES Y EFECTOS LEGALES DE ESTE CONTRATO, SEÑALA COMO DOMICILIO EL UBICADO EN: PASEO DEL NORTE No. 5300, GUADALAJARA TECHNOLOGY PARK, C.P. 45066, ZAPOPAN, JALISCO, TEL. [yasmin.garcia@fmc-ag.com](mailto:yasmin.garcia@fmc-ag.com) 55-41-70-40-05 ext. 4032, 33-31-37-98-03 Y/O [alejandra.plata@fmc-ag.com](mailto:alejandra.plata@fmc-ag.com) TEL. 55-45-54-31-56.

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

#### CLÁUSULAS

**PRIMERA.- OBJETO DEL CONTRATO.-** "EL INSTITUTO" SE OBLIGA A ADQUIRIR DE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" Y ÉSTE SE OBLIGA A PRESTAR EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA), CUYA DESCRIPCIÓN, CANTIDADES E IMPORTES SE DETALLAN EN EL ANEXO 1 (UNO), EN EL QUE SE IDENTIFICA LA CANTIDAD MÍNIMA COMO COMPROMISO DE SERVICIOS Y LA CANTIDAD MÁXIMA SUSCEPTIBLES DE SERVICIOS.


**SEGUNDA.- IMPORTE DEL CONTRATO.-** "EL INSTITUTO" SE OBLIGA A CUBRIR A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" COMO CONTRAPRESTACIÓN POR LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, LA CANTIDAD POR UN IMPORTE MÍNIMO DE \$5,286,230.64 (CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS TREINTA PESOS 64/100 M.N.) MÁS EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.), Y UN IMPORTE MÁXIMO SUSCEPTIBLE DE SER EJERCIDO POR LA CANTIDAD DE \$13,215,576.60 (TRECE MILLONES DOSCIENTOS QUINCE MIL QUINIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS 60/100 M.N.) MÁS EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.) DE CONFORMIDAD CON LOS PRECIOS UNITARIOS QUE SE RELACIONAN EN EL ANEXO 1 (UNO).

LAS PARTES CONVIENEN QUE EL PRESENTE CONTRATO SE CELEBRA BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS, POR LO QUE EL MONTO DE LOS MISMOS NO CAMBIARÁ DURANTE LA VIGENCIA DEL MISMO.

**TERCERA.- FORMA DE PAGO.-** EL PAGO SE EFECTUARÁ EN PESOS MEXICANOS A LOS 20 (VEINTE) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA ENTREGA DE LA FACTURACIÓN POR PARTE DE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" EN EL ÁREA DE TRÁMITE Y EROGACIONES, PARA REVISIÓN UBICADA EN LA CALLE 4 NORTE NO. 2005, COLONIA CENTRO EN PUEBLA, PUE EN UN HORARIO DE 08:00 A 13:00 HORAS.

LA FACTURA (REPRESENTACIÓN IMPRESA DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL POR INTERNET (CFDI), DEBERÁ CONTENER LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

1. FIRMA DE PERSONA ADMINISTRADORA DE CONTRATO

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada</b> <b>del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA</b> <b>NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA</b> <b>CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
---	--	--

2. EXPEDIDA A NOMBRE DEL INSTITUTO CON REQUISITOS FISCALES (ARTÍCULOS 29 Y 29 A DEL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN).
3. NÚMERO DE PROVEEDOR.
4. FIRMA DE AUTORIZACIÓN CORRESPONDIENTE, EN FACTURA O DOCUMENTOS.
5. CUENTA CONTABLE, UNIDAD DE INFORMACIÓN Y CENTRO DE COSTOS.
6. NÚMERO DE CONTRATO Y FIANZA.
7. EN LOS CASOS DEL RÉGIMEN DE PEQUEÑOS CONTRIBUYENTES, QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS A QUE SE REFIEREN LAS FRACCIONES I, Y III DEL ARTÍCULO 29-A DEL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN.
8. SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS (4-30-2/03)
9. COPIA DE FIANZA.
10. REPORTES Y/O DOCUMENTOS ESTABLECIDOS EN EL CONTRATO

EN CASO DE QUE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" PRESENTE SU FACTURA CON ERRORES O DEFICIENCIAS, CONFORME A LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 90 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, "EL INSTITUTO" DENTRO DE LO TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN, INDICARÁ POR ESCRITO A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" LAS DEFICIENCIAS QUE SE DEBERÁN CORREGIR.

"EL INSTITUTO" REALIZARÁ LOS PAGOS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS NUMERALES 5.5 Y 5.5.1 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL I.M.S.S., EL PAGO SE REALIZARÁ A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" MEDIANTE LA FACTURACIÓN DE LOS SERVICIOS Y/O BIENES UNA VEZ ENTREGADOS Y RECIBIDOS A ENTERA SATISFACCIÓN POR EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.

EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ QUIEN DARÁ LA AUTORIZACIÓN PARA QUE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE FINANZAS PROCEDA A SU PAGO DE ACUERDO A LO NORMADO EN EL ANEXO "NORMATIVIDAD DE PAGO DE LAS CUENTAS CONTABLES" DEL "PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, GLOSA Y APROBACIÓN DE DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA TRÁMITE DE PAGO Y LA CONSTITUCIÓN, MODIFICACIÓN, CANCELACIÓN, OPERACIÓN Y CONTROL DE FONDOS FIJOS.


PARA QUE EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO AUTORICE EL PAGO, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ HABER CUMPLIDO CON LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES DE ENTREGA DE LA PRESENTE CONVOCATORIA, PARA LO CUAL DEBERÁ ACOMPAÑAR A LA IMPRESIÓN DE LA FACTURA, COPIA DE LOS ACUSES DEL ESCRITO QUE SE ESTABLECE EN EL MISMO NUMERAL.

DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" QUEDA OBLIGADO A ENTREGAR A "EL INSTITUTO" JUNTO CON LA FACTURA DE COBRO RESPECTIVA, LA OPINIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL EMITIDA POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, OPINIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES FISCALES EXPEDIDO POR EL SAT, Y LA CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL EN MATERIA DE APORTACIONES PATRONALES Y ENTERO DE DESCUENTOS, EMITIDA POR EL INFONAVIT, TODAS EN SENTIDO POSITIVO Y VIGENTES, EN CUMPLIMIENTO A LO SEÑALADO POR EL ARTICULO 32-D, PRIMERO, SEGUNDO, TERCERO, CUARTO Y ÚLTIMO PÁRRAFO DEL CFF., LAS CUALES TENDRÁN UNA VIGENCIA DE 30 DÍAS NATURALES A PARTIR DEL DÍA DE SU EMISIÓN.

EL PAGO A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SE DEPOSITARÁ EN LA FECHA PROGRAMADA A TRAVÉS DEL SISTEMA DE PAGOS ELECTRÓNICOS INTERBANCARIOS, EN CASO DE SER CHEQUE SERÁ CON INSTITUCIÓN BANCARIA "HSBC MÉXICO, S.A., INSTITUCIÓN DE BANCA MÚLTIPLE, GRUPO FINANCIERO HSBC", PARA TAL EFECTO DEBERÁ PRESENTAR EN EL DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y EROGACIONES, SITO EN CALLE 4 NORTE 2005, COLONIA CENTRO, CÓDIGO POSTAL 72000, PUEBLA, PUE., EN HORARIO DE 08:00 A 13:00 HRS., PETICIÓN ESCRITA INDICANDO: RAZÓN SOCIAL, DOMICILIO FISCAL, NÚMERO TELEFÓNICO, NOMBRE COMPLETO DEL APODERADO LEGAL CON FACULTADES DE COBRO Y SU FIRMA, NÚMERO DE CUENTA DE CHEQUES, SUCURSAL Y PLAZA, ASÍ COMO, NÚMERO DE PRESTADOR DE SERVICIOS ASIGNADO POR EL IMSS. ANEXO A LA SOLICITUD "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ PRESENTAR ORIGINAL Y COPIA DE LA CÉDULA DEL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES, PODER NOTARIAL E IDENTIFICACIÓN OFICIAL; LOS ORIGINALES SE SOLICITAN ÚNICAMENTE PARA COTEJAR LOS DATOS Y LES SERÁ DEVUELTOS EN EL MISMO ACTO.

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ EXPEDIR SUS COMPROBANTES FISCALES DIGITALES EN EL ESQUEMA DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA, CON LAS ESPECIFICACIONES NORMADAS POR EL "SAT" A NOMBRE DE "EL INSTITUTO", CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES **IMS421231145**, EN DONDE SE INDIQUE LOS SERVICIOS PRESTADOS, NÚMERO DE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO", NÚMERO DE CONTRATO, EN SU CASO, DOCUMENTO QUE AMPARA(N) DICHOS BIENES O SERVICIOS, QUE CONTENGA FIRMA DE RECEPCIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA TRAMITE DE PAGO, NÚMERO DE ALTA EN CASO DE APLICAR, NÚMERO DE FIANZA Y DENOMINACIÓN SOCIAL DE LA AFIANZADORA.

PARA LA VALIDACIÓN DE DICHOS COMPROBANTES "EL PROVEEDOR" DEBERÁ CARGAR EN INTERNET, A TRAVÉS DEL PORTAL DE SERVICIOS A PROVEEDORES DE LA PAGINA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EL ARCHIVO EN FORMATO XML, LA VALIDEZ DE LOS MISMOS, SERÁ DETERMINADA DURANTE LA CARGA Y ÚNICAMENTE LOS COMPROBANTES VALIDOS SERÁN PROCEDENTES PARA PAGO.

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada</b> <b>del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA</b> <b>NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA</b> <b>CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
---	--	--

EL PAGO SE REALIZARÁ MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS, A TRAVÉS DEL ESQUEMA ELECTRÓNICO INTERBANCARIO QUE "EL INSTITUTO" TIENE EN OPERACIÓN, PARA TAL EFECTO "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ PROPORCIONAR EN SU OPORTUNIDAD EL NÚMERO DE CUENTA, CLABE, INSTITUCIÓN BANCARIA Y SUCURSAL,

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" QUE TENGA CUENTAS LÍQUIDAS Y EXIGIBLES A SU CARGO POR CONCEPTO DE CUOTAS OBRERO PATRONALES, CONFORME A LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 40 B DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y NUMERAL 5.4.10 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DE "EL INSTITUTO", ACEPTA QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL LAS COMPENSE CON EL O LOS PAGOS QUE TENGA QUE HACERLE POR CONCEPTO DE CONTRAPRESTACIÓN POR LA CONTRATACIÓN DE BIENES O SERVICIOS.

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SE OBLIGA A NO CANCELAR ANTE EL SAT LOS CFDI A FAVOR DE "EL INSTITUTO" PREVIAMENTE VALIDADOS EN EL PORTAL DE SERVICIOS A PROVEEDORES, SALVO JUSTIFICACIÓN Y COMUNICACIÓN POR PARTE DEL MISMO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO PARA SU AUTORIZACIÓN EXPRESA, DEBIENDO ÉSTE INFORMAR AL ÁREA DE TRÁMITE DE EROGACIONES DE DICHA JUSTIFICACIÓN Y REPOSICIÓN DEL CFDI.

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ ENTREGAR EL CFDI A FAVOR DE "EL INSTITUTO" POR EL IMPORTE DE LA APLICACIÓN DE LA PENA CONVENCIONAL POR ATRASO O DEFICIENCIA DEL SERVICIO.

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" QUE CELEBRE CONTRATO DE CESIÓN DE DERECHOS DE COBRO, DEBERÁ NOTIFICARLO POR ESCRITO A "EL INSTITUTO" CON UN MÍNIMO DE 5 (CINCO) DÍAS NATURALES ANTERIORES A LA FECHA DE PAGO PROGRAMADA, ENTREGANDO INVARIABLEMENTE UNA COPIA DE LOS CONTRA-RECIBOS CUYO IMPORTE SE CEDE, ASIMISMO, EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, O EN SU CASO EL TITULAR DEL ÁREA REQUIRENTE, DEBERÁ ENTREGAR LOS DOCUMENTOS SUSTANTIVOS DE DICHA CESIÓN. AL ÁREA RESPONSABLE DE AUTORIZAR ÉSTA, CONFORME AL "PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, GLOSA Y APROBACIÓN DE DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA TRÁMITE DE PAGO Y LA CONSTITUCIÓN, MODIFICACIÓN, CANCELACIÓN, OPERACIÓN Y CONTROL DE FONDOS FIJOS". EL MISMO PROCEDIMIENTO APLICARÁ EN EL CASO DE QUE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" CELEBRE CONTRATO DE CESIÓN DE DERECHOS DE COBRO A TRAVÉS DE FACTORAJE FINANCIERO CONFORME AL PROGRAMA DE CADENAS PRODUCTIVAS DE NACIONAL FINANCIERA S.N.C., INSTITUCIÓN DE BANCA DE DESARROLLO.

"EL INSTITUTO" NO OTORGARÁ ANTICIPOS.

**CUARTA.- PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.-** "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SE OBLIGA A SUMINISTRAR A "EL INSTITUTO" EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA), DE ACUERDO A LA CLAUSULA PRIMERA, A LOS ANEXOS QUE INTEGRAN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURIDICO, Y CONFORME A LO SIGUIENTE:

**PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA.** - "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SE COMPROMETE CON "EL INSTITUTO" A REALIZAR SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO EN CALLE 19 SUR NÚMERO 3103 COLONIA LOS VOLCANES, CP 72410, PUEBLA, PUE., Y EN TEZIUTLÁN SUR 118 COL. LA PAZ, C.P. 72160, PUEBLA, PUEBLA.


POR NINGÚN MOTIVO PODRÁ "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" OTORGAR SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA A TRAVÉS DE TERCEROS O EN INSTALACIONES DISTINTAS, SALVO CASO FORTUITO O DE FUERZA MAYOR LO CUAL DEBERÁ SER AUTORIZADO POR EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.

EL HORARIO DE SERVICIO SERÁ DE LAS 7:00 A LAS 21:00 HORAS DE LUNES A SÁBADO COMO MÍNIMO; INCLUSO DÍAS FESTIVOS.

ASIMISMO, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ OBSERVAR LO SIGUIENTE:

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

- SE ENCUENTRE CERTIFICADA POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL O EN PROCESO DE CERTIFICACIÓN POR DICHO CONSEJO, EN ATENCIÓN AL ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECE COMO OBLIGATORIO, A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2012, EL REQUISITO DE CERTIFICACIÓN DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL A LOS SERVICIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS Y DE HEMODIÁLISIS PRIVADOS QUE CELEBREN CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS DE LOS GOBIERNOS FEDERAL, ESTATALES DE LA CIUDAD DE MÉXICO (ANTES DISTRITO FEDERAL) Y MUNICIPALES, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 29 DE DICIEMBRE DE 2011.
- UBICARSE DENTRO DE UN RADIO DE DISTANCIA TERRESTRE MÁXIMA DE 55 (CINCUENTA Y CINCO) KILÓMETROS DE LA UNIDAD MÉDICA DEL IMSS A LA QUE PRETENDA PRESTARSE EL SERVICIO.
- EL ÁREA DE TRATAMIENTO DEBERÁ SER CONSIDERADA ÁREA SEMIRESTRINGIDA (ZONA GRIS).
- LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ CONTAR CON SERVICIO DE TRASLADO EN AMBULANCIA, EN TÉRMINOS DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-034-SSA3-2013, REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA, DEBIENDO CONTAR CON LAS CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS COMO SE INDICAN EN EL NUMERAL 4.1.4 AMBULANCIA DE URGENCIAS BÁSICAS, DEBIENDO PRESENTAR COMO PARTE DE SU OFERTA EL CONTRATO Y/O CONVENIO VIGENTE CORRESPONDIENTE, EN CASO DE QUE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA


	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
---	--	--

NO CUENTE CON AMBULANCIA PROPIA; Y FACTURA EN CASO DE QUE SEA PROPIA LA AMBULANCIA) PARA LOS CASO QUE SE REQUIERAN PARA:

- PACIENTES GRAVES O QUE PRESENTEN COMPLICACIONES (PRE, TRANS Y POST TRATAMIENTO) EN EL ÁREA DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, HASTA CONSEGUIR LA ESTABILIZACIÓN HEMODINÁMICA DEL PACIENTE PARA EL TRASLADO A LA UNIDAD MÉDICA DE REFERENCIA.
- CONTAR CON LAS ÁREAS DESCRITAS EN EL APARTADO "INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y SUMINISTRO" DEL PRESENTE DOCUMENTO, EN APEGO A LA NOM-003-SSA3-2010, "PARA LA PRÁCTICA DE LA HEMODIÁLISIS".
- CENTRAL(ES) DE ENFERMERAS CON VISIBILIDAD DE LOS PACIENTES.
- ÁREA DE AISLAMIENTO EQUIPADA DESTINADA A PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS COMO: VIH O HEPATITIS B O C.
- EL ÁREA PARA CADA ESTACIÓN DE HEMODIÁLISIS DEBERÁ SER DE POR LO MENOS 1.5 X 2.0 MTS. LA CUAL SE CALCULARÁ CON BASE A LOS METROS CUADRADOS DEL ÁREA DE TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS (ÁREA GRIS) Y EL NÚMERO DE MÁQUINAS QUE TENGA LA UNIDAD SUBROGADA DE HEMODIÁLISIS.
- TOMA O TANQUE PORTÁTIL DE OXÍGENO Y ASPIRADOR DE SECRECIONES (EN CASO DE OPTAR POR EL USO DE TANQUE PORTÁTIL DE OXÍGENO Y ASPIRADOR DE SECRECIONES, DEBERÁ CONTAR CON UNO POR CADA 5 (CINCO) MÁQUINAS INSTALADAS).
- ÁREA DE LAVADO, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL DE CURACIÓN Y MÉDICO-QUIRÚRGICO, EN CASO DE NO CONTAR CON MATERIAL DESECHABLE.
- ALMACÉN DE ROPA LIMPIA O DE ROPA DESECHABLE, DE GUARDA DE BIENES DE CONSUMO, ÁREA DE INTENDENCIA, ÁREA DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO. EN EL CASO DE UTILIZAR ROPA DESECHABLE NO SERÁ NECESARIO QUE CUENTE CON ALMACÉN DE ROPA SUCIA.
- DEBERÁ CUMPLIR CON LAS DISPOSICIONES DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, PROTECCIÓN AMBIENTAL-SALUD AMBIENTAL-RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS-CLASIFICACIÓN Y ESPECIFICACIONES DE MANEJO.
- DEBE CONTAR CON CISTERNA O TINACOS PARA LA DISPONIBILIDAD DE AGUA SUFICIENTE DE ACUERDO A LA CAPACIDAD INSTALADA DE ATENCIÓN PARA LOS 365 DÍAS DEL AÑO QUE PERMITA LA OPERACIÓN DE LA UNIDAD.
- CADA PACIENTE DEBERÁ RECIBIR LAS SESIONES CON DURACIÓN DE 3:00 A 4:00 HORAS POR SESIÓN DE ACUERDO A LA PRESCRIPCIÓN DEL MÉDICO DEL IMSS.
- EL LICITANTE DEBERÁ TENER EL NÚMERO DE MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE CADA UNIDAD MÉDICA, ASEGURANDO AL MENOS 936 SESIONES ANUALES POR CADA MÁQUINA, PARA LA ATENCIÓN DE CADA UNO DE LOS PACIENTES. APEGÁNDOSE AL HORARIO DE SERVICIO QUE SERÁ DE LAS 7 A LAS 21 HORAS, DE LUNES A SÁBADO; INCLUSO DÍAS FESTIVOS. LOS HORARIOS DIFERENTES SE DEBERÁN ACORDAR CON LAS AUTORIDADES DELEGACIONALES O DE LA UMAE CORRESPONDIENTE.
- "EL PRESTADOR DEL SERVICIO", DEBE GARANTIZAR EL EQUIPO Y BIENES DE CONSUMO ESPECÍFICOS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS EN LOS LUGARES EN DONDE SE REQUIERA LA ATENCIÓN PARA ESTE TIPO DE PACIENTES.
- "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ CONTAR CON LOS EQUIPOS MÉDICOS, Y BIENES DE CONSUMO QUE SE REQUIEREN PARA LLEVAR A CABO LOS PROCEDIMIENTOS (SESIONES DE HEMODIÁLISIS), PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS QUE SE ADJUDICAN. POR LO QUE UNA VEZ QUE SE CONOZCA AL LICITANTE ADJUDICADO DEBERÁ COORDINAR ACCIONES CON LAS UNIDADES MÉDICAS ASIGNADAS PARA PRESTAR EL SERVICIO EN TIEMPO Y FORMA.

**LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ OFRECER LOS SIGUIENTES SERVICIOS AL PACIENTE:**

- A TODO PACIENTE AL QUE SE LE HAYA DETERMINADO LA PERMANENCIA EN EL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA SE LE DEBERÁ COLOCAR UN ACCESO VASCULAR PERMANENTE. LA TRANSICIÓN DEL ACCESO VASCULAR TEMPORAL A UN ACCESO VASCULAR DEFINITIVO, NO DEBERÁ SER MAYOR A LOS 3 (TRES) MESES DE HABER INGRESADO A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, SIENDO ÉSTE COLOCADO POR EL LICITANTE ADJUDICADO DEL SERVICIO, EL CUAL DEBERÁ ATENDER LAS COMPLICACIONES QUE SE PRESENTEN. EL PLAZO CONTARÁ A PARTIR DE LA FECHA DE INGRESO A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA Y DE ACUERDO AL FORMATO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS 4-30-2/03.
- "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SERÁ RESPONSABLE DE MANTENER UN ACCESO VASCULAR FUNCIONAL Y SIN COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
- UNA VEZ REGISTRADO EL PACIENTE EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ MANTENER LOS ESTUDIOS ACTUALIZADOS PARA CADA PACIENTE CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL APARTADO DENOMINADO, "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ REALIZAR POR CADA PACIENTE LAS SIGUIENTES PRUEBAS DE LABORATORIO CON LA FRECUENCIA QUE A CONTINUACIÓN SE ESPECIFICA", DEL PRESENTE DOCUMENTO. DEBERÁ RECIBIR A LOS PACIENTES EN CASO DE HEMODIÁLISIS DE URGENCIA, LOS CUALES SERÁN REMITIDOS POR EL INSTITUTO UNA VEZ ESTABILIZADOS HEMODINÁMICAMENTE, CON LOS ESTUDIOS DE ACUERDO CON EL APARTADO RESPONSABILIDADES DEL INSTITUTO A EXCEPCIÓN DEL PANEL PARA VIRUS DE HEPATITIS B, C Y VIH, EL CUAL SE ENVIARÁ EN UN PLAZO NO MAYOR A 15 DÍAS NATURALES.
- A PARTIR DE SU REFERENCIA A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA SERÁN RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR DE SERVICIO, EL CUIDADO, EL MANTENIMIENTO Y/O RECAMBIO DEL ACCESO VASCULAR TEMPORAL O DEFINITIVO Y, LA ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES QUE SE PRESENTEN.

 <p>GOBIERNO DE MÉXICO</p> <p>IMSS</p>	<p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p align="center">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p align="center">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p align="center">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p align="center">CONTRATO No. D22SEI2224</p> <p align="center">ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL No. AA-050GYR006-E182-2022</p> <p align="center">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	---

**EN CADA PROCEDIMIENTO DE HEMODIÁLISIS, EN LAS ETAPAS PRE-, TRANS- Y POST- HEMODIÁLISIS, SE DEBERÁ DETERMINAR Y REGISTRAR POR CADA PACIENTE LO SIGUIENTE:**

- PESO, DEL PACIENTE PRE- Y POST- DIÁLISIS, PRESIÓN ARTERIAL PRE-, TRANS- Y POST- DIÁLISIS, TEMPERATURA PRE- Y POST- DIÁLISIS, FRECUENCIA CARDÍACA PRE-, TRANS- Y POST- DIÁLISIS, VERIFICAR HEPARINIZACIÓN TIPO DE FILTROS DE DIÁLISIS, FLUJO DEL DIALIZANTE, FLUJO SANGUÍNEO, TIEMPO DE DIÁLISIS Y ULTRAFILTRACIÓN, K/TV, SIGNOS Y SINTOMAS DEL PACIENTE ANTES, DURANTE Y AL FINALIZAR LA HEMODIÁLISIS. LAS MEDICIONES TOMADAS POR LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS DEBEN REGISTRARSE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN.
- EXPLORACIÓN FÍSICA CON ESPECIAL ÉNFASIS EN EL ACCESO VASCULAR.
- EVENTOS RELEVANTES Y COMPLICACIONES.
- MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS.
- TRANSMITIR A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO, AL FINALIZAR LA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS, LOS DATOS REGISTRADOS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN, DE ACUERDO A LA ETIMSS 5640-023-004, MEDIANTE MENSAJERÍA HL7.
- ESTABLECER LOS MECANISMOS NECESARIOS PARA MANEJO DE IDENTIDAD, AL INICIAR Y FINALIZAR LA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS, DE ACUERDO A LA ETIMSS 5640-023-004.

**LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ REALIZAR POR CADA PACIENTE LAS SIGUIENTES PRUEBAS DE LABORATORIO CON LA FRECUENCIA QUE A CONTINUACIÓN SE ESPECIFICA:**

- EN FORMA MENSUAL: UREA O NITRÓGENO UREICO, BIOMETRÍA HEMÁTICA COMPLETA, GLUCOSA, CREATININA, ÁCIDO ÚRICO, SODIO, POTASIO, CLORO, CALCIO, FÓSFORO, TGO (SÓLO EN CASO DE PACIENTES SEROPOSITIVOS PARA HEPATITIS B O C.
- TRIMESTRAL: CINÉTICA DE HIERRO: FERRITINA, TRANSFERRINA, ALBÚMINA, PROTEÍNAS TOTALES.
- CUATRIMESTRAL: DETERMINACIÓN DE ANTÍGENO DE SUPERFICIE (HBS AG), ANTI HCV.
- SEMESTRAL: COLESTEROL, TRIGLICÉRIDOS, VIH.


PARA LO CUAL "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ PRESENTAR COPIA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO DEBIDAMENTE FIRMADO Y VIGENTE, O EN CASO DE CONTAR CON LABORATORIO PROPIO, COPIA DE LA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO DEL LABORATORIO CLÍNICO.

**LA ADECUACIÓN DE LA HEMODIÁLISIS SE DEBERÁ REALIZAR MENSUALMENTE EN FORMA INDIVIDUALIZADA PARA CADA PACIENTE Y SE DEBERÁ CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS:**

- A) CLÍNICOS: SIN DATOS DE UREMIA, CONTROL ÓPTIMO DE LA PRESIÓN ARTERIAL, SIN DATOS DE RETENCIÓN HÍDRICA Y CON PESO SECO EN FORMA INDIVIDUAL.
- B) BIOQUÍMICOS:
  - KT/V MONOCOMPARTAMENTAL IGUAL O MAYOR DE 1.2
  - URR IGUAL O SUPERIOR AL 65%

**CRITERIOS ESPECIALES A SEGUIR POR LAS UNIDADES SUBROGADAS:**

- EN CASO NECESARIO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS, QUE PROVOQUE DESCOMPENSACIÓN AGUDA, EL PACIENTE DEBERÁ SER TRASLADADO A LA UNIDAD HOSPITALARIA DE ADSCRIPCIÓN CORRESPONDIENTE SIN COSTO ADICIONAL.
- CONSIDERAR COMO PACIENTES DE ALTO RIESGO A AQUELLOS QUE SE ENCUENTRAN SEROPOSITIVOS CON HEPATITIS B O C Y VIH, Y A LOS QUE EN CONDICIONES DE URGENCIA, NO SE HAYA PODIDO DETERMINAR SU PANEL VIRAL.
- LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTREN CON HEPATITIS B O C Y VIH CON PRUEBA CONFIRMATORIA POSITIVOS, DEBEN DIALIZARSE EN RIÑÓN ARTIFICIAL EXCLUSIVO PARA ESTE TIPO DE PACIENTES Y EN ÁREA AISLADA, SIGUIÉNDOSE LAS TÉCNICAS INTERNACIONALES ESTABLECIDAS.
- LOS PACIENTES CON HEPATITIS B Y C Y VIH DEBEN DIALIZARSE UTILIZANDO EN ELLOS MATERIAL Y EQUIPO EXCLUSIVO. EN ESTOS PACIENTES NO DEBE REUTILIZARSE EL DIALIZADOR. SE DEBERÁ SEGUIR EL PROCEDIMIENTO DE TÉCNICA DE AISLAMIENTO APLICANDO LA NOM 010-SSA2-2010 "PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA".
- EL MATERIAL DESECHABLE UTILIZADO EN LOS PROCEDIMIENTOS DE HEMODIÁLISIS, DEBERÁ SER EXCLUSIVO PARA CADA PACIENTE.
- EL LICITANTE DEBERÁ PRESENTAR ESCRITO LIBRE DONDE SEÑALE QUE CUMPLE CON LAS DISPOSICIONES DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, PROTECCIÓN AMBIENTAL-SALUD AMBIENTAL-RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS-CLASIFICACIÓN Y ESPECIFICACIONES DE MANEJO.
- ASEO EXHAUSTIVO DE LAS ÁREAS AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, UTILIZANDO DETERGENTE EN TODAS LAS SUPERFICIES COMO PISOS, PAREDES, PUERTAS Y VENTANAS Y/O DE ACUERDO A CULTIVOS BACTERIOLÓGICOS REALIZADOS EN EL ÁREA.
- FUMIGAR TODAS LAS ÁREAS DE LA UNIDAD AL MENOS UNA VEZ AL MES, CON PLAGUICIDAS O PESTICIDAS Y EN SU CASO APLICAR SOLUCIONES BACTERICIDAS.
- ASEAR Y DESINFECTAR LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS DESPUÉS DE CADA PROCEDIMIENTO, DE IGUAL FORMA EL DEMÁS MOBILIARIO QUE HAYA SIDO UTILIZADO, DEBERÁ SER ASEADO Y SANITIZADO AL TÉRMINO DE CADA DÍA DE USO.

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada</b> <b>del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA</b> <b>NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA</b> <b>CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
---	--	--


- EN LA DETECCIÓN DE CASOS NUEVOS DE HEPATITIS B, C Y VIH, POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, ÉSTA DEBERÁ DAR AVISO AL DIRECTOR Y MÉDICO TRATANTE DEL HOSPITAL DE REFERENCIA, A TRAVÉS DE NOTA MÉDICA DE LA PRESENCIA DE ESTA PATOLOGÍA.
- ENVÍO DE NOTA MÉDICA MENSUAL A LA UNIDAD MÉDICA DEL INSTITUTO DE ADSCRIPCIÓN CONFORME A LA NOM-004-SSA3-2012, "DEL EXPEDIENTE CLÍNICO" ANOTANDO LOS RESULTADOS DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO CON LA PERIODICIDAD REFERIDA EN EL APARTADO "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ REALIZAR POR CADA PACIENTE LAS SIGUIENTES PRUEBAS DE LABORATORIO CON LA FRECUENCIA QUE A CONTINUACIÓN SE ESPECIFICA", DEL PRESENTE DOCUMENTO.

**RESPONSABILIDADES DEL INSTITUTO:**

- a) EL INSTITUTO A TRAVÉS DEL SERVICIO DE (MEDICINA INTERNA O NEFROLOGÍA), ENVIARÁ AL PACIENTE CON SOLICITUD DE SUBROGACIÓN (4-30-2/03) DEBIDAMENTE ACREDITADA POR EL DIRECTOR DE LA UNIDAD Y/O SUBDIRECTOR MÉDICO Y JEFE DE SERVICIO, CON RESUMEN MÉDICO, CON VIGENCIA ACTUALIZADA Y LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS DE LABORATORIO Y GABINETE SIGUIENTES: BIOMETRÍA HEMÁTICA COMPLETA, PRUEBAS DE COAGULACIÓN, QUÍMICA SANGUÍNEA GLUCOSA, UREA Y CREATININA, ÁCIDO ÚRICO, SODIO, POTASIO, CALCIO, FÓSFORO TGO, TGP, PROTEÍNAS TOTALES, ALBÚMINA PANEL DE HEPATITIS B Y C, VIH Y PLACA DE TÓRAX.
- b) EL INSTITUTO SERÁ RESPONSABLE DE EXTENDER LAS RECETAS DE MEDICAMENTOS, INCAPACIDADES, SOLICITUDES DE INTERCONSULTA, DE LABORATORIO Y GABINETE EN CASO NECESARIO PARA CADA PACIENTE INCLUIDO EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA MATERIA DEL PRESENTE DOCUMENTO.
- c) EL INSTITUTO, RATIFICARÁ LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO DE CADA PACIENTE, A TRAVÉS DE LA VERIFICACIÓN DE LA VIGENCIA DE DERECHOS ACTUALIZADA.
- d) EL INSTITUTO DARÁ CONTINUIDAD A LA ATENCIÓN DE COMPLICACIONES PROPIAS DE LA HEMODIÁLISIS DE CADA PACIENTE, QUE HAYA REQUERIDO TRASLADO DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA A LA UNIDAD HOSPITALARIA DEL INSTITUTO.
- e) A TRAVÉS DE PERSONAL AUTORIZADO POR EL INSTITUTO, REALIZARÁ VISITAS DE SUPERVISIÓN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, A EFECTO DE VERIFICAR LA DEBIDA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN FORMA INTEGRAL, ININTERRUMPIDA A LO DESCRITO EN EL ANEXO T4 (T- CUATRO) CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, DEL PRESENTE DOCUMENTO.
- f) PARA PACIENTES SERONEGATIVOS APLICAR VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B CON DOBLE DOSIS AL INGRESAR AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, EN CASO DE NO TENERLA Y COMPLETAR SU ESQUEMA DE VACUNACIÓN.
- g) PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSIÓN EN CASO NECESARIO Y PREVIA VALORACIÓN MÉDICA.
- h) EN EL CASO DE LOS ACCESOS VASCULARES EL INSTITUTO SERÁ RESPONSABLE DE ENVIAR AL PACIENTE A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CON UN ACCESO VASCULAR TEMPORAL O DEFINITIVO FUNCIONAL.

**RESPONSABILIDADES DE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO":**

- PRESTAR EL SERVICIO SUBROGADO DE HEMODIÁLISIS EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS EN EL CONTRATO DEL CUAL RESULTE ADJUDICADO Y CONFORME A LO SEÑALADO EN LOS APARTADOS *DE ESTE ANEXO TÉCNICO*, *LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES* Y *SUS ANEXOS*; ANEXOS T1 (T-UNO) REQUERIMIENTO ASÍ COMO LOS ANEXOS QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO PROPUESTA DE LA DESCRIPCIÓN DE LAS ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO Y BIENES DE CONSUMO PARA REALIZAR LOS TRATAMIENTOS HEMODIALÍTICOS, "ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS, A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES, C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE Y E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO, T3 CÉDULA DE VERIFICACIÓN DE LAS INSTALACIONES EN LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADAS, T4 CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, T5 CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, T6 CALENDARIO PARA ENTREGA MENSUAL DE CATÉTERES, T7 TABLA CIFRAS DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL HEMODIÁLISIS SUBROGADO, T8 CARTA DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD.
- ATENDER DE MANERA ADECUADA Y OPORTUNA LAS COMPLICACIONES O EMERGENCIAS PROPIAS DEL PROCEDIMIENTO, (EN EL PRE, TRANS Y POST HEMODIÁLISIS) UTILIZANDO TODOS LOS RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y EQUIPO QUE SE REQUIERAN, HASTA CONSEGUIR LA ESTABILIZACIÓN HEMODINÁMICA DEL PACIENTE Y SU TRASLADO A LA UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN, SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO.  
DEBERÁ ENTENDER POR COMPLICACIONES:
  - HIPOTENSIÓN ARTERIAL SEVERA, CUADRO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA AGUDA, DESCOMPENSACIÓN METABÓLICA AGUDA, BACTERIEMIA, ARRITMIAS CARDIACAS, ENFERMEDAD CEREBRAL VASCULAR EN FASE DE INSTALACIÓN Y CUALQUIER OTRA EVENTUALIDAD AGUDA QUE COMPROMETA LA INTEGRIDAD Y ESTABILIDAD HEMODINÁMICA DEL PACIENTE.
  - COMPLICACIONES DEL ACCESO VASCULAR TEMPORAL QUE SE DERIVEN:
    - 1.- DE LA MANIPULACIÓN DEL CATÉTER.
    - 2.- DISFUNCIÓN INHERENTE DEL CATÉTER.
    - 3.- GENERADAS DURANTE EL PROCESO DE HEMODIÁLISIS.
  - COMPLICACIONES DEL ACCESO VASCULAR DEFINITIVO QUE SE DERIVEN:
    - 1.- DE LA MANIPULACIÓN O CATETERIZACIÓN.

	<p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p align="center"><b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b></p> <p align="center"><b>Jefatura de Servicios Administrativos</b></p> <p align="center"><b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b></p>	<p align="center"><b>CONTRATO No. D22SEI2224</b></p> <p align="center"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b></p> <p align="center"><b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b></p> <p align="center"><b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b></p>
---	---	---

2.- DISFUNCIÓN INHERENTE DEL ACCESO.

3.- GENERADAS DURANTE EL PROCESO DE HEMODIÁLISIS.

- DEBERÁ NOTIFICAR A LA UNIDAD MÉDICA CORRESPONDIENTE DEL INSTITUTO POR VÍA TELEFÓNICA EN FORMA INMEDIATA Y POR ESCRITO EN UN PLAZO MÁXIMO DE 24 HORAS SIGUIENTES A LA PRESENTACIÓN DEL CASO DE COMPLICACIONES, AL DIRECTOR O SUBDIRECTOR MÉDICO DE LA UNIDAD CORRESPONDIENTE, PARA LA ATENCIÓN DEL MÉDICO NEFRÓLOGO TRATANTE BRINDADO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:
  - UN RESUMEN CLÍNICO DEL CASO;
  - DETALLE DE LA COMPLICACIÓN;
  - ATENCIÓN QUE SE BRINDÓ, Y
  - RESULTADOS OBTENIDOS, CON OBJETO DE DAR CONTINUIDAD AL TRATAMIENTO.
- LA LLAMADA TELEFÓNICA PERMITIRÁ EL TRASLADO INMEDIATO DEL PACIENTE ESTABILIZADO EN AMBULANCIA DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA AL HOSPITAL CORRESPONDIENTE.
- DEBERÁ ENVIAR AL JEFE DE SERVICIO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA INSTITUCIONAL CORRESPONDIENTE: RESUMEN MENSUAL, CON NOTA DE EVOLUCIÓN, EVENTOS RELEVANTES, RESULTADOS DE LABORATORIO Y GABINETE, OBSERVACIONES DE CADA UNO DE LOS PACIENTES.
- DARÁ LAS FACILIDADES NECESARIAS PARA QUE EL PERSONAL AUTORIZADO Y DESIGNADO POR EL INSTITUTO PUEDA HACER LAS VISITAS DE SUPERVISIÓN REFERIDAS EN EL INCISO E) DEL APARTADO "RESPONSABILIDADES DEL INSTITUTO" DEL PRESENTE DOCUMENTO.
- LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA TENDRÁ LA FACULTAD DE OPTAR POR CUALQUIERA DE LAS OPCIONES SIGUIENTES: USO DE DIALIZADORES NUEVOS POR CADA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS; O EL REUSÓ DE DIALIZADORES DE FORMA AUTOMATIZADA.
- ES RESPONSABILIDAD ESTRICTA DEL LICITANTE ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DESDE EL PUNTO DE VISTA BACTERIOLÓGICO Y QUÍMICO, CONFORME A LA NOM-003-SSA3-2010 "PARA LA PRÁCTICA DE LA HEMODIÁLISIS" Y LAS RECOMENDACIONES DE LA AAMI CONSIDERADAS EN LA NORMA CITADA. ES OBLIGATORIO PARA EL LICITANTE CONTAR CON EL REPORTE ORIGINAL DE LAS PRUEBAS REALIZADAS POR UN LABORATORIO ACREDITADO, ANTES DEL INICIO Y EN OPERACIÓN CON LA PERIODICIDAD BIMESTRAL Y ANUAL CORRESPONDIENTE.
- EN EL CASO DEL REUSÓ DE LOS DIALIZADORES, DEBERÁ APEGARSE A LAS NORMAS DEL APÉNDICE "B" DE LA NOM 003-SSA3-2010 "PARA LA PRÁCTICA DE LA HEMODIÁLISIS".
- CUMPLIR CON LAS DISPOSICIONES DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, PROTECCIÓN AMBIENTAL-SALUD AMBIENTAL-RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECIOSOS-CLASIFICACIÓN Y ESPECIFICACIONES DE MANEJO.
- PRESENTAR COPIA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO DEBIDAMENTE FIRMADO, O EN CASO DE CONTAR CON LABORATORIO PROPIO, COPIA DE LA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO DEL LABORATORIO CLÍNICO.
- SI VA A OPTAR POR EL REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES DEBERÁ OFERTAR Y PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE DE LA UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES CONFORME A LA CLAVE 531.340.0227 DEL ANEXO T 2 (T-DOS).

**CANTIDAD DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS REQUERIDAS:**


LA CANTIDAD MÍNIMA Y MÁXIMA DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS A CONTRATAR POR LOCALIDAD SE ESTABLECE EN EL ANEXO 1 (UNO) DEL PRESENTE DOCUMENTO, PARA UN PERÍODO DE CONTRATACIÓN DEL 13 DE MAYO AL 31 DE MAYO DE 2022.

**CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS EN DONDE SE SUBROGARÁ EL SERVICIO:**

**PERSONAL**

- DEBERÁ AJUSTARSE A LO DESCRITO EN LA NOM-003-SSA3-2010 "PARA LA PRÁCTICA DE HEMODIÁLISIS", PARTICULARMENTE A LO DESCRITO EN LOS NUMERALES 5.1 Y 5.2. DE DICHA NORMA.
- EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBERÁ SER UN MÉDICO ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA, CON CERTIFICADO DE ESPECIALIZACIÓN, CÉDULA PROFESIONAL, EL HORARIO EN QUE SE DEBERÁ ENCONTRAR EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA SE ACORDARÁ CON LAS AUTORIDADES DE LA OOAD /UMAE QUE LE CORRESPONDE
- EL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON ESPECIALIDAD EN NEFROLOGÍA O PERSONAL PROFESIONAL Y TÉCNICO CON CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO EN HEMODIÁLISIS DEMOSTRARÁ DOCUMENTALMENTE HABER RECIBIDO LA ESPECIALIDAD EN NEFROLOGÍA O EN SU CASO, HABER RECIBIDO CURSOS DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO EN HEMODIÁLISIS POR UN PERÍODO MÍNIMO DE SEIS MESES IMPARTIDOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA O UNIDAD DE HEMODIÁLISIS CERTIFICADA. EL SERVICIO DEBERÁ CONTAR CON AL MENOS UNA ENFERMERA POR CADA 3 (TRES) MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS.
- EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ ESTAR CAPACITADO SOBRE EL MANEJO DE SANGRE, MATERIAL Y EQUIPOS CONTAMINADOS CON VIRUS DE HEPATITIS B Y C Y VIH.
- DEBERÁ REALIZARSE VACUNACIÓN PARA HEPATITIS B A LOS SERONEGATIVOS Y, DETERMINACIÓN DE ASPARTATOAMINOTRANSFERASA (AST), ANTÍGENO DE SUPERFICIE (HBS AG) Y ANTI-HVC CADA SEIS MESES.

**INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y SUMINISTROS**

 <p>GOBIERNO DE MÉXICO IMSS</p>	<p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p align="center">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p align="center">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p align="center">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p align="center">CONTRATO No. D22SEI2224</p> <p align="center"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b></p> <p align="center">No. AA-050GYR006-E182-2022</p> <p align="center">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
--	--	--

#### ÁREA FÍSICA

LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ ESTAR CONFORME A LA NOM-003-SSA3-2010 PARA LA PRÁCTICA DE HEMODIÁLISIS EN SU NUMERAL 6.1, 6.4 Y DERIVADOS, Y 6.5.

EL PROCEDIMIENTO DE HEMODIÁLISIS SE LLEVARÁ A CABO EN HOSPITALES QUE TENGAN LICENCIA SANITARIA O EN UNIDADES INDEPENDIENTES O NO LIGADAS A UN HOSPITAL QUE HAYAN PRESENTADO AVISO DE FUNCIONAMIENTO ANTE LA AUTORIDAD SANITARIA SEGÚN CORRESPONDA Y CON LAS CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS SIGUIENTES:

- a) EL ÁREA PARA CADA ESTACIÓN DE HEMODIÁLISIS DEBERÁ SER DE POR LO MENOS 1.5 X 2.0 MTS,
- b) CONSULTORIO,
- c) ÁREA DE RECEPCIÓN DE FÁCIL ACCESO A LOS PACIENTES,
- d) CENTRAL DE ENFERMERAS,
- e) ALMACÉN,
- f) ÁREA DE PRELAVADO Y DE TRATAMIENTO DE AGUA.
- g) SANITARIOS PARA PACIENTES, DIFERENCIADO PARA HOMBRES Y MUJERES, EL LICITANTE DEBERÁ PRESENTAR BITÁCORA CON REGISTRO DIARIO DE LIMPIEZA EN HORARIOS PREESTABLECIDOS, ASÍ COMO BITÁCORA CON REGISTRO DE LIMPIEZA EXHAUSTIVA.
- h) SANITARIOS PARA PERSONAL DE LA UNIDAD,
- i) CUARTO SÉPTICO,
- j) ÁREA ADMINISTRATIVA,
- k) SALA DE PROCEDIMIENTOS (EN CASO DE NO ENCONTRARSE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DENTRO DE UN HOSPITAL). AL MENOS DEBERÁ CONTAR CON LO DESCRITO EN LOS ESTÁNDARES DE ESTRUCTURA PARA LA AUTOEVALUACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE HEMODIÁLISIS VIGENTES EMITIDOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL VIGENTES.
- l) INSTALACIONES Y ACCESORIOS PROPIOS PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON CAPACIDADES DIFERENTES Y
- m) SALA DE ESPERA.

LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBERÁ CONTAR CON ÁREA FÍSICA ADECUADA EN CUANTO A LIMPIEZA, ESPACIO FÍSICO, ILUMINACIÓN Y TEMPERATURA AMBIENTAL REGULABLE.


#### CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO Y DE LOS BIENES DE CONSUMO

- A. "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ AJUSTARSE A LO DESCRITO EN LA NOM-003-SSA3-2010 "PARA LA PRÁCTICA DE HEMODIÁLISIS".
  - B. LOS BIENES DE CONSUMO SE DEBERÁN APEGAR A LO DESCRITO EN EL ANEXO T1 (T UNO).
  - C. LAS MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS DEBERÁN APEGARSE AL CUADRO BÁSICO Y CATÁLOGO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MÉDICO VIGENTE, CLAVE 531.340.0169. Y A LA CLAVE 531.340.0227. EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE LOS DIALIZADORES.
  - D. LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBERÁ CONTAR CON MÁQUINAS EXCLUSIVAS Y EN ÁREA AISLADA PARA PACIENTES CON SEROPOSITIVIDAD A HEPATITIS B, C Y VIH.
  - E. LAS MÁQUINAS UTILIZADAS PARA LAS SESIONES DE HEMODIÁLISIS DEBERÁN ESTAR EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE MANTENIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO Y HABER SIDO ENSAMBLADAS DE MANERA INTEGRAL EN EL PAÍS DE ORIGEN.  
NO DEBERÁN CONTENER LEYENDAS "ONLY EXPORT" NI "ONLY INVESTIGATION", SER MODELOS DESCONTINUADOS O DE USO NO AUTORIZADO EN EL PAÍS DE ORIGEN, CONTAR CON ALERTAS MÉDICAS TIPO I Y II QUE SEAN RECONOCIDAS POR ORGANISMOS INTERNACIONALES Y POR LAS OOAD DE LOS MINISTERIOS DE SALUD DE CADA PAÍS DE ORIGEN DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS. EN EL CASO DE QUE LOS EQUIPOS HAYAN PRESENTADO ALERTA MÉDICA EL LICITANTE DEBE CONTAR CON EL ALTA O RESOLUCIÓN DE LA MISMA.
  - F. DIALIZADOR DE FIBRA HUECA DE MEMBRANA SINTÉTICA O SEMISINTÉTICA, BIOCOMPATIBLES, ESPECÍFICOS PARA PACIENTES ADULTOS O PEDIÁTRICOS SEGÚN CORRESPONDA.
  - G. ÁCIDO Y BICARBONATO EN CONCENTRACIONES DE ACUERDO A LOS EQUIPOS DE HEMODIÁLISIS PROPUESTOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
  - H. LÍNEA ARTERIOVENOSA.
  - I. AGUJAS FÍSTULA PARA PUNCIÓN DE ACCESO VENOSO Y ARTERIAL.
  - J. CATÉTER TEMPORAL O PERMANENTE O INJERTO VASCULAR HETERÓLOGO.
  - K. MATERIAL ESTÉRIL NECESARIO PARA CONEXIÓN Y DESCONEXIÓN DE FÍSTULA O CATÉTER.
- PARA CORROBORAR EL CUMPLIMIENTO DE DICHAS CARACTERÍSTICAS, DEBERÁ PRESENTAR FOLLETOS, CATÁLOGOS, INSTRUCTIVOS Y, EN SU CASO, FOTOGRAFÍAS DE LOS EQUIPOS NECESARIOS EN IDIOMA ESPAÑOL Y DEBIDAMENTE REFERENCIADOS.

DEBERÁ ENTREGAR LOS MANUALES DE OPERACIÓN DE LA(S) MÁQUINA(S) DE HEMODIÁLISIS DEL MISMO MODELO CON QUE SE PRESTARÁ EL SERVICIO.

#### REQUISITOS DEL AGUA A UTILIZAR EN HEMODIÁLISIS

DEBERÁ APEGARSE A LO DESCRITO EN EL PUNTO 6.4.9.2 Y EL APÉNDICE NORMATIVO "A" DE LA NOM-003-SSA3-2010 "PARA LA PRÁCTICA DE HEMODIÁLISIS", ASÍ COMO LO PREVISTO EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p style="text-align: center;">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p style="text-align: center;">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p style="text-align: center;">CONTRATO No. D22SEI2224</p> <p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b></p> <p style="text-align: center;">No. AA-050GYR006-E182-2022</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	--

ES RESPONSABILIDAD DE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DESDE EL PUNTO DE VISTA BACTERIOLÓGICO Y QUÍMICO, CONFORME A LA NOM-003-SSA3-2010 "PARA LA PRÁCTICA DE LA HEMODIÁLISIS" Y LAS RECOMENDACIONES DE LA AMMI CONSIDERADAS EN LA NORMA CITADA Y SIENDO OBLIGATORIO CONTAR CON EL REPORTE ORIGINAL DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS REALIZADAS POR UN LABORATORIO ACREDITADO, ANTES DEL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y EN OPERACIÓN CON LA PERIODICIDAD BIMESTRAL PARA EL ANÁLISIS DE CONTAMINANTES BIOLÓGICOS QUE DEBERÁN REALIZARSE A LA PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA, ASÍ COMO MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS Y AL MENOS UNA VEZ AL AÑO PARA CONTAMINANTES QUÍMICOS.

LOS EXÁMENES DEBERÁN REALIZARSE POR LABORATORIOS ACREDITADOS POR LA ENTIDAD MEXICANA DE ACREDITACIÓN (EMA).

BIMESTRALMENTE PARA LAS PRUEBAS BIOLÓGICAS SE TOMARÁN 3 MUESTRAS OBTENIDAS DE LA PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA EN LOS SIGUIENTES SITIOS: UNA DE ÓSMOSIS, UNA DEL RESERVORIO Y UNA DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS QUE ESTÉ UBICADA AL FINAL DE LA RED DE SUMINISTRO DE AGUA TRATADA. EN CASO DE QUE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS NO CUENTE CON RESERVORIO SE TOMARÁ DE LA VÁLVULA DE RETORNO Y DE UNA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS UBICADA EN UN PLANO INTERMEDIO DE LA RED DE SUMINISTRO.

DEBERÁ EXISTIR UN SISTEMA DE TRATAMIENTO DE AGUA CON ÓSMOSIS INVERSA Y FILTROS PARA SUAVIZARLA, QUE GARANTICEN ESTÁNDARES INTERNACIONALES DE CALIDAD, PARA LO CUAL DEBERÁ CONTAR CON EL MANUAL DE OPERACIÓN EN IDIOMA ESPAÑOL DE DICHO SISTEMA (PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA).

LA PRESIÓN, FLUJO Y TEMPERATURA DEBERÁN SER ADECUADOS Y ESPECÍFICOS PARA CADA SISTEMA DE HEMODIÁLISIS.


EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO Y EL PRESTADOR DEL SERVICIO DETERMINARÁN EN CONJUNTO, LAS FECHAS EN QUE EL PRESTADOR DE SERVICIO DEBERÁ ENTREGAR COPIA SIMPLE DE LOS REPORTES ORIGINALES DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL AGUA, PRESENTANDO LOS ORIGINALES DE DICHS REPORTES PARA COTEJO, CON LA PERIODICIDAD BIMESTRAL PARA EL ANÁLISIS DE BIOLÓGICOS Y AL MENOS UNA VEZ AL AÑO PARA LOS ESTUDIOS QUÍMICOS, ASÍ COMO, VALIDAR QUE LOS RESULTADOS SE ENCUENTREN DENTRO DE LOS PARÁMETROS ESTIPULADOS EN LA NOM 003-SSA3-2010 DE LOS ESTUDIOS MENCIONADOS, MEDIANTE EL ANEXO T 5 (T-CINCO) CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA

#### VERIFICACIÓN FÍSICA O VISITAS DE SUPERVISIÓN

DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA ESTARÁ SUJETA A UNA VERIFICACIÓN VISUAL Y DOCUMENTAL MEDIANTE LAS VISITAS DE SUPERVISIÓN SEMESTRALES O LAS QUE DETERMINE EL INSTITUTO NECESARIAS, QUE REALIZARÁN POR PERSONAL DESIGNADO DE NIVEL NORMATIVO, OOAD O UMAE, CON APEGO A LO DESCRITO EN EL ANEXO T4 (T- CUATRO) CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEL PRESENTE DOCUMENTO, CON EL OBJETO DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES REQUERIDAS Y DE LA NOM-003-SSA3- 2010 "PARA LA PRÁCTICA DE HEMODIÁLISIS". CABE RESALTAR QUE MIENTRAS NO SE CUMPLA CON LAS CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ESTABLECIDAS EN ESTE DOCUMENTO, EL INSTITUTO NO DARÁ POR ACEPTADO EL SERVICIO Y SE APLICARÁN LAS PENAS CONVENCIONALES O DEDUCCIONES CORRESPONDIENTES, EL JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS EN LAS OOAD Y DIRECTOR MÉDICO EN LAS UMAE SERÁN LOS ENCARGADOS DE NOTIFICAR POR ESCRITO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICO MÉDICAS SOLICITADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

#### CONSTANCIAS CON LAS QUE DEBERÁ CONTAR "EL PRESTADOR DEL SERVICIO":

- a) REGISTROS SANITARIOS DE LOS EQUIPOS Y DE LOS BIENES DE CONSUMO REQUERIDOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, A EXCEPCIÓN DE AQUELLOS QUE NO REQUIERAN REGISTRO SANITARIO DE ACUERDO CON LA COFEPRIS (COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS).
- b) LICENCIA SANITARIA Y/O AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO ANTE LA COFEPRIS ACTUALIZADO DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DE HEMODIÁLISIS.
- c) CERTIFICADOS DE CALIDAD VIGENTES EN SU IDIOMA ORIGINAL, DE LOS EQUIPOS Y BIENES DE CONSUMO QUE SE UTILIZARÁN PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, EXPEDIDOS POR LOS ORGANISMOS DE CONTROL Y/O AUTORIDADES SANITARIAS DEL PAÍS DE ORIGEN
- d) COPIA DEL CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA, EN EL IDIOMA DEL PAÍS DE ORIGEN DE LOS EQUIPOS Y BIENES DE CONSUMO OFERTADOS, ACOMPAÑADO DE SU TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL Y EXPEDIDO POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS U ORGANISMOS DE CONTROL DEL PAÍS DE ORIGEN O COPIA SIMPLE DEL CERTIFICADO FDA O COMUNIDAD ECONÓMICA EUROPEA VIGENTE DE LOS EQUIPOS Y BIENES DE CONSUMO OFERTADOS.
- e) DOCUMENTO EMITIDO POR EL SECRETARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL, EN EL CUAL SE SEÑALA QUE EL ESTABLECIMIENTO PRIVADO DE ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA CON EL QUE SE OFRECE EL SERVICIO AL INSTITUTO, CUENTA CON CERTIFICACIÓN VIGENTE O SE ENCUENTRA EN PROCESO DE CERTIFICACIÓN, EN ATENCIÓN AL ACUERDO PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 29 DE DICIEMBRE DE 2011. DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DEL CONTRATO, EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO VERIFICARÁ EN LA PÁGINA DE INTERNET DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL ([HTTP://WWW.CSG.GOB.MX/](http://www.csg.gob.mx/)), QUE LAS

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p style="text-align: center;">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p style="text-align: center;">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p style="text-align: center;">CONTRATO No. D22SEI2224</p> <p style="text-align: center;">ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL No. AA-050GYR006-E182-2022</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	--

CLÍNICAS EN DONDE SE PRESTEN LOS SERVICIOS SE PERMANEZCA VIGENTE LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE HEMODIÁLISIS, YA QUE EN CASO CONTRARIO DEBERÁ DAR UNA FECHA NO MAYOR A UN MES PARA LA ENTREGA DE LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE ACTUAL A ESE MOMENTO Y VIGENTE.

- f) CERTIFICADO DE LIBRE VENTA VIGENTE EMITIDO POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS U ORGANISMOS DE CONTROL DEL PAÍS DE ORIGEN, EN EL QUE SE SEÑALE QUE LOS EQUIPOS Y BIENES DE CONSUMO NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PUEDEN SER USADOS SIN RESTRICCIÓN DE USO EN EL PAÍS DE ORIGEN.

#### SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ PROPORCIONAR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA EL CUAL DEBE CUBRIR LA FUNCIONALIDAD MÍNIMA ESTABLECIDA EN LA "ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE HEMODIÁLISIS EXTRAMUROS 5640-023-004" (ETIMSS) LA CUAL INCLUYE EL FLUJO DE INFORMACIÓN DENTRO DEL SERVICIO Y LA COMUNICACIÓN HACIA LOS SISTEMAS DE "EL INSTITUTO".

LA ETIMSS 5640-023-004 SE ENCUENTRA PUBLICADA EN EL PORTAL DE COMPRAS DEL INSTITUTO EN LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN PARA LOS LICITANTES, EN LA PÁGINA DE INTERNET [HTTP://COMPRAS.IMSS.GOB.MX/?P=PROVINFO](http://COMPRAS.IMSS.GOB.MX/?P=PROVINFO) COMO ELEMENTO ADICIONAL, EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL LICITANTE DEBERÁ PERMITIR AL JEFE DE SERVICIO DE LA UNIDAD, EL GENERAR UN REPORTE FILTRADO POR UNIDAD, POR PERIODO, POR CONTRATO, CON EL DESGLOSE DE LAS SESIONES OTORGADAS, PRESENTANDO EL LISTADO NOMINAL DE LOS DERECHAHABIENTES QUE RECIBIERON EL SERVICIO, COMO MÍNIMO POR NOMBRE, NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MÉDICO.

TODAS LAS GESTIONES RELACIONADAS CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7, SE REALIZARÁN EN LAS OFICINAS DE LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA LA SALUD Y ADMINISTRATIVOS (CSDISA) O LA COORDINACIÓN TÉCNICA DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA LA SALUD, UBICADAS EN LA CALLE DE TOKIO 80, 4° PISO, COL. JUÁREZ, ALCALDÍA CUAUHTÉMOC, CDMX, C.P. 06600 O DONDE EL INSTITUTO DESIGNE.

CUALQUIER AVANCE TECNOLÓGICO DE RELEVANCIA A CONSIDERACIÓN DEL INSTITUTO EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, PROGRAMAS DE CÓMPUTO ASOCIADOS, LOS EQUIPOS DE CÓMPUTO, PERIFÉRICOS, SERÁN INSTALADOS DE INMEDIATO EN EL PLAZO QUE ESTABLECERÁ EL INSTITUTO PARA PONERLOS EN VIGENCIA, ESTANDO OBLIGADO EL LICITANTE ADJUDICADO A REALIZAR LOS CAMBIOS QUE SEAN NECESARIOS A CONSIDERACIÓN DEL INSTITUTO PARA PERMITIR LA CONTINUIDAD DE LA OPERACIÓN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

EL LICITANTE DEBERÁ ENTREGAR COMO PARTE DE SU PROPUESTA TÉCNICA UNA CARTA COMPROMISO DE QUE ESTÁ ENTERADO DE LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y SE COMPROMETE A CUMPLIR CON EL APARTADO PUESTA A PUNTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ESTE DOCUMENTO DE ACUERDO CON EL ANEXO TI 11 (TI ONCE) SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7.

#### PUESTA A PUNTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBE LLEVAR A CABO LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN, DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DENTRO DE LOS 45 (CUARENTA Y CINCO DÍAS) NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL FALLO.

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SERÁ RESPONSABLE DE PROVEER LA CONEXIÓN DE INTERNET EN LA UNIDAD MÉDICA SUBROGADA PARA EL ENVÍO DE INFORMACIÓN A "EL INSTITUTO", DE ACUERDO A LOS ESTÁNDARES DE SEGURIDAD ESTABLECIDOS EN LA ETIMSS 5640-023-004.

#### CERTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA LA SALUD Y ADMINISTRATIVOS (CSDISA) DEPENDIENTE DE LA DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO (DIDT), VERIFICARÁ LA FUNCIONALIDAD DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA SU APROBACIÓN. PUDIENDO REALIZARLOS A TRAVÉS DE LA COORDINACIÓN TÉCNICA DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA LA SALUD.


"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" ESTABLECERÁ CONTACTO CON LA DSDICDS, DEPENDIENTE DE LA CSDISA, DENTRO DE LOS 5 (CINCO) DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA DE EMISIÓN DEL FALLO, CUMPLIENDO CON LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- FIRMA DE ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD
- DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS
- DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE
- PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD

#### A) FIRMA DE ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

EL LICITANTE ADJUDICADO DEL SERVICIO SE COMPROMETE CON EL INSTITUTO A FIRMAR UN ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD, ANEXO TI 12 (TI DOCE) ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD, EN EL CUAL SE ESTABLECE QUE EN NINGÚN MOMENTO Y BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA PODRÁ HACER USO DE LA INFORMACIÓN PUESTA A SU DISPOSICIÓN O GENERADA DURANTE Y POSTERIOR A LA VIGENCIA DE ESTE CONTRATO PARA UN FIN DISTINTO AL ESTABLECIDO EN SU OBJETO Y EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SUJETÁNDOSE A LAS DEL SISTEMA Y SOPORTE, RESPONSABILIDADES ECONÓMICAS, PENALES Y DE CUALQUIER OTRA ÍNDOLE A INSTANCIA DEL INSTITUTO QUE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE ESTE ACUERDO.

#### B) DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla  Jefatura de Servicios Administrativos  Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b>  SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)
---	--	---

EL LICITANTE ADJUDICADO DEBERÁ NOTIFICAR LOS DATOS DE CONTACTO DE LA PERSONA RESPONSABLE DE ESTABLECER COMUNICACIÓN CON EL INSTITUTO PARA TODO LO REFERENTE AL SISTEMA DE INFORMACIÓN, ANEXO TI 13 (TI TRECE) "DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE".

**C) DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE**

EL LICITANTE ADJUDICADO DEBERÁ NOTIFICAR EL(LOS) SISTEMA(S) DE INFORMACIÓN QUE PROPONE IMPLANTAR EN LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS Y LA EMPRESA QUE LE DARÁ SOPORTE, ANEXO TI 14 (TI CATORCE) "DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE".

**D) PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD**

LA PRUEBA DE FUNCIONALIDAD, SE REALIZARÁ EN LAS OFICINAS DE LA CSDISA, O DONDE EL INSTITUTO DESIGNE. EL LICITANTE ADJUDICADO SOLICITARÁ UNA CITA A LA DSDICDS MEDIANTE UN ESCRITO LIBRE EN HOJA MEMBRETADA DE LA EMPRESA, EL CUAL SE ENTREGARÁ EN EL ÁREA DE GESTIÓN DE CORRESPONDENCIA DE LA DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO (DIDT), UBICADA EN TOKIO 80, 5TO. PISO, COL JUÁREZ, ALCALDÍA CUAUHTÉMOC, CDMX, C.P. 06600.

LA PRUEBA FINAL EN SITIO, SE REALIZARÁ UNA VEZ APROBADO EL PUNTO ANTERIOR EN LA UNIDAD MÉDICA ADJUDICADA QUE EL INSTITUTO DESIGNE DE ACUERDO CON EL CALENDARIO DE DESPLIEGUE, PREVIAMENTE ACORDADO CON LAS UNIDADES MÉDICAS, CON LA VERSIÓN APROBADA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN OPERACIÓN DURANTE 24 (VEINTICUATRO) HORAS NATURALES. ESTA DEBERÁ SER SOLICITADA A LA DSDICDS, MEDIANTE UN ESCRITO LIBRE EN HOJA MEMBRETADA DE LA EMPRESA, EL CUAL SE ENTREGARÁ EN EL ÁREA DE GESTIÓN DE CORRESPONDENCIA DE LA DIDT, UBICADA EN TOKIO 80, 5TO. PISO, COL JUÁREZ, ALCALDÍA CUAUHTÉMOC, CDMX, C.P. 06600.

UNA VEZ QUE LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD SON APROBADAS POR LA DSDICDS Y EL SISTEMA QUEDA AVALADO POR LA MISMA, EL LICITANTE PROPORCIONARÁ UN CALENDARIO DE DESPLIEGUE DEL SISTEMA EVALUADO CONSIDERANDO TODAS LAS UNIDADES MÉDICAS INCLUIDAS EN LOS CONTRATOS, EN UN PLAZO NO MAYOR A 5 (CINCO) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA FECHA DE APROBACIÓN.

EL INSTITUTO A TRAVÉS DE LA CDI EN OOAD DELEGACIÓN, INGENIERO BIOMÉDICO EN UMAE Y/O LOS ADMINISTRADORES DE LOS CONTRATOS SE RESERVAN EL DERECHO DE EVALUAR CUALQUIERA DE LAS UNIDADES MÉDICAS INCLUIDAS EN LOS CONTRATOS PARA CONFIRMAR QUE LA VERSIÓN EVALUADA DEL SISTEMA SEA LA INSTALADA EN LOS EQUIPOS DE CÓMPUTO QUE ADMINISTRAN DICHS PROCESOS, TENIENDO EN CUENTA QUE EL INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL LICITANTE ADJUDICADO ACTIVARÁ LOS SUPUESTOS DE PENAS CONVENCIONALES Y/O DEDUCCIONES ESTABLECIDAS EN LOS CONTRATOS.

EL INSTITUTO A TRAVÉS DE LA CDI EN OOAD DELEGACIÓN, INGENIERO BIOMÉDICO EN UMAE Y/O LOS ADMINISTRADORES DE LOS CONTRATOS, SE RESERVAN EL DERECHO DE EVALUAR CUALQUIERA DE LAS UNIDADES MÉDICAS INCLUIDAS EN LOS CONTRATOS Y EN CASO DE DETECTAR UN COMPORTAMIENTO IRREGULAR EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN QUE ADMINISTRAN DICHS PROCESOS, SE PODRÁ REVOCAR EL CERTIFICADO DEL SISTEMA, TENIENDO EN CUENTA QUE EL INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL LICITANTE ADJUDICADO ACTIVARÁ LOS SUPUESTOS DE PENAS CONVENCIONALES Y/O DEDUCCIONES ESTABLECIDAS EN LOS CONTRATOS.

UNA VEZ AVALADO EL SISTEMA DE INFORMACIÓN, EN CASO DE QUE EL LICITANTE ADJUDICADO REQUIERA REALIZAR POSTERIORMENTE UNA ACTUALIZACIÓN, DEBERÁ SEGUIR EL PROCESO DE LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y SE COMPROMETE A CUMPLIR CON ESTE APARTADO, PARA LOGRAR LA CERTIFICACIÓN DE ESTA NUEVA VERSIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN, ANTES DE IMPLANTARLO EN SUS UNIDADES.


**REGISTRO DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS EN EL SISTEMA**

LAS SESIONES DE HEMODIÁLISIS DEL MES DEBERÁN SER REGISTRADAS EN EL SISTEMA, CUMPLIENDO CON TODOS LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA (ETIMSS), 5640-023-004 ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE HEMODIÁLISIS EXTRAMUROS Y ENVIADAS A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO.

**B) PARA ESTE SERVICIO, NO SE SOLICITAN PRUEBAS**

**NORMAS OFICIALES MEXICANAS, NORMAS INTERNACIONALES NORMAS DE REFERENCIA O ESPECIFICACIONES CUYO CUMPLIMIENTO SE EXIGE A LOS LICITANTES, LICENCIAS, AUTORIZACIONES Y PERMISOS.**

- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 003-SSA3-2010**, PARA LA PRÁCTICA DE LA HEMODIÁLISIS, FECHA DE PUBLICACIÓN EN EL DOF 8/6/2010.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012**, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS CIENTÍFICOS, ÉTICOS, TECNOLÓGICOS Y ADMINISTRATIVOS OBLIGATORIOS EN LA ELABORACIÓN, INTEGRACIÓN, USO, MANEJO, ARCHIVO, CONSERVACIÓN, PROPIEDAD, TITULARIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, DE FECHA DE PUBLICACIÓN EN EL DOF 15/10/2012
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-024-SSA3-2012**, SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE REGISTRO ELECTRÓNICO PARA LA SALUD. INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN SALUD, FECHA DE PUBLICACIÓN EN EL DOF 30/11/2012.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-087-ECOL-SSA1-2002**, PROTECCIÓN AMBIENTAL - SALUD AMBIENTAL - RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECIOSOS - CLASIFICACIÓN Y ESPECIFICACIONES DE MANEJO. FECHA DE PUBLICACIÓN EN EL DOF 1 /11/ 2001

 <p>Gobierno de México IMSS</p>	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b>  SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)
--	--	--

- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-010-SSA2-2010**, PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA. FECHA DE PUBLICACIÓN EN EL DOF. 10/11/2010
  - **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-001-SEDE-2012**, INSTALACIONES ELÉCTRICAS. FECHA DE PUBLICACIÓN EN EL DOF 29/11/2012
  - **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-002-STPS-2010**, CONDICIONES DE SEGURIDAD-PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS EN LOS CENTROS DE TRABAJO. FECHA DE PUBLICACIÓN EN EL DOF 12/11/2010
  - **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-001-STPS-2008**, EDIFICIOS, LOCALES, INSTALACIONES Y ÁREAS EN LOS CENTROS DE TRABAJO-CONDICIONES DE SEGURIDAD. FECHA DE PUBLICACIÓN EN EL DOF 2/10/2008
  - **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-STPS-2008**, CONDICIONES DE ILUMINACIÓN EN LOS CENTROS DE TRABAJO. FECHA DE PUBLICACIÓN EN EL DOF 12/12/2008
  - **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-026-STPS-2008**, COLORES Y SEÑALES DE SEGURIDAD E HIGIENE, E IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS POR FLUIDOS CONDUCIDOS EN TUBERÍAS. FECHA DE PUBLICACIÓN EN EL DOF 2/10/2008
  - **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-029-STPS-2011**, MANTENIMIENTO DE LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS EN LOS CENTROS DE TRABAJO-CONDICIONES DE SEGURIDAD. FECHA DE PUBLICACIÓN EN EL DOF 29/12/2011
  - **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-003-SEGOB-2011**, SEÑALES Y AVISOS PARA PROTECCIÓN CIVIL, COLORES, FORMAS Y SÍMBOLOS A UTILIZAR. FECHA DE PUBLICACIÓN EN EL DOF 23/12/2011
  - **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-034-SSA3-2013**, REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA, FECHA DE PUBLICACIÓN EN EL DOF: 23/09/2014
  - **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-008-SEGOB-2015**, PERSONAS CON DISCAPACIDAD.- ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CONDICIONES DE SEGURIDAD EN MATERIA DE PROTECCIÓN CIVIL EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA O DESASTRE. FECHA DE PUBLICACIÓN EN EL DOF 12/08/2016
  - **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-223-SSA1-2003**: QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS ARQUITECTÓNICOS PARA FACILITAR EL ACCESO, TRANSITO, USO, Y PERMANENCIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MEDICA AMBULATORIA Y HOSPITALARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. FECHA DE PUBLICACIÓN EN EL DOF 16/12/2003
  - **2000-001-006** NORMA QUE ESTABLECE LAS DISPOSICIONES GENERALES Y CRITERIO TÉCNICO MÉDICOS PARA LA PLANEACIÓN, CONTRATACIÓN Y CONTROL DE SERVICIOS SUBROGADOS DE ATENCIÓN MÉDICA VIGENTE.
- LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES PUNTOS**


EL SERVICIO DEBERÁ SER PRESTADO POR PERSONAL QUE CUMPLA CON LO ESTIPULADO EN LA NOM-003-SSA3-2010 "PARA LA PRÁCTICA DE LA HEMODIÁLISIS" QUE A CONTINUACIÓN SE DESGLOSA

- DEBERÁ EXISTIR UN RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA QUIEN DEBERÁ SER UN MÉDICO ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA, CON CERTIFICADO DE ESPECIALIZACIÓN Y CÉDULA PROFESIONAL, DEBIENDO ENCONTRARSE EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DURANTE LA PRÁCTICA DE LA MISMA A LOS PACIENTES DEL INSTITUTO.
- DEBERÁ CONTAR CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON ESPECIALIDAD EN NEFROLOGÍA O PERSONAL PROFESIONAL Y TÉCNICO CON CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO EN HEMODIÁLISIS POR UN PERIODO MÍNIMO DE SEIS MESES DE ENFERMERÍA, EL CUAL DEBERÁ CONTAR CON AL MENOS UNA ENFERMERA POR CADA 3 (TRES) MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS.

PARA GARANTIZAR LO ANTERIOR, DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO", "EL INSTITUTO" REALIZARÁ VERIFICACIONES DEL PERSONAL QUE PRESTA EL SERVICIO, DURANTE LAS VISITAS DE SUPERVISIÓN SEMESTRALES O LAS QUE SE DETERMINEN NECESARIAS, SEÑALADAS EN LOS PRESENTES TÉRMINOS Y CONDICIONES Y EN SU CASO, ANEXO TÉCNICO.

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ DOTAR EN FORMA MENSUAL A "EL INSTITUTO" DEL NÚMERO DE CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES QUE FUERON COLOCADOS EN UNIDADES MÉDICAS DEL IMSS A PACIENTES REFERIDOS A SUBROGACIÓN QUE INGRESARON EL MES INMEDIATO ANTERIOR, MÁS 2 (DOS) CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES COMO LO SOLICITE EL JEFE DE SERVICIO DE LA UNIDAD MÉDICA DE REFERENCIA DE LOS PACIENTES.

ESTO SERÁ ACUMULABLE, CON EL PROPÓSITO DE CONTAR CON UN STOCK PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN OPORTUNA DE LOS PACIENTES REFERIDOS POR PRIMERA VEZ A LAS UNIDADES SUBROGADAS, LOS CATÉTERES SE ENTREGARÁN AL ALMACÉN DE LA UNIDAD MÉDICA CORRESPONDIENTE O EN DONDE LO INDIQUE EL DIRECTOR MÉDICO DE LA UNIDAD DENTRO DE LOS PRIMEROS CINCO DÍAS HÁBILES DE CADA MES EN EL HORARIO DE 9 A 15 HORAS, DE LUNES A VIERNES, DEBIENDO ANOTAR NOMBRE, MATRÍCULA Y CARGO DE QUIEN LOS RECIBE Y DEBIENDO NOTIFICAR AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, EN SU CASO, LA FALTA DE ENTREGA DE LOS CATÉTERES.

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Jefatura de Servicios Administrativos</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. D22SEI2224</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b></p>
---	---	---

“EL INSTITUTO” PODRÁ VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE CALIDAD DE LOS BIENES, A TRAVÉS DE LA COCTI, CUYAS MUESTRAS UTILIZADAS PARA ESTE EFECTO, DEBERÁN SER REPUESTAS POR “EL PRESTADOR DEL SERVICIO” SIN COSTO PARA “EL INSTITUTO”, AL ÁREA DEL IMSS QUE ASÍ LO SOLICITE.

EN CASO DE DEFICIENCIA EN LA CALIDAD DE LOS CATÉTERES LA UNIDAD MÉDICA PODRÁ SOLICITAR EL CAMBIO DE LOS CATÉTERES POR OTROS QUE CUMPLAN CON LA CALIDAD SOLICITADA, SIN COSTO ADICIONAL AL INSTITUTO. TODOS LOS CATÉTERES, PERMANENTES O TEMPORALES DEBERÁN ENTREGARSE CON SU KIT DE INTRODUCCIÓN SIN EXCEPCIÓN. (ANEXO T2 (T DOS)).

PARA LOS PACIENTES CON PERMANENCIA EN EL PROGRAMA, LA TRANSICIÓN DEL ACCESO VASCULAR TEMPORAL POR UN ACCESO VASCULAR DEFINITIVO NO DEBERÁ SER POR UN TIEMPO MAYOR DE 3 (TRES) MESES DE HABER INGRESADO A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA. ESTO ESTARÁ SUJETO A VERIFICACIÓN POR PARTE DEL PERSONAL DEL INSTITUTO DURANTE LAS VISITAS DE SUPERVISIÓN O EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

ES RESPONSABILIDAD DE “EL PRESTADOR DEL SERVICIO” DENTRO DEL MARCO DE LOS TÉRMINOS DEL CONTRATO, PROPORCIONAR AL 100% EL SERVICIO SUBROGADO DE HEMODIÁLISIS POR LO QUE EL INSTITUTO NO ACEPTARÁ LA OMISIÓN, SUSPENSIÓN O CANCELACIÓN DE NINGÚN TRATAMIENTO PROGRAMADO, CON EXCEPCIÓN DE CAUSAS MÉDICAS Y NO MÉDICAS QUE SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE SUSTENTADAS EN NOTA MÉDICA Y NOTIFICADA A LA UNIDAD MÉDICA. POR LO ANTERIOR NO SE ACEPTARÁ COMO OTORGADO EL SERVICIO SI POR CAUSAS IMPUTABLES AL LICITANTE ADJUDICADO, NO SE DA LA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS A LOS PACIENTES DEL INSTITUTO, DE ACUERDO CON LA PRESCRIPCIÓN INDICADA POR EL MÉDICO TRATANTE DEL IMSS.

LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ UTILIZAR DIALIZADORES NUEVOS POR CADA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS O REUSAR DIALIZADORES DE FORMA AUTOMATIZADA.

EN CASO DE OPTAR POR EL REÚSO DE DIALIZADORES DEBERÁ CONTAR CON PERSONAL ESPECIALIZADO PARA EL USO DE LA UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES, MISMO QUE DEBERÁ SER OFERTADO EN SU PROPUESTA. LOS BIENES DE CONSUMO NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DEBERÁN SER COMPATIBLES CON EL EQUIPO MÉDICO OFERTADO Y DEBERÁN CUMPLIR CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS EN EL ANEXO T2 (T-DOS) DEL PRESENTE DOCUMENTO.

EL JEFE O ENCARGADO DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA O DE MEDICINA INTERNA DE LA UNIDAD MÉDICA DEL IMSS Y EL PRESTADOR DEL SERVICIO; DETERMINARÁN EN CONJUNTO, LAS FECHAS EN QUE EL LICITANTE ADJUDICADO PRESTADOR DE SERVICIO DEBERÁ ENTREGAR LA COPIA SIMPLE DE LOS REPORTES ORIGINALES DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL AGUA, PRESENTANDO LOS ORIGINALES DE DICHS REPORTES EN EL MISMO MOMENTO, PARA COTEJO, CON LA PERIODICIDAD BIMESTRAL PARA EL ANÁLISIS DE BIOLÓGICOS Y AL MENOS UNA VEZ AL AÑO PARA LOS ESTUDIOS QUÍMICOS, ASÍ COMO, PARA ESTAR EN POSIBILIDAD DE VALIDAR QUE LOS RESULTADOS SE ENCUENTREN DENTRO DE LOS PARÁMETROS ESTIPULADOS EN LA NOM 003-SSA3-2010 MEDIANTE Y CONFORME EL ANEXO T5 (T-CINCO)CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE HEMODIALISIS SUBROGADA.

EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO Y “EL PRESTADOR DEL SERVICIO” DETERMINARÁN EN CONJUNTO, LAS FECHAS MENSUALES EN QUE “EL PRESTADOR DEL SERVICIO” DEBERÁ ENTREGAR LOS CATÉTERES, MEDIANTE EL ANEXO T6 (T-SEIS) CALENDARIO PARA ENTREGA DE CATÉTERES.

“EL PRESTADOR DEL SERVICIO” ENTREGARÁ UN REPORTE MENSUAL A LA UNIDAD MÉDICA A TRAVÉS DEL JEFE O ENCARGADO DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS, SEGÚN CORRESPONDA. LA INFORMACIÓN DEBERÁ SER REGISTRADA EN UNA HOJA DE CÁLCULO (EXCEL) TAL Y COMO SE ESPECIFICA EN EL ANEXO T7 (T- SIETE) TABLA DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL HEMODIÁLISIS SUBROGADO. EL MEDIO DE ENTREGA, DEBERÁ SER INDICADO POR LA UNIDAD MÉDICA, PARA EL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS SUBROGADO.

#### NIVELES DE SERVICIO:

“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”, DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, DEBERÁ CUMPLIR CON LOS NIVELES DE SERVICIO DESCRITOS A CONTINUACIÓN:

CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO
LA TRANSICIÓN DEL ACCESO VASCULAR TEMPORAL POR UN ACCESO VASCULAR DEFINITIVO PARA LOS PACIENTES CON PERMANENCIA EN EL PROGRAMA, NO DEBERÁ SER POR UN TIEMPO MAYOR DE:	3 (TRES) MESES DE HABER INGRESADO A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA.
REPORTE ORIGINAL POR UN LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL “AGUA DE DIÁLISIS” DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-003-SSA3-2010 Y LAS RECOMENDACIONES DE LA AAMI. LA UNIDAD EN FUNCIONAMIENTO, DEBERÁ CONTAR CON UN RESULTADO DE	BIMESTRAL. (AL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA CONCLUSIÓN DEL BIMESTRE)



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
del IMSS en Puebla**

**Jefatura de Servicios Administrativos**

**Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento**

**CONTRATO No. D22SEI2224**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA  
NACIONAL**

**No. AA-050GYR006-E182-2022**

**SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA  
CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)**


CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO
ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO.	
<p>REPORTE DE LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-003-SSA3-2010.</p> <p>LA UNIDAD EN FUNCIONAMIENTO, DEBERÁ CONTAR CON UN RESULTADO DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO.</p>	RESULTADOS DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO DENTRO DE LOS PARÁMETROS SOLICITADOS POR LA NOM-003-SSA3-2010.
<p>REPORTE ORIGINAL POR UN LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-003-SSA3-2010 Y LAS RECOMENDACIONES DE LA AAMI.</p> <p>LA CALIDAD DE AGUA DEBERÁ CONTAR CON RESULTADO DE ANÁLISIS QUÍMICO.</p>	AL MENOS UNA VEZ AL AÑO. (AL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA CONCLUSIÓN DEL AÑO)
<p>REPORTE ORIGINAL POR UN LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-003-SSA3-2010 Y LAS RECOMENDACIONES DE LA AAMI.</p> <p>LA CALIDAD DE AGUA DEBERÁ CONTAR CON RESULTADO DE ANÁLISIS QUÍMICO.</p>	RESULTADOS DE ANÁLISIS QUÍMICOS DENTRO DE LOS PARÁMETROS SOLICITADOS POR LA NOM-003-SSA3-2010
<p>DOTACIÓN DEL MISMO NÚMERO DE CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES QUE FUERON COLOCADOS A PACIENTES REFERIDOS A SUBROGACIÓN EL MES INMEDIATO ANTERIOR MÁS 2(DOS) CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES COMO LO SOLICITE EL JEFE DE SERVICIO</p>	MENSUALMENTE. (DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 DÍAS HÁBILES DE CADA MES)
<p>EL LICITANTE ADJUDICADO ESTABLECERÁ CONTACTO CON LA DIVISIÓN DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO DIGITAL DE LA SALUD SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO DIGITAL DE LA SALUD (DSDICDS), DEPENDIENTE DE LA CSDISA, A EFECTO DE ESTABLECER LA ESTRATEGIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS SIGUIENTES PUNTOS:</p> <p>a) FIRMA DEL ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD</p> <p>b) DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS</p> <p>c) DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE</p> <p>d) SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD</p>	DENTRO DE LOS 5 (CINCO) DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA DE EMISIÓN DEL FALLO.
<p>INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN, DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS NECESARIOS PARA EL MANEJO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE.</p>	DENTRO DE LOS 45 (CUARENTA Y CINCO) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL FALLO.
<p>EL LICITANTE PROPORCIONARÁ UN CALENDARIO DE DESPLIEGUE DEL SISTEMA EVALUADO CONSIDERANDO TODAS LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS INCLUIDAS EN EL CONTRATO</p>	DENTRO DE LOS 5 (CINCO) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA FECHA DE APROBACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN.
<p>REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LA SESIÓN REALIZADA, EN LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO, CONFORME A LA (ETIMSS), 5640-023-004 ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE HEMODIÁLISIS EXTRAMUROS, NECESARIO PARA LA TRANSMISIÓN DE DATOS A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO.</p>	EN UN PLAZO NO MAYOR A LAS 24 VEINTICUATRO HORAS, POSTERIORES A LA FECHA EN QUE SE OTORGÓ LA SESIÓN.

ESTE SERVICIO SE REGISTRARÁ EN LOS MISMOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PACTADAS EN LA LICITACIÓN PÚBLICA LA-050GYR006-E148-2022, LLEVADA A CABO POR "EL INSTITUTO" PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA Y A LA COTIZACIÓN ENVIADA AL ÁREA REQUIRENTE EL DÍA 12 DE MAYO DE 2022, YA QUE SE TRATA DE UNA CONTRATACIÓN CON FUNDAMENTO AL ARTÍCULO 41 FRACCIÓN II DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, LA CONTRATACIÓN SERÁ PARA ATENDER NECESIDADES DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 13 AL 31 DE MAYO DE 2022.

**QUINTA.- VIGENCIA.-** LAS PARTES CONVIENEN EN QUE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO COMPRENDERÁ DEL 13 AL 31 DE MAYO DE 2022.

**SEXTA.- PROHIBICIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES.-** "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SE OBLIGA A NO CEDER EN FORMA PARCIAL NI TOTAL, A FAVOR DE CUALQUIER OTRA PERSONA FÍSICA O MORAL, LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO.

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SÓLO PODRÁ CEDER LOS DERECHOS DE COBRO QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO, PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DE "EL INSTITUTO", PARA LO CUAL DEBERÁ PRESENTAR LA SOLICITUD

 <p>GOBIERNO DE MÉXICO</p> <p>IMSS</p>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p> <p>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p>Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p>CONTRATO No. D22SEI2224</p> <p>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</p> <p>No. AA-050GYR006-E182-2022</p> <p>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	---	---

CORRESPONDIENTE DENTRO DE LOS 5 (CINCO) DÍAS NATURALES ANTERIORES A LA FECHA DE PAGO PROGRAMADA, A LA QUE DEBERÁ ADJUNTAR UNA COPIA DE LOS CONTRA-RECIBOS CUYO IMPORTE SE CEDE, ADEMÁS DE LOS DOCUMENTOS SUSTANTIVOS DE DICHA CESIÓN.

**SÉPTIMA.- RESPONSABILIDAD.-** "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SE OBLIGA A RESPONDER POR SU CUENTA Y RIESGO DE LOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS QUE POR INOBSERVANCIA O NEGLIGENCIA DE SU PARTE, LLEGUEN A CAUSAR A "EL INSTITUTO" Y/O A TERCEROS, CON MOTIVO DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS EN ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 53 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

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

"EL INSTITUTO" SÓLO CUBRIRÁ EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LAS DISPOSICIONES FISCALES VIGENTES EN LA MATERIA.

**NOVENA.- PATENTES Y/O MARCAS.-** "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SE OBLIGA PARA CON "EL INSTITUTO", A RESPONDER POR LOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS QUE PUDIERA CAUSAR A "EL INSTITUTO" Y/O A TERCEROS, SI CON MOTIVO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SE VIOLAN DERECHOS DE AUTOR, DE PATENTES Y/O MARCAS U OTRO DERECHO RESERVADO A NIVEL NACIONAL O INTERNACIONAL.


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

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

**DÉCIMA.- GARANTÍAS.-** "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SE OBLIGA A OTORGAR A "EL INSTITUTO", LAS GARANTÍAS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN:

- a) CON BASE A LO ESTABLECIDO EN EL NUMERAL 5.5.5.1 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL IMSS, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SE OBLIGA A OTORGAR, DENTRO DE UN PLAZO DE DIEZ DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA FIRMA DE ESTE INSTRUMENTO, UNA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO, MEDIANTE FIANZA DIVISIBLE EXPEDIDA POR COMPAÑÍA AUTORIZADA EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS, Y A FAVOR DEL "INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL", POR UN MONTO EQUIVALENTE AL 10% (DIEZ POR CIENTO) SOBRE EL IMPORTE MÁXIMO QUE SE INDICA EN LA CLÁUSULA SEGUNDA DEL PRESENTE CONTRATO, SIN CONSIDERAR EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO, Y SE APLICARÁ DE MANERA PROPORCIONAL AL MONTO DE LAS OBLIGACIONES INCUMPLIDAS.
- b) DE ACUERDO A LO INDICADO EN EL NUMERAL 5.5.5.2 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE "EL INSTITUTO", EN EL SUPUESTO DE QUE EL MONTO DEL CONTRATO ADJUDICADO SEA IGUAL O MENOR A 900 VECES LA UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN (UMA) "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SE OBLIGA A OTORGAR, DENTRO DE UN PLAZO DE DIEZ DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA FIRMA DE ESTE INSTRUMENTO, UNA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO, MEDIANTE CHEQUE CERTIFICADO, POR UN IMPORTE EQUIVALENTE AL 10 % (DIEZ POR CIENTO), DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO, SIN CONSIDERAR EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO, A FAVOR DE "EL INSTITUTO", PARA LO CUAL, SE DEBERÁ SEGUIR EL PROCEDIMIENTO SIGUIENTE:
  - EL CHEQUE DEBE EXPEDIRSE A NOMBRE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
  - DICHO CHEQUE DEBERÁ SER RESGUARDADO, A TÍTULO DE GARANTÍA, EN LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DELEGACIONAL.
  - EL CHEQUE SERÁ DEVUELTO A MÁS TARDAR EL SEGUNDO DÍA HÁBIL POSTERIOR A QUE "EL INSTITUTO" CONSTATE EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO. EN ESTE CASO, LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO POR PARTE DE "EL INSTITUTO" DEBERÁ HACERSE A MÁS TARDAR EL TERCER DÍA HÁBIL POSTERIOR A AQUEL EN QUE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DÉ AVISO DE LA CONCLUSIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO.

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" QUEDA OBLIGADO A ENTREGAR A "EL INSTITUTO" LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO, EN LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO, SITA EN CALLE 5 DE FEBRERO OTE. NO. 107, SAN FELIPE HUEYOTLIPAN, C.P. 72030, PUEBLA, PUE.

 <p>GOBIERNO DE MÉXICO</p> <p>IMSS</p>	<p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p align="center">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p align="center">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p align="center">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p align="center">CONTRATO No. D22SEI2224</p> <p align="center">ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL No. AA-050GYR006-E182-2022</p> <p align="center">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	---

CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL NUMERAL 5.5.5.5 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE "EL INSTITUTO", LA PÓLIZA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO PERMANECERÁ EN "EL INSTITUTO" HASTA QUE PROCEDA SU LIBERACIÓN, O EN SU CASO HACERLA EFECTIVA POR INCUMPLIMIENTO DE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" PARA TAL EFECTO, SE SOLICITARA POR ESCRITO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO RATIFIQUE Y/O EXPRESE EN UN TÉRMINO NO MAYOR A TREINTA DÍAS NATURALES, SI "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" HA CUMPLIDO, EN TIEMPO Y FORMA, Y A ENTERA SATISFACCIÓN DEL IMSS, CON LA TOTALIDAD DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

DICHA PÓLIZA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO SERÁ DEVUELTA A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" UNA VEZ QUE "EL INSTITUTO" LE OTORQUE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO, PARA QUE ÉSTE PUEDA SOLICITAR A LA AFIANZADORA CORRESPONDIENTE LA CANCELACIÓN DE LA FIANZA; AUTORIZACIÓN QUE SE ENTREGARÁ A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO", SIEMPRE QUE DEMUESTRE HABER CUMPLIDO CON LA TOTALIDAD DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO.

EL ÁREA CONTRATANTE A SU VEZ, SOLICITARÁ MEDIANTE OFICIO DIRIGIDO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, EXPRESE EN UN TÉRMINO NO MAYOR A TREINTA DÍAS NATURALES, SI "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" HA CUMPLIDO, EN TIEMPO Y FORMA A ENTERA SATISFACCIÓN DE "EL INSTITUTO" CON LA TOTALIDAD DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

PREVIA CONFIRMACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA TOTALIDAD DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES PACTADAS, LA PÓLIZA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO SERÁ DEVUELTA A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" MEDIANTE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO, CON EL FIN DE QUE PUEDA TRAMITAR ANTE LA AFIANZADORA CORRESPONDIENTE SU CANCELACIÓN.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 45 FRACCIÓN XI DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 81 FRACCIÓN II DE SU REGLAMENTO, LA APLICACIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO SERÁ POR EL MONTO PROPORCIONAL DE LAS OBLIGACIONES INCUMPLIDAS, POR LO QUE LAS OBLIGACIONES DEL PRESENTE CONTRATO SON DIVISIBLES.

**DÉCIMA PRIMERA.- EJECUCIÓN DE LA PÓLIZA DE FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO.-** "EL INSTITUTO" LLEVARA A CABO LA EJECUCIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CUANDO:

- SE RESCINDA ADMINISTRATIVAMENTE ESTE CONTRATO.
- DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE CONTRATO SE DETECTEN DEFICIENCIAS, FALLAS O CALIDAD INFERIOR DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, EN COMPARACIÓN CON LOS OFERTADOS.
- CUANDO EN EL SUPUESTO DE QUE SE REALICEN MODIFICACIONES AL CONTRATO, NO ENTREGUE EN EL PLAZO PACTADO EL ENDOSO O LA NUEVA GARANTÍA QUE AMPARE EL PORCENTAJE ESTABLECIDO PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE INSTRUMENTO, EN LA CLÁUSULA DÉCIMA.
- POR CUALQUIER OTRO INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN ESTE CONTRATO.

**DÉCIMA SEGUNDA.- PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.-** DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 53 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, "EL INSTITUTO", APLICARÁ UNA PENA CONVENCIONAL POR ATRASO SE CALCULARÁ POR CADA DÍA DE ATRASO EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS FECHAS PACTADAS, DE ACUERDO CON EL PORCENTAJE DE PENALIZACIÓN ESTABLECIDO, APLICADO AL VALOR DE LA SESIÓN PROGRAMADA CON ATRASO Y/O POR LAS SESIONES NO TRANSMITIDAS, Y DE MANERA PROPORCIONAL AL IMPORTE DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO QUE CORRESPONDA. LA SUMA DE LAS PENAS CONVENCIONALES NO DEBERÁ EXCEDER EL IMPORTE DE DICHA GARANTÍA.

LA PENA CONVENCIONAL SE CALCULARÁ DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES TÉRMINOS Y CONDICIONES EXPRESADOS EN LA FÓRMULA QUE SE DETALLA A CONTINUACIÓN:

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

Dónde:

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

Pca = pena convencional aplicable.

nda = número de días de atraso.

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

"EL INSTITUTO", APLICARÁ UNA PENA CONVENCIONAL POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO EN EL INICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, EN CADA UNO DE LOS SUPUESTOS INCLUIDOS EN LA SIGUIENTE TABLA:



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada**  
**del IMSS en Puebla**  
**Jefatura de Servicios Administrativos**  
**Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento**


**CONTRATO No. D22SEI2224**  
**ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA**  
**NACIONAL**  
**No. AA-050GYR006-E182-2022**  
**SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**  
**CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)**

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENA
<p>REPORTE ORIGINAL POR UN LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-003-SSA3-2010</p> <p>LA UNIDAD EN FUNCIONAMIENTO, DEBERÁ CONTAR CON UN RESULTADO DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO.</p>	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO EN LA ENTREGA DEL REPORTE RESULTADOS DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM 003-SSA3-2010	2.5% DIARIO SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL SIN INCLUIR EL IVA	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD O JEFE DE SERVICIO O DIRECTOR MÉDICO EN UMAE	EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO DESIGNADO.
<p>REPORTE ORIGINAL POR UN LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-003-SSA3-2010 Y LAS RECOMENDACIONES DE LA AAMI.</p> <p>LA CALIDAD DE AGUA DEBERÁ CONTAR CON RESULTADO DE ANÁLISIS QUÍMICO.</p>	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO EN LA ENTREGA DEL REPORTE RESULTADOS QUÍMICOS, DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM 003-SSA3-2010	2.5% DIARIO SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL SIN INCLUIR EL IVA	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD O JEFE DE SERVICIO O DIRECTOR MÉDICO EN UMAE	EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO DESIGNADO.
<p>EL LICITANTE ADJUDICADO ESTABLECERÁ CONTACTO CON LA DIVISIÓN DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO DIGITAL DE LA SALUD (DSDICDS), DEPENDIENTE DE LA CSDISA, A EFECTO DE ESTABLECER LA ESTRATEGIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS SIGUIENTES PUNTOS:</p> <p>FIRMA DEL ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS</p> <p>a) DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE</p> <p>b) SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD</p>	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO ESTABLECIDO DE LOS DIEZ DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA DE EMISIÓN DEL FALLO.	1%, SOBRE EL VALOR QUE REPRESENTA EL COSTO DE LAS SESIONES REALIZADAS EN MES DE INCIDENCIA, SIN INCLUIR EL IVA.	DIVISIÓN DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO DIGITAL DE LA SALUD (DSDICDS)	EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO DESIGNADO.
<p>INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN, DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS NECESARIOS PARA EL OTORGAMIENTO DE DEL SERVICIO</p>	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO DE LOS 45 (CUARENTA Y CINCO) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL FALLO.	2.5% DIARIO SOBRE EL VALOR QUE REPRESENTA EL COSTO DE LAS SESIONES SOLICITADAS EN EL MES DE INCIDENCIA, SIN INCLUIR EL IVA.	DIVISIÓN DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO DIGITAL DE LA SALUD (DSDICDS), COORDINADOR DELEGACIONAL DE INFORMÁTICA O JEFE DE DIVISIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO DESIGNADO.
<p>EL LICITANTE PROPORCIONARÁ UN CALENDARIO DE DESPLIEGUE DEL SISTEMA EVALUADO CONSIDERANDO TODAS LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS INCLUIDAS EN EL CONTRATO</p>	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO DE 5 (CINCO) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA FECHA DE APROBACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN.	1.5%, SOBRE EL VALOR QUE REPRESENTA EL COSTO DE LAS SESIONES REALIZADAS EN MES DE INCIDENCIA, SIN INCLUIR EL IVA	DIVISIÓN DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO DIGITAL DE LA SALUD (DSDICDS)	EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO DESIGNADO.
<p>REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LA SESIÓN REALIZADA, EN LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO, CONFORME A LA (ETIMSS), 5640-023-004 ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE HEMODIÁLISIS EXTRAMUROS, NECESARIO PARA LA TRANSMISIÓN DE DATOS A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO.</p>	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO ESTABLECIDO DE LAS 24 HORAS POSTERIORES AL OTORGAMIENTO DE LA SESIÓN	2.5% DIARIO SOBRE EL VALOR TOTAL DE LOS SESIONES OTORGADAS, NO REGISTRADAS Y NO TRANSMITIDAS EN EL LAPSO ESTABLECIDO A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO, SIN INCLUIR EL IVA.	COORDINADOR DELEGACIONAL DE INFORMÁTICA (CDI) O JEFE DE DIVISIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO DESIGNADO.

EL PAGO DE LOS SERVICIOS QUEDARÁ CONDICIONADO, PROPORCIONALMENTE AL PAGO QUE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBA EFECTUAR POR CONCEPTO DE PENAS CONVENCIONALES.

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

EL ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ EL ENCARGADO DE DETERMINAR, CALCULAR Y NOTIFICAR A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" LAS PENAS CONVENCIONALES; ASÍ COMO DE VIGILAR EL REGISTRO O CAPTURA Y VALIDAR EN EL SISTEMA PREI MILLENIUM, DENTRO DE LOS 5 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA CONCLUSIÓN DEL INCUMPLIMIENTO, LA APLICACIÓN DE LAS PENAS CONVENCIONALES, OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, Y COMUNICAR LOS INCUMPLIMIENTOS.

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b> <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b> <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b> <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>

"EL INSTITUTO" DESCONTARÁ LAS CANTIDADES QUE RESULTEN DE APLICAR LA PENA CONVENCIONAL, SOBRE LOS PAGOS QUE DEBA CUBRIR "EL PRESTADOR DEL SERVICIO", POR LO TANTO "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" 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 PERÍODO EN QUE INCURRA Y/O SE MANTENGA EL INCUMPLIMIENTO CON MOTIVO DEL SUMINISTRO DE LOS SERVICIOS.

PARA AUTORIZAR EL PAGO DE LOS SERVICIOS, PREVIAMENTE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" TIENE QUE HABER CUBIERTO LAS PENAS CONVENCIONALES APLICADAS CONFORME A 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.

LA PENA CONVENCIONAL POR ATRASO SE CALCULARÁ POR CADA DÍA DE ATRASO EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS FECHAS PACTADAS, DE ACUERDO CON EL PORCENTAJE DE PENALIZACIÓN ESTABLECIDO, APLICADO AL VALOR DE LA SESIÓN PROGRAMADA CON ATRASO Y/O POR LAS SESIONES NO TRANSMITIDAS, Y DE MANERA PROPORCIONAL AL IMPORTE DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO QUE CORRESPONDA. LA SUMA DE LAS PENAS CONVENCIONALES NO DEBERÁ EXCEDER EL IMPORTE DE DICHA GARANTÍA.

**DEDUCTIVAS:** DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 53 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, "EL INSTITUTO" PODRÁ APLICAR DEDUCCIONES AL PAGO DE LOS SERVICIOS Y/O BIENES CON MOTIVO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFICIENTE EN QUE PUDIERA INCURRIR "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" RESPECTO DE LAS PARTIDAS O CONCEPTOS QUE INTEGRAN EL PRESENTE CONTRATO, LAS CUALES NO EXCEDERÁN DEL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO ESTABLECIDA EN EL MISMO.


DICHAS DEDUCTIVAS SERÁN DETERMINADAS EN FUNCIÓN DE LOS SERVICIOS NO PRESTADOS OPORTUNAMENTE Y DEBERÁN SER CALCULADAS DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 53 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, 97 DE SU REGLAMENTO Y 4.3.3 DEL MANUAL ADMINISTRATIVO DE APLICACIÓN GENERAL EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

EN NINGÚN CASO LAS DEDUCCIONES PODRÁN NEGOCIARSE EN ESPECIE.

EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO NOTIFICARÁ A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" LAS DEDUCCIONES QUE EN SU CASO SE HAYA HECHO ACREEDOR.

LAS DEDUCCIONES POR DEFICIENCIAS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, SE APLICARÁN DE ACUERDO A LO SIGUIENTE:

CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA PARA LA DEDUCCIÓN	DEDUCCIÓN	LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO MOTIVO DE RESCISIÓN DEL CONTRATO	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA DEDUCCIÓN
LA TRANSICIÓN DEL ACCESO VASCULAR TEMPORAL POR UN ACCESO VASCULAR DEFINITIVO PARA LOS PACIENTES CON PERMANENCIA EN EL PROGRAMA, NO DEBERÁ SER POR UN TIEMPO MAYOR DE:	3 (TRES) MESES DE HABER INGRESADO A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA.	FALTA EN EL CAMBIO, A ALGÚN PACIENTE(S) DEL ACCESO VASCULAR TEMPORAL POR EL DEFINITIVO EN EL PLAZO ESTABLECIDO	EL 5% SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL MÁS EL IVA CUANDO OCURRA QUE A ALGÚN PACIENTE(S) NO SE LE HAYA REALIZADO EL CAMBIO.	EL LÍMITE DE LA DEDUCCIÓN SERÁ DE HASTA EL 10% DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD O JEFE DE SERVICIO O DIRECTOR MÉDICO EN UMAE	EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO DESIGNADO.
REPORTE DE LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-003-SSA3-2010  LA UNIDAD EN FUNCIONAMIENTO, DEBERÁ CONTAR CON UN RESULTADO DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO.	RESULTADOS DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO DENTRO DE LOS PARÁMETROS SOLICITADOS POR LA NOM-003-SSA3-2010	CUMPLIR CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA CALIDAD DEL AGUA DE ACUERDO CON LA NOM-003-SSA3-2010	5% SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL MÁS IVA.	EL LÍMITE DE LA DEDUCCIÓN SERÁ DE HASTA EL 10% DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD O JEFE DE SERVICIO O DIRECTOR MÉDICO EN UMAE	EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO DESIGNADO.
REPORTE ORIGINAL POR UN LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-003-SSA3-2010 Y LAS RECOMENDACIONES DE LA AAMI. LA CALIDAD DE AGUA DEBERÁ CONTAR CON RESULTADO DE	RESULTADOS DE ANÁLISIS QUÍMICOS DENTRO DE LOS PARÁMETROS SOLICITADOS POR LA NOM-003-SSA3-2010	CUMPLIR CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA CALIDAD DEL AGUA DE ACUERDO CON LA NOM 003-SSA3-2010 Y LAS RECOMENDACIONES DE LA AAMI.	5% SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL MÁS IVA	EL LÍMITE DE LA DEDUCCIÓN SERÁ DE HASTA EL 10% DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD O JEFE DE SERVICIO O DIRECTOR MÉDICO EN UMAE	EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO DESIGNADO.

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b> <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b> <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b> <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>

CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA PARA LA DEDUCCIÓN	DEDUCCIÓN	LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO MOTIVO DE RESCISIÓN DEL CONTRATO	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA DEDUCCIÓN
ANÁLISIS QUÍMICO						
DOTACIÓN DEL MISMO NÚMERO DE CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES QUE FUERON COLOCADOS A PACIENTES REFERIDOS A SUBROGACIÓN EL MES INMEDIATO ANTERIOR MÁS 2(DOS) CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES COMO LO SOLICITE EL JEFE DE SERVICIO	DOTACIÓN DEL MISMO NÚMERO DE CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES QUE FUERON COLOCADOS A PACIENTES REFERIDOS A SUBROGACIÓN EL MES INMEDIATO ANTERIOR MÁS 2(DOS) CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES COMO LO SOLICITE EL JEFE DE SERVICIO	POR CADA DÍA NATURAL A PARTIR DE LA FECHA EN QUE DEBIÓ SER ENTREGADA LA TOTALIDAD DE DOTACIÓN DE CATÉTERES.	2.5% DIARIO, SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL SIN INCLUIR IVA	EL LÍMITE DE LA DEDUCCIÓN SERÁ DE HASTA EL 10% DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO MÉDICO	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD O JEFE DE SERVICIO O DIRECTOR MÉDICO EN UMAE	EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO DE CONTRATO DESIGNADO.

EL ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ EL ENCARGADO DE REALIZAR EL TRÁMITE DE LA APLICACIÓN DE LAS DEDUCCIONES, OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO Y DE COMUNICAR LOS INCUMPLIMIENTOS CUANDO ASÍ LO AMERITE EL CASO.

LAS DEDUCCIONES NO PODRÁN EXCEDER DEL 10% DEL MONTO MÁXIMO TOTAL DEL CONTRATO.

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" AUTORIZA A DESCONTAR LAS CANTIDADES QUE RESULTEN DE APLICAR LAS SANCIONES SEÑALADAS EN PÁRRAFOS ANTERIORES, SOBRE LOS PAGOS QUE A ÉL DEBERÁN DE CUBRIRSE, DURANTE EL PERÍODO EN QUE INCURRA Y/O SE MANTENGA EL INCUMPLIMIENTO CON MOTIVO DEL SUMINISTRO DE LOS BIENES Y/O PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

"EL INSTITUTO" DESCONTARÁ LAS CANTIDADES QUE RESULTEN DE APLICAR LAS DEDUCCIONES, SOBRE LOS PAGOS QUE DEBA CUBRIR A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO".


**DÉCIMA TERCERA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA.-** DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 54 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, "EL INSTITUTO" PODRÁ DAR POR TERMINADO ANTICIPADAMENTE EL PRESENTE CONTRATO SIN RESPONSABILIDAD PARA ÉSTE Y SIN NECESIDAD DE QUE MEDIE RESOLUCIÓN JUDICIAL ALGUNA, CUANDO CONCURRAN RAZONES DE INTERÉS GENERAL, O BIEN, CUANDO POR CAUSAS JUSTIFICADAS SE EXTINGA LA NECESIDAD DE REQUERIR LOS BIENES OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, Y SE DEMUESTRE QUE DE CONTINUAR CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS SE OCASIONARÍA ALGÚN DAÑO O PERJUICIO A "EL INSTITUTO" O SE DETERMINE LA NULIDAD TOTAL O PARCIAL DE LOS ACTOS QUE DIERON ORIGEN AL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, CON MOTIVO DE LA RESOLUCIÓN DE UNA INCONFORMIDAD EMITIDA POR LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA.

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

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

**DÉCIMA QUINTA.- 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 PRESTADOR DEL SERVICIO" INCURRA EN CUALQUIERA DE LAS CAUSALES SIGUIENTES:

1. CUANDO NO ENTREGUE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, DENTRO DEL TÉRMINO DE 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA FIRMA DEL MISMO.
2. CUANDO INCURRA EN FALTA DE VERACIDAD TOTAL O PARCIAL RESPECTO A LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA PARA LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO.
3. CUANDO SE INCUMPLA, TOTAL O PARCIALMENTE, CON CUALESQUIERA DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO Y SUS ANEXOS.
4. CUANDO SE COMPROBE QUE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" HAYA ENTREGADO SERVICIOS CON DESCRIPCIONES Y CARACTERÍSTICAS DISTINTAS A LAS PACTADAS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

 <p>GOBIERNO DE <b>MÉXICO</b></p> <p>IMSS</p>	<p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p align="center">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p align="center">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p align="center">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p align="center">CONTRATO No. D22SEI2224</p> <p align="center">ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL No. AA-050GYR006-E182-2022</p> <p align="center">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAR)</p>
--	--	---

5. EN CASO DE QUE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" NO REPONGA LOS SERVICIOS QUE LE HAYAN SIDO DEVUELTOS PARA CANJE, POR PROBLEMAS DE CALIDAD, DEFECTOS O VICIOS OCULTOS, DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL PRESENTE CONTRATO.
6. CUANDO SE TRASMITAN TOTAL O PARCIALMENTE, BAJO CUALQUIER TÍTULO, LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES PACTADAS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, CON EXCEPCIÓN DE LOS DERECHOS DE COBRO, PREVIA AUTORIZACIÓN DE "EL INSTITUTO".
7. SI LA AUTORIDAD COMPETENTE DECLARA EL CONCURSO MERCANTIL O CUALQUIER SITUACIÓN ANÁLOGA O EQUIVALENTE QUE AFECTE EL PATRIMONIO DE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO".
8. EN CASO DE QUE DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO SE RECIBA COMUNICADO POR PARTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD, EN EL SENTIDO DE QUE "EL PROVEEDOR" HA SIDO SANCIONADO O SE LE HA REVOCADO EL REGISTRO SANITARIO CORRESPONDIENTE.
9. EN EL SUPUESTO DE QUE LA COMISIÓN FEDERAL DE COMPETENCIA, DE ACUERDO A SUS FACULTADES, NOTIFIQUE A "EL INSTITUTO". LA SANCIÓN IMPUESTA A "EL PROVEEDOR", CON MOTIVO DE LA COLUSIÓN DE PRECIOS EN QUE HUBIESE INCURRIDO DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN, EN CONTRAVENCIÓN A LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 9 DE LA LEY FEDERAL DE COMPETENCIA ECONÓMICA Y 34 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

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

- A) SI "EL INSTITUTO" CONSIDERA QUE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" HA INCURRIDO EN ALGUNA DE LAS CAUSALES DE RESCISIÓN QUE SE CONSIGNAN EN LA CLÁUSULA QUE ANTECEDE, LO HARÁ SABER A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DE FORMA INDUBITABLE POR ESCRITO A EFECTO DE QUE ÉSTE EXPONGA LO QUE A SU DERECHO CONVenga Y APORTE, EN SU CASO, LAS PRUEBAS QUE ESTIME PERTINENTES, EN UN TÉRMINO DE 05 (CINCO) DÍAS HÁBILES, A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE EN QUE SURTA EFECTOS LA NOTIFICACIÓN DE LA COMUNICACIÓN DE REFERENCIA.
- B) TRANSCURRIDO EL TÉRMINO A QUE SE REFIERE EL PÁRRAFO ANTERIOR, SE RESOLVERÁ CONSIDERANDO LOS ARGUMENTOS Y PRUEBAS QUE HUBIERE HECHO VALER.
- C) LA DETERMINACIÓN DE DAR O NO POR RESCINDIDO ADMINISTRATIVAMENTE EL CONTRATO, DEBERÁ SER DEBIDAMENTE FUNDADA, MOTIVADA Y COMUNICADA POR ESCRITO A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO", DENTRO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES, AL VENCIMIENTO DEL PLAZO SEÑALADO EN EL INCISO A) DE ESTA CLÁUSULA.

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

PARA LOS EFECTOS DEL PÁRRAFO QUE ANTECEDE, Y DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 81 FRACCIÓN II DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, LA APLICACIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO SERÁ PROPORCIONAL AL MONTO DE LAS OBLIGACIONES INCUMPLIDAS, SALVO QUE POR LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS ENTREGADOS, ÉSTOS NO PUEDAN SER UTILIZADOS POR "EL INSTITUTO", POR ESTAR INCOMPLETOS, EN CUYO CASO, LA APLICACIÓN SERÁ POR EL TOTAL DE LA GARANTÍA CORRESPONDIENTE.


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

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

"EL INSTITUTO" PODRÁ DETERMINAR NO DAR POR RESCINDIDO EL CONTRATO, CUANDO DURANTE EL PROCEDIMIENTO ADVIERTA QUE DICHA RESCISIÓN PUDIERA OCASIONAR ALGÚN DAÑO O AFECTACIÓN A LAS FUNCIONES QUE TIENE ENCOMENDADAS. EN ESTE SUPUESTO, "EL INSTITUTO" ELABORARÁ UN DICTAMEN EN EL CUAL JUSTIFIQUE QUE LOS IMPACTOS ECONÓMICOS O DE OPERACIÓN QUE SE OCASIONARÍAN CON LA RESCISIÓN DEL CONTRATO RESULTARÍAN MÁS INCONVENIENTES.

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

**DÉCIMA SÉPTIMA.- RELACIONES LABORALES.-** "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" Y EL "EL INSTITUTO" SE CONSTITUYEN COMO ÚNICO PATRÓN, SEGÚN CORRESPONDA, DEL PERSONAL QUE CADA UNO OCUPE PARA CUMPLIR CON EL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 10 DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO, SIN RESERVA DE LOS DISPUESTO

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada</b> <b>del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA</b> <b>NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA</b> <b>CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
---	--	--

EN EL ARTÍCULO 132 DEL MISMO ORDENAMIENTO LEGAL, QUEDANDO TOTALMENTE A SU CARGO TODAS LAS OBLIGACIONES QUE DERIVEN DE LAS RELACIONES LABORALES, CONTRACTUALES Y FISCALES CON SUS TRABAJADORES, POR LO QUE SERÁN LOS ÚNICOS RESPONSABLES DE LAS VIOLACIONES QUE EN VIRTUD DE LAS DISPOSICIONES LEGALES Y DEMÁS ORDENAMIENTOS EN MATERIA DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL SE DERIVEN FRENTE A SU PERSONAL, LIBERANDO A "EL INSTITUTO" DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD SOLIDARIA Y RECLAMACIÓN QUE HAGAN SUS TRABAJADORES AL RESPECTO. POR LO TANTO, "EL INSTITUTO" BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA PODRÁ SER CONSIDERADO COMO PATRÓN SUSTITUTO O SOLIDARIO, NI TENDRÁ NINGUNA RESPONSABILIDAD U OBLIGACIÓN, EN RELACIÓN CON EL PERSONAL QUE UTILICE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE ESTABLECIDO QUE "EL INSTITUTO" SERÁ AJENO A LOS CONFLICTOS QUE SE DERIVEN DE LAS RELACIONES OBRERO-PATRONALES ENTRE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" Y EL PERSONAL QUE EMPLEE PARA CUMPLIR LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN ESTE CONTRATO, Y CONSECUENTEMENTE QUEDA OBLIGADO A RESARCIR A "EL INSTITUTO" DE CUALQUIER EROGACIÓN QUE ÉSTE EFECTÚE POR TAL CONCEPTO.

**DÉCIMA OCTAVA.- MODIFICACIONES.-** DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y SU REGLAMENTO, "EL INSTITUTO" PODRÁ CELEBRAR POR ESCRITO CONVENIO MODIFICATORIO AL PRESENTE CONTRATO DENTRO DE LA VIGENCIA DEL MISMO. PARA TAL EFECTO, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SE OBLIGA A PRESENTAR, EN SU CASO, LA MODIFICACIÓN DE LA GARANTÍA, EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 103 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.


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

ANEXO 1 (UNO) ANEXO 2 (DOS) ANEXO T 1 (T UNO) ANEXO T 2 (T DOS)	"DESCRIPCIÓN, CANTIDADES E IMPORTES" "DESIGNACIÓN DE ADMINISTRADOR DE CONTRATO" "DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS" -ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS -BIENES DE CONSUMO PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO -ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE -DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO
ANEXO T 3 (T TRES)	CEDULA DE VERIFICACIÓN DE LAS INSTALACIONES EN LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADAS
ANEXO T 4 (T CUATRO) ANEXO TI 5 (TI CINCO)	CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA
ANEXO TI 6 (TI SEIS) ANEXO TI 7 (TI SIETE) ANEXO TI 8 (TI OCHO) ANEXO TI 9 (TI NUEVE) ANEXO TI 10 (T DIEZ)	CALENDARIO PARA ENTREGA MENSUAL DE CATÉTERES TABLA CIFRAS DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL HEMODIÁLISIS SUBROGADO CARTA DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN FORMATO DE SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS (4-302/03) "CÉDULA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN CIVIL EN UNIDADES DE HEMODIÁLISIS"
ANEXO TI 11 (T DIEZ) ANEXO TI 12 (TI DOCE) ANEXO TI 13 (TI TRECE) ANEXO TI 14 (TI CATORCE) ANEXO TI 15 (TI QUINCE) ANEXO TI 16 (TI DIECISÉIS) ANEXO TI 17 (TI DIECISIETE)	SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7 "ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD" "DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS" "DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE" FICHA TÉCNICA DE LECTOR DE HUELLA DIGITAL FICHA TÉCNICA DE LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR POR EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEL PROVEEDOR, PARA EL REGISTRO DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS

**VIGÉSIMA.- RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.-** DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 85 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, LAS CONTROVERSIAS QUE SE SUSCITEN CON MOTIVO DE LA INTERPRETACIÓN O APLICACIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO DISTINTAS AL PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN, SERÁN RESUELTAS EN LOS TRIBUNALES FEDERALES COMPETENTES DEL ESTADO DE PUEBLA.

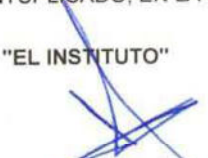
**VIGÉSIMA PRIMERA LEGISLACIÓN APLICABLE.-** LAS PARTES SE OBLIGAN A SUJETARSE ESTRICTAMENTE PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO, A TODAS Y CADA UNA DE LAS CLÁUSULAS DEL MISMO, A LA CONVOCATORIA Y SUS BASES, ASÍ COMO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR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

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

 <p>GOBIERNO DE MÉXICO</p> <p>IMSS</p>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p> <p>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p>Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p>CONTRATO No. D22SEI2224</p> <p>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</p> <p>No. AA-050GYR006-E182-2022</p> <p>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	---	---

PREVIA LECTURA Y DEBIDAMENTE ENTERADAS LAS PARTES DEL CONTENIDO, ALCANCE Y FUERZA LEGAL DEL PRESENTE CONTRATO, EN VIRTUD DE QUE SE AJUSTA A LA EXPRESIÓN DE SU LIBRE VOLUNTAD Y QUE SU CONSENTIMIENTO NO SE ENCUENTRA AFECTADO POR DOLO, ERROR, MALA FE NI OTROS VICIOS DE LA VOLUNTAD, LO FIRMAN Y RATIFICAN EN TODAS SUS PARTES, POR QUINTUPPLICADO, EN LA CIUDAD, PUEBLA, PUE., EL DÍA 19 DE MAYO DE 2022.


"EL INSTITUTO"

  
 DRA. MARÍA AURORA TREVIÑO GARCÍA  
 TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA EN EL IMSS EN PUEBLA  
 Y REPRESENTANTE LEGAL


"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"  
(PARTICIPANTE A)

  
 C. ANDRÉS CRISTÓBAL GUTIÉRREZ KATZE  
 REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA  
 MEDICA SANTA CARMEN S.A.P.I. DE C.V.

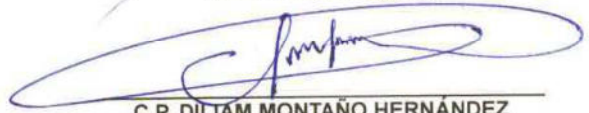
"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"  
(PARTICIPANTE B)

  
 C. ANDREA LÓPEZ SAINZ VELASCO  
 REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA  
 MEDIGRAFICOS, S.A. DE C.V.

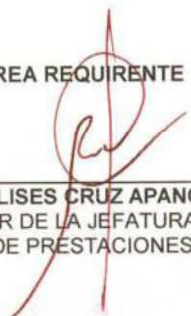
"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"  
(PARTICIPANTE C)

  
 C. YASMIN GARCÍA LUNA  
 APODERADA LEGAL DE LA EMPRESA  
 FRESENIUS MEDICAL CARE DE MÉXICO, S.A. DE C.V.

ÁREA CONTRATANTE

  
 C.P. DILIAM MONTAÑO HERNÁNDEZ  
 TITULAR DE LA COORDINACIÓN DE  
 ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ÁREA REQUIRENTE

  
 DR. ULISES CRUZ APANCO  
 TITULAR DE LA JEFATURA DE  
 SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS


ADMINISTRADOR DE CONTRATO

  
 DR. JOSÉ GERMAN SANTILLANA ARCE  
 ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DEL H.G.Z. No. 20

ADMINISTRADOR DE CONTRATO

  
 DR. VÍCTOR MARTÍNEZ AHUEJOTE  
 COORDINADOR CLÍNICO DE LA U.M.A.A.

ÁREA TÉCNICA

  
 LA DRA. GLORIA CASTILLO RODRÍGUEZ  
 COORDINADORA AUXILIAR DE ATENCIÓN MÉDICA  
 EN EL SEGUNDO

 <b>GOBIERNO DE MEXICO</b>	 <b>IMSS</b>	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla Jefatura de Servicios Administrativos Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b> SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)
--	--	---	---

CUENTA No.- 42061604

No. DE PROVEEDOR 0000135918

VIGENCIA.- DEL 01 AL 13 DE MAYO DE 2022

**ANEXO 1 (UNO)**  
**DESCRIPCIÓN, CANTIDADES E IMPORTES**


PARTIDA	DESCRIPCIÓN	HOSPITAL No.	PRESENTACIÓN	CANTIDAD MINIMA	CANTIDAD MÁXIMA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	IMPORTE MÍNIMO	IMPORTE MÁXIMO
1	SESIONES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA	UMAA	SESIÓN	2,592	6,480		\$1,367.89	\$3,545,570.88	\$8,863,927.20
2	SESIONES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA	H.G.Z. No. 20	SESIÓN	1,512	3,780		\$1,151.23	\$1,740,659.76	\$4,351,649.40
			TOTAL	4,104	10,260				
							<b>SUBTOTAL</b>	<b>\$5,286,230.64</b>	<b>\$13,215,576.60</b>
							I.V.A.	<b>\$845,796.90</b>	<b>\$2,114,492.26</b>
							<b>TOTAL</b>	<b>\$6,132,027.54</b>	<b>\$15,330,068.86</b>

**DISTRIBUCIÓN PRESUPUESTAL**

DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN	LUGAR DE ENTREGA		H.G.Z. No. 20			
		UI	CC	220101	200227		
SESIONES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA	SESIONES	PRECIO UNITARIO		CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MÁXIMA	IMPORTE MÍNIMO	IMPORTE MÁXIMO
			\$1,151.23	1,512	3,780	\$1,740,659.76	\$4,351,649.40
		SUBTOTAL		1,512	3,780	\$1,740,659.76	\$4,351,649.40
		I.V.A.				\$278,505.56	\$696,263.90
		TOTAL				\$2,019,165.32	\$5,047,913.30

DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN	LUGAR DE ENTREGA		UMAA			
		UI	CC	220501	200227		
SESIONES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA	SESIONES	PRECIO UNITARIO		CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MÁXIMA	IMPORTE MÍNIMO	IMPORTE MÁXIMO
			\$1,367.89	2,592	6,480	\$3,545,570.88	\$8,863,927.20
		SUBTOTAL		2,592	6,480	\$3,545,570.88	\$8,863,927.20
		I.V.A.				\$667,291.34	\$1,418,228.35
		TOTAL				\$4,112,862.22	\$10,282,155.55


	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p style="text-align: center;">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p style="text-align: center;">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p style="text-align: center;">CONTRATO No. D22SEI2224</p> <p style="text-align: center;">ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</p> <p style="text-align: center;">No. AA-050GYR006-E182-2022</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	---

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

Descripción del Servicio de Hemodiálisis Subrogada a Contratar

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

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

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

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

<b>Clave:</b>			
25400163	Partida 25401	Descripción: Dializador para hemodiálisis (desechable)	
53100357	Partida 53101	Descripción: Equipo para hemodiálisis	

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


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

El licitante deberá indicar la distancia entre cada unidad médica subrogada ofertada para cada partida y la unidad médica del IMSS correspondiente, de acuerdo al *Anexo T 0 (T-cero) Oferta Técnica*

Para el caso que el licitante presente oferta para más de una partida, deberá establecer el número de máquinas de hemodiálisis destinadas de forma exclusiva para cada partida, de acuerdo al *Anexo T 0 (T-cero) Oferta Técnica*, a fin de corroborar que cuenta con la cantidad de máquinas necesarias para cubrir el requerimiento de cada partida ofertada.

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

- Se encuentre certificada por el Consejo de Salubridad General o en proceso de certificación por dicho Consejo, en atención al ACUERDO por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales de la Ciudad de México (antes Distrito Federal) y municipales, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.
- Ubicarse dentro de un radio de distancia terrestre máxima de 55 (Cincuenta y cinco) kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que pretenda prestarse el servicio.
- El área de tratamiento deberá ser considerada área semirestringida (zona gris).
- La unidad de hemodiálisis subrogada deberá contar con servicio de traslado en ambulancia, en términos de la NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria, debiendo contar con las características mínimas como se indican en el numeral 4.1.4 Ambulancia de urgencias básicas, debiendo presentar como parte de su oferta el contrato y/o convenio vigente correspondiente, en caso de que la unidad de hemodiálisis subrogada no cuente con ambulancia propia; y factura en caso de que sea propia la ambulancia) para los casos que se requieran para:
  - Pacientes graves o que presenten complicaciones (pre, trans y post tratamiento) en el área de la unidad de hemodiálisis subrogada, hasta conseguir la estabilización hemodinámica del paciente para el traslado a la unidad médica de referencia.
- Contar con las áreas descritas en el apartado "Infraestructura, Equipamiento y Suministro" del presente documento, en apego a la NOM-003-SSA3-2010, "Para la práctica de la hemodiálisis".
- Central(es) de enfermeras con visibilidad de los pacientes.
- Área de aislamiento equipada destinada a pacientes con enfermedades infecto-contagiosas como: VIH o Hepatitis B o C.
- El área para cada estación de hemodiálisis deberá ser de por lo menos 1.5 x 2.0 mts. La cual se calculará con base a los metros cuadrados del área de tratamiento de hemodiálisis (área gris) y el número de máquinas que tenga la unidad subrogada de hemodiálisis.

 <b>GOBIERNO DE MEXICO</b>	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b> <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b> <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y U/AA)</b>
--	--	--

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

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

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


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

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

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

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



	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b> <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UIMAA)</b>
---	--	---

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

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

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

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


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

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

- En caso necesario de transfusión de componentes sanguíneos, que provoque descompensación aguda, el paciente deberá ser trasladado a la unidad hospitalaria de adscripción correspondiente sin costo adicional.
- Considerar como pacientes de alto riesgo a aquellos que se encuentran seropositivos con hepatitis B o C y VIH, y a los que en condiciones de urgencia, no se haya podido determinar su panel viral.
- Los pacientes que se encuentren con hepatitis B o C y VIH con prueba confirmatoria positivos, deben dializarse en riñón artificial exclusivo para este tipo de pacientes y en área aislada, siguiendo las técnicas internacionales establecidas.
- Los pacientes con hepatitis B y C y VIH deben dializarse utilizando en ellos material y equipo exclusivo. En estos pacientes no debe reutilizarse el dializador. Se deberá seguir el procedimiento de técnica de aislamiento aplicando la NOM 010-SSA2-2010 "Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana".
- El material desechable utilizado en los procedimientos de hemodiálisis, deberá ser exclusivo para cada paciente.
- El licitante deberá presentar escrito libre donde señale que cumple con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
- Aseo exhaustivo de las áreas al menos una vez por semana, utilizando detergente en todas las superficies como pisos, paredes, puertas y ventanas y/o de acuerdo a cultivos bacteriológicos realizados en el área.
- Fumigar todas las áreas de la unidad al menos una vez al mes, con plaguicidas o pesticidas y en su caso aplicar soluciones bactericidas.
- Asear y desinfectar la máquina de hemodiálisis después de cada procedimiento, de igual forma el demás mobiliario que haya sido utilizado, deberá ser aseado y sanitizado al término de cada día de uso.
- En la detección de casos nuevos de Hepatitis B, C y VIH, por la unidad de hemodiálisis subrogada, ésta deberá dar aviso al director y médico tratante del hospital de referencia, a través de nota médica de la presencia de esta patología.
- Envío de nota médica mensual a la unidad médica del Instituto de adscripción conforme a la NOM-004-SSA3-2012, "Del expediente clínico" anotando los resultados de los exámenes de laboratorio con la periodicidad referida en el apartado "La Unidad de hemodiálisis subrogada deberá realizar por cada paciente las siguientes pruebas de laboratorio con la frecuencia que a continuación se especifica", del presente documento.

**Responsabilidades del Instituto:**


- i) El Instituto a través del servicio de (Medicina Interna o Nefrología), enviará al paciente con solicitud de subrogación (4-30-2/03) debidamente acreditada por el director de la unidad y/o subdirector médico y jefe de servicio, con resumen médico, con vigencia actualizada y los estudios complementarios de laboratorio y gabinete siguientes: Biometría hemática completa, pruebas de coagulación, química sanguínea glucosa, urea y creatinina, ácido úrico, sodio, calcio, fósforo TGO, TGP, proteínas totales, albúmina panel de hepatitis B y C, VIH y placa de tórax.

 <b>GOBIERNO DE MEXICO</b>	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b> <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b> <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
--	--	--

- j) El Instituto será responsable de extender las recetas de medicamentos, incapacidades, solicitudes de interconsulta, de laboratorio y gabinete en caso necesario para cada paciente incluido en el servicio de hemodiálisis subrogada materia del presente documento.
- k) El Instituto, ratificará la continuidad del servicio de cada paciente, a través de la verificación de la vigencia de derechos actualizada.
- l) El Instituto dará continuidad a la atención de complicaciones propias de la hemodiálisis de cada paciente, que haya requerido traslado de la unidad de hemodiálisis subrogada a la unidad hospitalaria del Instituto.
- m) A través de personal autorizado por el Instituto, realizará visitas de supervisión a la unidad de hemodiálisis subrogada, a efecto de verificar la debida prestación del servicio en forma integral, ininterrumpida a lo descrito en el Anexo T4 (T-cuatro) Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada, del presente documento.
- n) Para pacientes seronegativos aplicar vacunación contra hepatitis B con doble dosis al ingresar al programa de hemodiálisis subrogada, en caso de no tenerla y completar su esquema de vacunación.
- o) Procedimiento de transfusión en caso necesario y previa valoración médica.
- p) En el caso de los accesos vasculares el Instituto será responsable de enviar al paciente a la unidad de hemodiálisis subrogada con un acceso vascular temporal o definitivo funcional.

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

- Prestar el servicio subrogado de hemodiálisis en los términos y condiciones establecidos en el contrato del cual resulte adjudicado y conforme a lo señalado en los apartados de este Anexo Técnico, los Términos y Condiciones y sus Anexos; Anexos T1 (T-uno) Requerimiento y T2 (T-dos) Propuesta de la Descripción de las especificaciones del equipo médico y bienes de consumo para realizar los tratamientos hemodialíticos, "ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MEDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS, A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES, C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATERETES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLOGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE Y E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO, T3 Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas, T4Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada, T5 Calendario para entrega de las pruebas de la calidad del agua de hemodiálisis subrogada, T6 Calendario para entrega mensual de catéteres, T7 Tabla cifras de control de registro nominal hemodiálisis subrogado, T8Directorio de unidades médicas los cuales forman parte de este documento.
- Atender de manera adecuada y oportuna las complicaciones o emergencias propias del procedimiento, (en el pre, trans y post hemodiálisis) utilizando todos los recursos humanos, materiales y equipo que se requieran, hasta conseguir la estabilización hemodinámica del paciente y su traslado a la unidad de adscripción, sin costo adicional para el Instituto. Deberá entender por complicaciones:
  - Hipotensión arterial severa, cuadro de cardiopatía isquémica aguda, descompensación metabólica aguda, bacteriemia, arritmias cardíacas, enfermedad cerebral vascular en fase de instalación y cualquier otra eventualidad aguda que comprometa la integridad y estabilidad hemodinámica del paciente.
  - Complicaciones del acceso vascular temporal que se deriven:
    - 1.- De la manipulación del catéter.
    - 2.- Disfunción inherente del catéter.
    - 3.- Generadas durante el proceso de hemodiálisis.
  - Complicaciones del acceso vascular definitivo que se deriven:
    - 1.- De la manipulación o cateterización.
    - 2.- Disfunción inherente del acceso.
    - 3.- Generadas durante el proceso de hemodiálisis.
- Deberá notificar a la unidad médica correspondiente del Instituto por vía telefónica en forma inmediata y por escrito en un plazo máximo de 24 horas siguientes a la presentación del caso de complicaciones, al director o subdirector médico de la unidad correspondiente, para la atención del médico nefrólogo tratante brindando la siguiente información:
  - Un resumen clínico del caso;
  - Detalle de la complicación;
  - Atención que se brindó, y
  - Resultados obtenidos con objeto de dar continuidad al tratamiento.
- La llamada telefónica permitirá el traslado inmediato del paciente estabilizado en ambulancia de la unidad de hemodiálisis subrogada al hospital correspondiente.

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Jefatura de Servicios Administrativos</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. D22SEI2224</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b></p>
---	---	---

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

**Cantidad de sesiones de hemodiálisis requeridas:**

La cantidad mínima y máxima de sesiones de hemodiálisis a contratar por localidad se establece en el Anexo T1 (T-uno) del presente documento, para un periodo de contratación del 13 de Mayo al 31 de Diciembre de 2022.

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

**Personal**

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


**Infraestructura, Equipamiento y Suministros**

**Área Física**

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

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

- n) El área para cada estación de hemodiálisis deberá ser de por lo menos 1.5 x 2.0 mts.

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b> <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b> <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b> <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
---	--	--

- o) Consultorio,
- p) Área de recepción de fácil acceso a los pacientes,
- q) Central de enfermeras,
- r) Almacén,
- s) Área de prelavado y de tratamiento de agua.
- t) Sanitarios para pacientes, diferenciado para hombres y mujeres, el licitante deberá presentar Bitácora con registro diario de limpieza en horarios preestablecidos, así como bitácora con registro de limpieza exhaustiva.
- u) Sanitarios para personal de la unidad,
- v) Cuarto séptico,
- w) Área administrativa,
- x) Sala de procedimientos (En caso de no encontrarse la unidad de hemodiálisis dentro de un hospital). Al menos deberá contar con lo descrito en los estándares de estructura para la autoevaluación de establecimientos de atención médica de hemodiálisis vigentes emitidos por el Consejo de Salubridad General vigentes.
- y) Instalaciones y accesorios propios para el manejo de pacientes con capacidades diferentes y
- z) Sala de espera.

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

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


- L. El licitante deberá ajustarse a lo descrito en la NOM-003-SSA3-2010 "Para la práctica de hemodiálisis".
- M. Los bienes de consumo se deberán apegar a lo descrito en el Anexo T2 (T dos).
- N. Las máquinas de hemodiálisis deberán apegarse al Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico vigente, clave 531.340.0169, y a la Clave 531.340.0227, en caso de optar por procesamiento de los dializadores.
- O. La unidad de hemodiálisis deberá contar con máquinas exclusivas y en área aislada para pacientes con seropositividad a hepatitis B, C y VIH.
- P. Las máquinas utilizadas para las sesiones de hemodiálisis deberán estar en óptimas condiciones de mantenimiento y funcionamiento y haber sido ensambladas de manera integral en el país de origen.  
No deberán contener leyendas "Only Export" ni "Only Investigation", ser modelos discontinuados o de uso no autorizado en el país de origen, contar con alertas médicas tipo I y II que sean reconocidas por organismos internacionales y por las OOAD de los ministerios de salud de cada país de origen durante los últimos 3 años. En el caso de que los equipos hayan presentado alerta médica el licitante debe contar con el alta o resolución de la misma.
- Q. Dializador de fibra hueca de membrana sintética o semisintética, biocompatibles, específicos para pacientes adultos o pediátricos según corresponda.
- R. Ácido y bicarbonato en concentraciones de acuerdo a los equipos de hemodiálisis propuestos para la prestación del servicio.
- S. Línea arteriovenosa.
- T. Agujas fistula para punción de acceso venoso y arterial.
- U. Catéter temporal o permanente o injerto vascular heterólogo.
- V. Material estéril necesario para conexión y desconexión de fistula o catéter.  
Para corroborar el cumplimiento de dichas características, deberá presentar folletos, catálogos, instructivos y, en su caso, fotografías de los equipos necesarios en idioma español y debidamente referenciados.

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

#### Requisitos del Agua a utilizar en Hemodiálisis

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

Es responsabilidad del licitante del servicio asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" desde el punto de vista bacteriológico y químico, conforme a la NOM-003-SSA3-2010 "Para la Práctica de la hemodiálisis", y las recomendaciones de la AMMI consideradas en la norma citada y siendo obligatorio contar con el reporte original de los resultados de las pruebas realizadas por un

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b> <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b> <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b> <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
---	--	--

laboratorio acreditado, antes del inicio de la prestación del servicio y en operación con la periodicidad bimestral para el análisis de contaminantes biológicos que deberán realizarse a la planta de tratamiento de agua, así como máquinas de hemodiálisis y al menos una vez al año para contaminantes químicos.

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

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

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

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


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

#### Verificación física o visitas de supervisión

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

#### Constancias con las que deberá contar el licitante:

- g) Registros Sanitarios de los equipos y de los bienes de consumo requeridos para la prestación del servicio, a excepción de aquellos que no requieran Registro Sanitario de acuerdo con la COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios).
- h) Licencia sanitaria y/o Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.
- i) Certificados de calidad vigentes en su idioma original, de los equipos y bienes de consumo que se utilizarán para la prestación del servicio, expedidos por los organismos de control y/o autoridades sanitarias del país de origen
- j) Copia del certificado de buenas prácticas de manufactura, en el idioma del país de origen de los equipos y bienes de consumo ofertados, acompañado de su traducción al español y expedido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen o copia simple del certificado FDA o Comunidad Económica Europea vigente de los equipos y bienes de consumo ofertados.
- k) Documento emitido por el Secretario del Consejo de Salubridad General, en el cual se señala que el establecimiento privado de atención médica hospitalaria con el que se ofrece el servicio al Instituto, cuenta con certificación vigente o se encuentra en proceso de certificación, en atención al Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.
- l) Durante la vigencia de la prestación del servicio del contrato, el Administrador del Contrato verificará en la página de internet del Consejo de Salubridad General (<http://www.csg.gob.mx/>), que las clínicas en donde se presten los servicios se encuentren inscritas en la Certificación de Establecimientos de Atención Médica de Hemodiálisis, ya que en caso contrario deberá dar una fecha no mayor a un mes para la entrega de la certificación correspondiente actual a ese momento y vigente.
- m) Certificado de libre-venta vigente emitido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen, en el que se señale que los equipos y bienes de consumo necesarios para la prestación del servicio pueden ser usados sin restricción de uso en el país de origen.

 <b>GOBIERNO DE MEXICO</b>	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b> <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
--	--	--

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

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

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

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

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

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

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

**Puesta a Punto del Sistema de Información**

El licitante adjudicado debe llevar a cabo la instalación y puesta en operación, del Sistema de Información e instrumentos necesarios para la atención del paciente, dentro de los 45 (cuarenta y cinco días) naturales contados a partir de la emisión del fallo.

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

**Certificación del Sistema de Información**

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

El licitante adjudicado establecerá contacto con la DSDICDS, dependiente de la CSDISA, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes a la fecha de emisión del fallo, cumpliendo con los siguientes puntos:

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

**a) Firma de Acuerdo de Confidencialidad**

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

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

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


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

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

**d) Pruebas de funcionalidad**

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



 <b>GOBIERNO DE MÉXICO</b>	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b> <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b> <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b> <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
--	--	--

La prueba final in sitio, se realizará una vez aprobado el punto anterior en la Unidad Médica adjudicada que el Instituto designe de acuerdo con el calendario de Despliegue, previamente acordado con las Unidades Médicas, con la versión aprobada del Sistema de Información en operación durante 24 (veinticuatro) horas naturales. Esta deberá ser solicitada a la DSDICDS, mediante un escrito libre en hoja membretada de la empresa, el cual se entregará en el área de Gestión de Correspondencia de la DIDI, ubicada en Tokio 80, 5to. Piso, Col Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, C.P. 06600.

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

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

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

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

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

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

**b) PARA ESTE SERVICIO, NO SE SOLICITAN PRUEBAS**

**c) MODIFICACION DE LA ESPECIFICACION TÉCNICA DE ALGUN BIEN QUE NO SE ENCUENTRE REGULADO POR EL CUADRO BÁSICO Y CATÁLOGO INSTRUMENTAL Y EQUIPO MÉDICO EMITIDOS POR LA COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL DEL CUADRO BASICO Y CATÁLOGO DE INSUMOS DEL SECTOR SALUD Y EL CBI.**


**NO APLICA**

**d) MODIFICACION DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE UN BIEN RESPECTO DE LAS ESTIPULADAS EN EL EJERCICIO ANTERIOR Y QUE DERIVADO DE LA INVESTIGACIÓN DE MERCADO, EL ÁREA CONTRATANTE ADVIERTA QUE EXISTEN CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDAN LIMITAR LA LIBRE PARTICIPACIÓN, CONCURRENCIA Y COMPETENCIA ECONÓMICA**

**NO APLICA**

**NORMAS OFICIALES MEXICANAS, NORMAS INTERNACIONALES NORMAS DE REFERENCIA O ESPECIFICACIONES CUYO CUMPLIMIENTO SE EXIGE A LOS LICITANTES, LICENCIAS, AUTORIZACIONES Y PERMISOS.**

- Norma Oficial Mexicana NOM 003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis, fecha de publicación en el DOF 8/6/2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, que establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, de fecha de publicación en el DOF 15/10/2012
- Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud, Fecha de Publicación en el DOF 30/1/2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. Fecha de Publicación en el DOF 1 /11/ 2001
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Fecha de Publicación en el DOF. 10/11/2010
- Norma Oficial mexicana NOM-001-SEDE-2012, Instalaciones Eléctricas. Fecha de Publicación en el DOF 29/1/2012
- Norma Oficial mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo. Fecha de Publicación en el DOF 12 /11/ 2010
- Norma Oficial mexicana NOM-001-STPS-2008, edificios, locales, instalaciones y áreas en los centros de trabajo-condiciones de seguridad. Fecha de Publicación en el DOF 2/10/ 2008
- Norma Oficial mexicana NOM-025-STPS-2008, Condiciones de Iluminación en los centros de trabajo. Fecha de Publicación en el DOF 12/12/ 2008

 <b>GOBIERNO DE MÉXICO</b>	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b> <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b> <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b> <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
--	--	--

- **Norma Oficial mexicana NOM-026-STPS-2008**, colores y señales de seguridad e higiene, e identificación de riesgos por fluidos conducidos en tuberías. Fecha de Publicación en el DOF 2/10/ 2008
- **Norma Oficial mexicana NOM-029-STPS-2011**, mantenimiento de las instalaciones eléctricas en los centros de trabajo-condiciones de seguridad. Fecha de Publicación en el DOF 29/12/2011
- **Norma Oficial mexicana NOM-003-SEGOB-2011**, señales y avisos para protección civil, colores, formas y símbolos a utilizar. Fecha de Publicación en el DOF 23/12/2011
- **NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013**, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria, Fecha de Publicación en el DOF: 23/09/2014
- **Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015**, Personas con discapacidad.- Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre. Fecha de Publicación en el DOF 12/08/2016
- **Norma Oficial mexicana NOM-223-SSA1-2003**: Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso, y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. Fecha de Publicación en el DOF 16/12/2003
- **2000-001-006** Norma que establece las disposiciones generales y criterio técnico médicos para la planeación, contratación, obtención y control de servicios subrogados de atención médica vigente.

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

El servicio deberá ser prestado por personal que cumpla con lo estipulado en la NOM-003-SSA3-2010 "Para la práctica de la Hemodiálisis" que a continuación se desglosa

- Deberá existir un responsable de la unidad de hemodiálisis subrogada quien deberá ser un médico especialista en nefrología, con certificado de especialización y cédula profesional, debiendo encontrarse en la unidad de hemodiálisis durante la práctica de la misma a los pacientes del Instituto.
- Deberá contar con el personal de enfermería con especialidad en nefrología o personal profesional y técnico con capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de seis meses de enfermería, el cual deberá contar con al menos una enfermera por cada 3 (tres) máquinas de hemodiálisis. Para garantizar lo anterior, durante la prestación del servicio al licitante adjudicado, el Instituto realizará verificaciones de personal que presta el servicio, durante las visitas de supervisión semestrales o las que se determinen necesarias, señaladas en los presentes Términos y Condiciones y en su caso, Anexo Técnico.

El licitante adjudicado deberá dotar en forma mensual al Instituto del número de catéteres temporales o permanentes que fueron colocados en unidades médicas del IMSS a pacientes referidos a subrogación que ingresaron el mes inmediato anterior, más 2 (dos) catéteres temporales o permanentes como lo solicite el jefe de servicio de la unidad médica de referencia de los pacientes.

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

El Instituto podrá verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad de los bienes, a través de la COCTI, cuyas muestras utilizadas para este efecto, deberán ser repuestas por el licitante adjudicado sin costo para el Instituto, al área del IMSS que así lo solicite.

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

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



 <b>GOBIERNO DE MEXICO</b>	 <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b> <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b> <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b> <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
--	---	--

Es responsabilidad del licitante adjudicado dentro del marco de los términos del contrato, proporcionar al 100% el servicio subrogado de hemodiálisis por lo que el Instituto no aceptará la omisión, suspensión o cancelación de ningún tratamiento programado, con excepción de causas médicas y no médicas que se encuentren debidamente sustentadas en nota médica y notificada a la unidad médica. Por lo anterior no se aceptará como otorgado el servicio si por causas imputables al licitante adjudicado, no se da la sesión de hemodiálisis a los pacientes del Instituto, de acuerdo con la prescripción indicada por el médico tratante del IMSS.

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

En caso de optar por el reuso de dializadores deberá contar con personal especializado para el uso de la Unidad de reprocesamiento de dializadores, mismo que deberá ser ofertado en su propuesta.

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


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

El administrador del contrato y el licitante adjudicado prestador del servicio determinarán en conjunto, las fechas mensuales en que el prestador de servicio deberá entregar los catéteres, mediante el Anexo T6 (T-seis) CALENDARIO PARA ENTREGA DE CATÉTERES.

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

"EL LICITANTE ADJUDICADO", durante la vigencia del contrato, deberá cumplir con los niveles de servicio descritos a continuación:

Concepto	Niveles de Servicio
La transición del acceso vascular temporal por un acceso vascular definitivo para los pacientes con permanencia en el programa, no deberá ser por un tiempo mayor de:	3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada.
Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI. La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.	Bimestral. (al día hábil siguiente a la conclusión del bimestre)
Reporte de laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010.	Resultados de análisis bacteriológico dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010.
La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico. Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de	Al menos una vez al año. (al día hábil siguiente a la conclusión del año)

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b> <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b> <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b> <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y U/AA)</b>
---	--	--



Concepto	Niveles de Servicio
<p>la AAMI.</p> <p>La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico. Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI.</p> <p>La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico. Dotación del mismo número de catéteres temporales o permanentes que fueron colocados a pacientes referidos a subrogación el mes inmediato anterior más 2(dos) catéteres temporales o permanentes como lo solicite el jefe de servicio</p>	<p>Resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010</p> <p>Mensualmente. (dentro de los primeros 5 días hábiles de cada mes)</p>
<p>El licitante adjudicado establecerá contacto con la División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud (DSDICDS), dependiente de la CSDISA, a efecto de establecer la estrategia de cumplimiento de los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>e) Firma del Acuerdo de Confidencialidad</li> <li>f) Designación de contacto responsable con sus datos</li> <li>g) Designación de sistema y empresa soporte</li> <li>h) Solicitud de Pruebas de funcionalidad</li> </ul>	<p>Dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes a la fecha de emisión del fallo.</p>
<p>Instalación y puesta en operación, del Sistema de Información e instrumentos necesarios para el manejo de identidad del paciente.</p> <p>El licitante proporcionará un Calendario de Despliegue del Sistema Evaluado considerando todas las Unidades de Hemodiálisis incluidas en el contrato</p>	<p>Dentro de los 45 (cuarenta y cinco) días naturales contados a partir de la emisión del fallo.</p> <p>Dentro de los 5 (cinco) días naturales posteriores a la fecha de aprobación del sistema de información.</p>
<p>Registro de la información de la sesión realizada, en la base de datos central del Instituto, conforme a la (ETIMSS), 5640-023-004 Especificación Técnica del Sistema de Información de Hemodiálisis Extramuros, necesario para la transmisión de datos a la base de datos central del Instituto.</p>	<p>En un plazo no mayor a las 24 (veinticuatro) horas, posteriores a la fecha en que se otorgó la sesión.</p>

**l) Establecer los mecanismos de comprobación, supervisión y verificación de los servicios contratados y efectivamente prestados.**

Se realiza mediante lo solicitado en el Anexo T3. Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas y el Anexo T4, Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada

**m) En caso de que se solicite el otorgamiento de anticipo, deberá señalarse el porcentaje y forma de amortización del mismo.**



 	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla  Jefatura de Servicios Administrativos  Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b>  SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)
---	--	--

**ANEXO 2 (DOS)**  
**DESIGNACIÓN DE ADMINISTRADORES DEL CONTRATO**



Puebla, Pue., a 25 de Febrero de 2022

Oficio N° JPM/CAOA/229001200100/0273/2022

**Contadora**  
**Diliam Montaña Hernández**  
**Titular de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento**


**ASUNTO: REQUERIMIENTO DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA EN LA CAPITAL DEL ESTADO DEL 01 DE MARZO AL 30 DE ABRIL DE 2022.**

En relación al requerimiento relativo al **REQUERIMIENTO DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA EN LA CAPITAL DEL ESTADO DEL 01 DE MARZO AL 30 DE ABRIL DE 2022** y en apego a los numerales 4.17, 4.24.6 4.24.7 y 5.5.3 de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PBLMAAS), **designo a los servidores públicos** cuyos nombres aparecen a continuación, mismos que fungirán como representantes del: Área técnica, Administrador del Contrato y Responsable para formalizar la recepción de los bienes y/o servicios, y que participarán en la firma del contrato que se derive del requerimiento solicitado:

<b>Administrador del Contrato:</b>	
Nombre Completo:	DR JOSE GERMAN SANTILLANA ARCE
Cargo:	DIRECTOR UMH A
Matrícula:	99323017
Unidad de Adscripción:	H.G.Z. No. 36

<b>Administrador del Contrato:</b>	
Nombre Completo:	DR. VICTOR MARTINEZ AHUEJOTE
Cargo:	COORDINADOR CLINICO U.M.A.A
Matrícula:	99221978
Unidad de Adscripción:	U.M.A.A.

<b>Representante del Área Técnica, que deberá asistir al servidor público que presida los eventos de licitación, responsable de responder las preguntas de junta de aclaraciones y realizar la evaluación técnica de las propuestas.</b>	
Nombre Completo:	DRA. GLORIA CASTILLO RODRIGUEZ
Cargo:	COORD AUX ATN MED SEGUNDO NIVEL D3YD4 80
Matrícula:	99222734
Unidad de Adscripción:	COORDINACION DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN A LA SALUD

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b>
	<b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>



-2-

Puebla, Pue., a 25 de Febrero de 2022

Oficio N° JPM/CAOA/229001200100/0273/2022

**Contadora**  
**Diliam Montaña Hernández**  
**Titular de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento**

Responsable de formalizar la recepción de los bienes y/o servicios:	
Nombre Completo:	DR. JOSE GERMAN SANTILLANA ARCE
Cargo:	ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DEL H.G.Z. No. 20
Matrícula:	99323017
Unidad de Adscripción:	H.G.Z. No. 36

Responsable de formalizar la recepción de los bienes y/o servicios:	
Nombre Completo:	DR. VICTOR MARTINEZ AHUEJOTE
Cargo:	COORDINADOR CLINICO U.M.A.A
Matrícula:	99221978
Unidad de Adscripción:	U.M.A.A.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

Atentamente

**Dr. José Guillermo Islas Hernández**  
**Titular de la Coordinación Delegacional de**  
**Prevención y Atención a la Salud**


Numeral 5.3.1 PBLA.

c.c.p.-

- Minutario
- Expediente

**Dr. Ulises Cruz Apanco**  
**Titular de la Jefatura de Servicios de**  
**Prestaciones Médicas**




	<p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p align="center">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p align="center">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p align="center">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p align="center">CONTRATO No. D22SEI2224</p> <p align="center">ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</p> <p align="center">No. AA-050GYR006-E182-2022</p> <p align="center">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	---

**ANEXO T1 (T UNO)  
DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS**

UNIDAD	RESPONSABLE DEL AREA	CORREO ELECTRÓNICO	DOMICILIO	TELEFONO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 20	DR. JOSÉ GERMÁN SANTILLANA ARCE	<a href="mailto:german.santillana@imss.gob.mx">german.santillana@imss.gob.mx</a>	AV. FIDEL VELAZQUEZ No. 4211, INFONAVIT LA MARGARITA, PUEBLA	(222)2-33-93-00
UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN AMBULATORIA	DR. VÍCTOR MARTÍNEZ AHUEJOTE	<a href="mailto:victor.martinezah@imss.gob.mx">victor.martinezah@imss.gob.mx</a>	27 NORTE Y 10 PONIENTE No. 2701, COL. SAN ALEJANDRO, PUEBLA, PUEBLA	(222) 244-98-44

ESPECIFICAR DOCUMENTO QUE SE LEVANTARA PARA HACER CONSTAR LA ENTREGA BIEN O SERVICIO: ARCHIVO LAYOUT Y FIRMA DE RECEPCIÓN POR EL JEFE DE SERVICIO Y/O DIRECTOR DE LA UNIDAD.

HORARIO: 08:00 a 16:00 hrs.

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p style="text-align: center;">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p style="text-align: center;">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p style="text-align: center;">CONTRATO No. D22SEI2224</p> <p style="text-align: center;">ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL No. AA-050GYR006-E182-2022</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	--

**ANEXO T 2 (T DOS)**  
**ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS**

A) Las características de la máquina de hemodiálisis deberán apegarse al Compendio Nacional de Insumos para la Salud clave 531.340.0169.

B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES ( EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES) apegarse al Compendio Nacional de Insumos para la Salud CLAVE:531.340.0227

Anexo T 2 (T-dos)  
**C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO**

No	Descripción	Propuesta del proveedor
1	Filtro para hemodiálisis, o dializadores de membrana sintética y/o celulosa modificada de 0.4 m <sup>2</sup> hasta 2.0 m <sup>2</sup>	
2	Juego de líneas arterial y venosa, desechable, estéril, con conectores, con o sin protectores de transductor de presión, compatible con la máquina de hemodiálisis de la marca correspondiente, con diferentes volúmenes de cebado para adulto y pediátrico.	
3	Ácido en solución líquidos concentrados para hemodiálisis de acuerdo a marca y modelo de la máquina con variabilidad en concentración de Potasio de 0 o 2.0 y Calcio de 2.5 o 3.5 mEq/L.	
4	Bicarbonato de sodio en polvo o solución. Para uso no parenteral; para conductividad de acuerdo a la marca de la máquina; para ácido específico, presentación en paquete o bolsa que se adecue a la máquina propuesta.	
5	Cánula para punción de fistula arteriovenosa interna: consta de tubo de elastómero de silicón de 15 o 30 cm. de longitud, con obturador y adaptador luer lock, mariposa y aguja calibre 15 o 16 adulto y 16 o 17 g. pediátrico. y con orificio posterior al bisel; un lumen..	
6	<p>Material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter o fistula, según corresponda, conteniendo al menos:</p> <p>Material estéril para conexión de catéter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2 pares de guantes</li> <li>2 jeringas desechables</li> <li>8 gasas</li> <li>1 campo de tela absorbente</li> </ul> <p>Material estéril para desconexión de catéter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 par de guantes</li> <li>6 gasas</li> <li>2 tapones de Luer Lock para catéter.</li> <li>1 apósito especial para catéter</li> </ul> <p>Material estéril para conexión de fistula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 par de guantes</li> <li>5 gasas</li> <li>2 campos de tela absorbente</li> </ul> <p>Material estéril para desconexión de fistula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 par de guantes</li> <li>6 gasas</li> <li>2 apósitos circulares</li> </ul>	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
del IMSS en Puebla

Jefatura de Servicios Administrativos

Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento

CONTRATO No. D22SEI2224

ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA  
NACIONAL  
No. AA-050GYR006-E182-2022

SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA  
CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)

ANEXO T 2 (T DOS)

D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL COMPENDIO NACIONAL DE INSUMOS PARA LA SALUD.

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
1	Descripción (se describen para presentación de oferta técnica)	
2	060.345.0149 Para hemodiálisis, pediátrico. Inserción en subclavia, yugular o femoral, doble lumen. Contiene: Una cánula, Una jeringa de 5 ml, Una guía de acero inoxidable. Un catéter doble lumen calibre de 8 a 10 fr, longitud 130 a 150 mm, con obturador, un dilatador y extensiones curvas. Tipo: mahurkar. Estéril y desechable	
3	060.345.2301 Para hemodiálisis. Adulto. De inserción en subclavia, yugular o femoral doble lumen, incluye: Una cánula, Una jeringa de 5 ml, Una guía de acero inoxidable. Un catéter doble lumen calibre de 11 a 12 fr, longitud de 185 a 205 mm con obturador y un dilatador con extensiones curvas. Tipo: mahurkar. Estéril y desechable	
4	060.166.0533 Catéter permanente, para hemodiálisis. Tamaño adulto, De doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetros internos de 1.80 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 2.0 mm a 3.20 mm en el lado venoso, con longitud de 31.5 a 37.0 cm, con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene: Catéter de doble lumen. Aguja introductora calibre 18 g. Introductor con camisa desprendible. Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 ml y 2 tapones de inyección. Estéril y desechable Pieza	
5	060.166.0541 Catéter permanente, para hemodiálisis. Tamaño pediátrico, de doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetro interno de 1.5 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 1.5 mm a 1.2 mm en el lado venoso, con longitud de 27.0 cm a 30.0 cm con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene: Catéter de doble lumen. Aguja introductora calibre 18 g. Introductor con camisa desprendible. Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 ml y 2 tapones de inyección. Estéril y desechable.	
6	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, ó o ptfе, estéril y desechable. Longitud 40 A 60 cm., x 5, mm., de diámetro.	
7	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfе estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 6 mm., de diámetro.	
8	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfе, estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 8 mm., de diámetro.	



GOBIERNO DE  
MÉXICO



IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
del IMSS en Puebla  
Jefatura de Servicios Administrativos  
Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento

CONTRATO No. D22SEI2224  
ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA  
NACIONAL  
No. AA-050GYR006-E182-2022  
SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA  
CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)

ANEXO T 2 (T-DOS)  
E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
1	Reclinables que logren un decúbito dorsal adecuado para procedimientos médicos durante la sesión.	
2	Seguros para el paciente y personal de enfermería	
3	Vida media promedio de uso de un año	
4	De fácil limpieza	
5	Ergonómicamente diseñado que permita el trendelemburg por cada máquina	
6	Con sistema de freno con aletas laterales en ambos lados.	

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla  Jefatura de Servicios Administrativos  Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b>  SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)
---	--	--

**ANEXO T 3 (T-TRES)**  
**CEDULA DE VERIFICACIÓN DE LAS INSTALACIONES EN LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADAS**

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

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

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

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

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

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

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

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

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
del IMSS en Puebla

Jefatura de Servicios Administrativos

Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento

CONTRATO No. D22SEI2224

ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA  
NACIONAL

No. AA-050GYR006-E182-2022

SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA  
CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)

No.	Especificación o criterio a verificar	P	SC	NC	NA
2.7	Cuenta con material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter y fistula	I			
2.8	Sillón Clínico para hemodiálisis	I			
<b>3</b>	<b>Área de lavado y Esterilización</b>				
3.1	Área de lavado y desinfección de material de curación.	O			
3.2	Si el establecimiento de atención médica de hemodiálisis es independiente del hospital debe contar con equipo esterilización, siempre y cuando no se utilice en su totalidad material desechable.	O			
<b>4</b>	<b>Área de tratamiento de agua para hemodiálisis</b>				
4.1	Cisterna con capacidad suficiente para el tamaño del establecimiento de atención médica de hemodiálisis.	I			
4.2	Bombas de impulsión	I			
4.3	Filtros de sedimentación.	I			
4.4	Filtros ablandadores.	I			
4.5	Filtros de carbón activado (2 en línea).	I			
4.6	Ósmosis inversa.	I			
4.7	Filtros de polisulfona o de poliamida después de la ósmosis.	I			
4.8	Tanque de almacenamiento con características especiales para el establecimiento de atención médica de hemodiálisis.	I			
4.9	Red de distribución con llaves para toma de muestras.	I			
<b>5</b>	<b>Servicios Auxiliares</b>				
5.1	Planta eléctrica de emergencia con capacidad para el abastecimiento de la unidad.	I			
5.2	Cuenta con ambulancia para traslado de pacientes propia y/o contrato vigente, , debiendo contar con las características mínimas al menos como se indican en el numeral 4.1.4 Ambulancia de urgencias básicas	I			
5.3	Contrato de prestación de servicio de laboratorio vigente.	I			
<b>6</b>	<b>Manuales y Registros</b>				
6.1	Resultados anual del análisis químico de la calidad del agua.	I			
6.2	Resultado bimestral del análisis bacteriológico de la calidad del agua.	I			
6.3	Manual de procedimientos técnicos del servicio de hemodiálisis	I			
6.4	Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermería	O			
6.5	Manual de operación de la máquina de hemodiálisis (en español).	I			
6.6	Manual de operación de la planta de tratamiento de agua.(en español)	I			
6.7	Archivo Clínico	O			
6.8	En el expediente se archivan las cartas de consentimiento informado	O			
6.9	El expediente se resguarda durante mínimo 5 años	O			
<b>7</b>	<b>Mantenimiento preventivo y correctivo</b>				
7.1	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de las máquinas de hemodiálisis.	I			
7.2	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta de tratamiento de agua.	I			
7.3	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico.	I			
7.4	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta eléctrica de emergencia.	I			
7.5	El personal encargado del mantenimiento cuenta con capacitación específica	I			
7.6	Existe un servicio de Ingeniería Biomédica propio o subrogado, responsable del mantenimiento del equipo	O			
7.7	Existe un plan por escrito para el mantenimiento preventivo del equipo.	I			
<b>8</b>	<b>Equipamiento de la unidad de hemodiálisis</b>				
8.1	Carro rojo con monitor y desfibrilador.	I			
8.2	Electrocardiógrafo	I			
8.3	Báscula	I			
8.4	Silla de ruedas	I			



GOBIERNO DE  
MÉXICO



IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
del IMSS en Puebla  
Jefatura de Servicios Administrativos  
Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento

CONTRATO No. D22SEI2224  
ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA  
NACIONAL  
No. AA-050GYR006-E182-2022  
SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA  
CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)

No.	Especificación o criterio a verificar	P	SC	NC	NA
8.5	Carro de curaciones	I			
8.6	Camilla con barandales	I			
9	<b>Área de consulta médica/Sala de procedimientos para las unidades que no se encuentren dentro de un hospital.</b>				
9.1	Mesa de exploración	I			
9.2	Báscula	I			
9.3	Esfigmomanómetro.	I			
9.4	Estetoscopio	I			
9.5	Negatoscopio	O			
9.6	Carro de curaciones	I			
9.7	Tripiés rodables	O			
9.8	Bancos	O			
9.9	Bancos de altura	O			
9.10	Estuche de diagnóstico	O			
10	<b>Recursos Humanos</b>				
10.1	Certificado de especialización y cédula profesional del personal médico nefrólogo	I			
10.2	Copia títulos o certificados del personal de enfermería.	I			
10.3	Constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses.	I			
10.4	Existe un rol de turnos de los médicos y un registro de su cumplimiento.	O			
10.5	Se cumple con las cantidades planeadas por el establecimiento, de personal de enfermería.	I			
11	<b>Insumos</b>				
11.1	Se tiene un inventario definido para cubrir las necesidades de insumos del establecimiento	O			
11.2	Se cumple con el inventario mínimo establecido	O			
11.3	Se tiene un botiquín para los casos de urgencias y las necesidades más comunes.	I			
12	<b>Comités</b>				
12.1	Se cuenta con un Comité y registro de infecciones dentro del establecimiento de atención médica de hemodiálisis.	O			
<b>POR EL INSTITUTO</b>		<b>POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA</b>			
<b>JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS O DIRECTOR DE UMAE</b>		<b>NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS</b>			
<b>VERIFICADOR POR EL INSTITUTO</b>		<b>PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS</b>			
<b>NOMBRE Y FIRMA</b>					



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada**  
**del IMSS en Puebla**  
**Jefatura de Servicios Administrativos**  
**Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento**

**CONTRATO No. D22SEI2224**  
**ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA**  
**NACIONAL**  
**No. AA-050GYR006-E182-2022**  
**SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**  
**CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)**

**ANEXO T 4 (T-CUATRO)**  
**CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**

INSTRUCCIONES: MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA.  
 ESTA CÉDULA DEBE SER LLENADA CON LOS DATOS GENERADOS LOS ÚLTIMOS 6 MESES.

<b>PROVEEDOR:</b>	<b>NOMBRE UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA:</b>	<b>FECHA DE LA VISITA:</b>		
<b>LOCALIDAD (DELEGACIÓN) / UMAE</b>	<b>UNIDADES MÉDICAS IMSS:</b>			
<b>DOMICILIO:</b>				
<b>CERTIFICACIÓN DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL</b>		<b>SI ( )</b>	<b>NO ( )</b>	<b>TRÁMITE ( )</b>
<b>NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS:</b>				
<b>NO. DE EQUIPOS DE HEMODIÁLISIS:</b>				
<b>MARCAS(S):</b>		<b>MODELO(S):</b>		
<b>NÚMERO TOTAL DE PACIENTES IMSS ATENDIDOS:</b>				

No.	Criterio a verificar	Si cumple	No cumple	Instrucciones para el supervisor	Observaciones
1	Registro nominal de pacientes en hemodiálisis subrogados con: acceso vascular temporal o acceso vascular definitivo.			Documento que observa el registro de pacientes subrogados, pacientes con acceso vascular temporal y acceso vascular definitivo.	
2	Periodicidad de las sesiones de hemodiálisis.			Verificar evidencias documentales del número de sesiones realizadas por paciente, prescritas por el médico IMSS.	
3	Duración de las sesiones de hemodiálisis.			Verificar evidencias documentales del tiempo de duración de las sesiones realizadas por paciente, prescritas por el médico IMSS.	
4	Resultado anual del análisis químico de la calidad del agua			Validar el resultado de la prueba química de la calidad del agua.	
5	Resultado bimestral del análisis bacteriológico de la calidad del agua, de la planta de tratamiento y máquinas de hemodiálisis.			Validar el resultado de las pruebas bacteriológicas de la calidad del agua.	
6	Sanitización del sistema de agua tratada.			Documento que exhibe el registro de sanitizaciones realizadas al sistema de tratamiento de agua para hemodiálisis y debe contener la fecha, nombre y firma de quien lo efectuó.	
6.1	Sanitarios Bitácora con registro diario de limpieza en horarios preestablecidos así como con bitácora de registro de limpieza exhaustiva.			Verificar copia de documento de bitácora con registro diario de limpieza en horarios preestablecidos así como bitácora con registro de limpieza exhaustiva de sanitarios.	
7	Copia de certificado de especialización, cédula profesional del médico nefrólogo responsable de la unidad			Verificar copia de certificado de especialización y cédula profesional del médico nefrólogo responsable de la unidad del médico nefrólogo.	
8	Copia de títulos o certificados que comprueben estudios de enfermería.			Verificar copia de títulos o certificados que comprueben estudios de enfermería.	
9	Existe por lo menos un médico por turno.			Verificar documento de rol de médicos.	
10	Constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses del personal de enfermería.			Documento que demuestre la constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses.	
11	Registro de tratamientos suspendidos y sus causas.			Validar registro de tratamientos suspendidos y sus causas.	



GOBIERNO DE  
MÉXICO



IMSS

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
del IMSS en Puebla**

**Jefatura de Servicios Administrativos**

**Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento**

**CONTRATO No. D22SEI2224**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA  
NACIONAL**

**No. AA-050GYR006-E182-2022**

**SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA  
CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)**

12	Registro de pacientes según tipo de serología positiva			Validar registro de pacientes según tipo de serología positiva	
13	Registro de pacientes con seroconversión			Validar registro de pacientes con seroconversión	
14	Cumplimiento de lavado de manos por parte del personal de enfermería.			Documento que demuestre capacitación en el lavado de manos	
15	Al ingreso al tratamiento de hemodiálisis, los pacientes deberán ingresar con Indumentaria limpia, sin objetos que ocasionen contaminación durante la sesión de hemodiálisis			Verificar al ingreso de los pacientes al área gris del tratamiento de hemodiálisis no traigan objetos que pudieran contaminar durante el proceso del tratamiento.	

**POR EL INSTITUTO**

**NOMBRE Y FIRMA  
JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS /  
DIRECTOR DE UMAE**

**VERIFICADOR POR EL INSTITUTO**


**NOMBRE Y FIRMA**

**POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**

**NOMBRE Y FIRMA  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS**

**PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS**

**NOMBRE Y FIRMA**

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla  Jefatura de Servicios Administrativos  Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	CONTRATO No. D22SEI2224  ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL No. AA-050GYR006-E182-2022  SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)

**ANEXO TI 5 (TI CINCO)**  
**CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**

DELEGACIÓN/UMAE: \_\_\_\_\_

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_


PROVEEDOR:	UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA:
	NÚMERO DE CONTRATO:

AÑO:	PRUEBAS BIOLÓGICAS (BIMESTRAL)		PRUEBAS QUÍMICAS (ANUAL)		
	MES	FECHA MÁXIMA DE ENTREGA	CUMPLE CON ESPECIFICACIONES (SI/NO)	FECHA MÁXIMA DE ENTREGA	CUMPLE CON ESPECIFICACIONES (SI/NO)
	ENERO				
	FEBRERO				
	MARZO				
	ABRIL				
	MAYO				
	JUNIO				
	JULIO				
	AGOSTO				
	SEPTIEMBRE				
	OCTUBRE				
	NOVIEMBRE				
	DICIEMBRE				

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

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

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

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla  Jefatura de Servicios Administrativos  Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> No. AA-050GYR006-E182-2022  SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)

**ANEXO TI 6 (TI SEIS)  
CALENDARIO PARA ENTREGA MENSUAL DE CATÉTERES**

DELEGACIÓN/UMAE: \_\_\_\_\_

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_


PROVEEDOR:	UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA:
	NÚMERO DE CONTRATO:

AÑO:	CATÉTER PERMANENTE	CATÉTER TEMPORAL	TOTAL
MES	CANTIDAD	CANTIDAD	
ENERO			
FEBRERO			
MARZO			
ABRIL			
MAYO			
JUNIO			
JULIO			
AGOSTO			
SEPTIEMBRE			
OCTUBRE			
NOVIEMBRE			
DICIEMBRE			

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

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


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

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
---	--	--

**ANEXO TI 7 (TI SIETE)**  
**TABLA CIFRAS DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL HEMODIÁLISIS SUBROGADO**

PROVEEDOR	Del	DELEGACION	Tipo	Número	CLV PRES	No CONTRATO	IMPORTE MENSUAL EJERCIDO	REALIZADO	Modalidad	MES	Año
(Nombre del Proveedor)	(Número de la Delegación)	(Nombre de la Delegación)	(Tipo de la Unidad Médica, Referencia Catálogo de Procedimientos)	(Número de la Unidad Médica)	(Clave presupuestal de la Unidad Médica o UMAE)	(Número de Contrato)	(Importe Mensual de las Sesiones realizadas)	(Número de Sesiones Realizadas)	(Hemodiálisis Subrogada)	(Del 26 al 25 de cada mes)	(Año)
Razón Social	05	Coahuila	HGZMF	16	050901022151	No. Contrato	NNNN.dd	NNNNN	HS	11	2020

La parte sombreada es un ejemplo.

 <p>GOBIERNO DE MÉXICO</p> <p>IMSS</p>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p> <p>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p>Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p>CONTRATO No. D22SEI2224</p> <p>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</p> <p>No. AA-050GYR006-E182-2022</p> <p>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	---	---

**ANEXO TI 8 (TI OCHO)  
CARTA DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CONVOCANTE**

**[NOMBRE]**, EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA **[NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL LICITANTE O DISTRIBUIDOR]**, Y EN TÉRMINOS DEL PUNTO **CERTIFICACIÓN 2015 DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN**, DEL CONTRATO NÚMERO \_\_\_\_\_ DE LA ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS NO. [NO. DE ADJUDICACIÓN], MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

- , QUE ME COMPROMETO A SOLICITAR, EJECUTAR Y ACREDITAR LAS PRUEBAS DE INTEROPERABILIDAD DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN CON LOS SISTEMAS DEL INSTITUTO DE ACUERDO CON LA FUNCIONALIDAD DESCRITA EN LA ETIMSS 5640-023-004, PREVIO A SU IMPLEMENTACIÓN EN LAS UNIDADES MÉDICAS, DENTRO DEL PLAZO ESTABLECIDO POR LA CONVOCANTE.

**[LUGAR Y FECHA]**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL LICITANTE**




INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
del IMSS en Puebla  
Jefatura de Servicios Administrativos  
Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento

CONTRATO No. D22SEI2224  
ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA  
NACIONAL  
No. AA-050GYR006-E182-2022  
SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA  
CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)


**ANEXO TI 9 (TI NUEVE)**  
**Formato de Solicitud de Subrogación de Servicios (4-302/03)**

		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS		FOLIO: 2	
SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS (4-30-2/03)		Fecha: DIA MES AÑO 3			
1 DELEGACIÓN/UMAE					
UNIDAD MÉDICA: 4		PACIENTE: 5			
CLAVE PRESUPUESTAL:		NOMBRE:			
TIPO Y NÚMERO:		SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
LOCALIDAD:		No. DE SEGURIDAD SOCIAL AGREGADO			
SERVICIO QUE DERIVA: 6		CURP:			
NOMBRE:		RAMO DE SEGURO QUE SE AFECTA: 9			
DIRECCIÓN:		RT <input type="checkbox"/> EG <input type="checkbox"/> MAT <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> PEND <input type="checkbox"/> Spf AM <input type="checkbox"/>			
TIPO DE SERVICIO:		10 TIPO DE SUBROGACIÓN			
ORDINARIO: <input type="checkbox"/> 7 URGENCIA: <input type="checkbox"/>		ÚNICA MÚLTIPLE HEMODIÁLISIS SUBROGADA			
MOTIVO DE SUBROGACIÓN: 8		VIGENCIA DE DERECHOS 11			
CS <input type="checkbox"/> FP <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> FI <input type="checkbox"/>					
12 DIAGNOSTICO(S) Y RESUMEN CLÍNICO:					
13 GRUPO A SUBROGAR:					
CONSULTA MEDICINA FAMILIAR: <input type="checkbox"/>		CONSULTA ESPECIALIDADES <input type="checkbox"/>		CONSULTA DENTAL <input type="checkbox"/>	
HOSPITALIZACIÓN MÉDICA <input type="checkbox"/>		HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA <input type="checkbox"/>		MATERNO INFANTIL <input type="checkbox"/>	
AUX DE DX EN LABORATORIO <input type="checkbox"/>		AUX DE DX EN GABINETE <input type="checkbox"/>		AUX DE TRATAMIENTO <input type="checkbox"/>	
14 SERVICIO (S) A SUBROGAR					
CANTIDAD		ESPECIFICAR			
15 PROVEEDOR					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:				RFC:	
DOMICILIO:				TEL:	
CONTRATO No.:				AL:	
ELABORÓ 16		Vo. Bo. JEFE DE SERVICIO 17		AUT. DIRECTOR UNIDAD 18	
NOMBRE:					
MATRÍCULA:					
FIRMA					
19 CONSTANCIA DE QUE EL SERVICIO SE RECIBIÓ					
NOMBRE:		FAMILIAR: <input type="checkbox"/>		RESPONSABLE: <input type="checkbox"/>	
PACIENTE: <input type="checkbox"/>				PARENTESCO	
DIRECCIÓN:				TEL:	
FECHA:				FIRMA:	

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
---	--	--

**Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03)**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

- | No.  | DATO                                 | ANOTAR  |
|--|--------------------------------------|---|
| 1  | <b>Delegación y UMAE</b>             | El nombre de la Delegación o UMAE de las cuales depende la unidad médica.   |
| 2  | <b>Folio</b>                         | El número consecutivo que corresponda, estructurados de seis dígitos; de izquierda a derecha, los cuatro primeros serán continuos utilizando ceros a la izquierda para no dejar espacios en blanco, los dos siguientes serán los dos últimos dígitos de la terminación del año respectivo. Su corte será por año natural.   |
| <p>NOTA: Deberá procurarse sea pre impreso. El dato servirá a la Dirección de la Unidad para el control diario de las solicitudes que se expidan y su correlación con la estadística mensual que se genere con base en los servicios médicos subrogados pagados.</p> |                                      |   |
| 3  | <b>Fecha</b>                         | Con números arábigos el día, mes y año en que se solicita el servicio. Si el dato es de un dígito, anteponer un 0. Para referir el año, invariablemente se utilizarán cuatro dígitos. (Ejem. 08-02-2002).   |
| 4  | <b>Unidad Médica</b>                 | La clave presupuestal, el tipo, número y su localidad. (Ejem. UMF 4, San Mateo del Mar, Oax.).  |
| 5  | <b>Paciente</b>                      | Los datos que identifican a la o el paciente como son: apellido paterno, materno y el o los nombres, sexo y número de seguridad social con su agregado y su CURP.   |
| 6  | <b>Servicio que deriva</b>           | El nombre del departamento donde se genera la solicitud del Servicio/ Departamentos (consulta externa de medicina familiar o especialidad, urgencias, cirugía, medicina interna, pediatría o ginecología y obstetricia y en su caso, la sub especialidad).  |
| 7  | <b>Tipo de servicio</b>              | Con una X ordinario o urgente, de acuerdo a la oportunidad con la que determine la o el médico tratante debe recibir el servicio la o el paciente.  |
| 8  | <b>Motivo de subrogación</b>         | CS: carencia del servicio, FP: falta de personal, FE: falta de equipo o equipo descompuesto, FI: falta de insumos.  |
| 9  | <b>Ramo de seguro que se afecta</b>  | Con una X el recuadro que corresponda, apoyándose de los medios propicios para su adecuada identificación, inclusive con interrogatorio a la o el paciente o su acompañante. (RT: riesgo de trabajo; EG: enfermedad general MAT maternidad; IV: invalidez y vida; PEN: pensionado; SpFAM: seguro de salud para la familia). |
| 10   | <b>Tipo de subrogación</b>           | Con una X el recuadro que corresponda según sea el caso, única si el servicio subrogado se otorga por única ocasión, múltiple cuando el servicio se otorga por más de una ocasión o Hemodiálisis Subrogada cuando la o el paciente es enviado a este programa.  |
| 11   | <b>Vigencia de derechos</b>          | La certificación que hace el área de control de prestaciones antes del visto bueno de la o el Jefe de Servicio o Jefe de Departamento Clínico.  |
| 12   | <b>Diagnóstico y Resumen clínico</b> | El nombre de los procedimientos o los diagnósticos de certeza o presuncional, y todos aquellos signos o síntomas que sustenten la solicitud del servicio, los cuales serán evaluados y sancionados en su oportunidad por la o el Jefe de Departamento Clínico y/o la o el Director o encargado de la unidad médica.         |
| 13   | <b>Grupo a subrogar</b>              | Con una X en el grupo a subrogar que corresponda el estudio a practicar ejemplo: Tomografía pertenece a Auxiliares de Diagnostico Gabinete.   |
| 14   | <b>Servicio (s) a subrogar</b>       | La cantidad y el tipo de servicio que se requiere practicar a la o el paciente para su atención.  |
| 15   | <b>Proveedor</b>                     | El nombre completo o razón social del prestador de los servicios subrogados, RFC, domicilio, teléfono, número de contrato y vigencia, con base al registro de proveedores que elabore cada unidad médica.   |
| 16   | <b>Elaboró</b>                       | Nombre, matrícula y firma de la o el responsable de su elaboración.   |
| 17   | <b>Vo. Bo.</b>                       | Jefe de Servicio Nombre, matrícula y firma.   |


	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>

18 **Aut. del Director de la Unidad** Nombre, matrícula y firma de la o el Director de la unidad médica o de quien él designe.

19 **Constancia de que el servicio se recibió** Datos generales de la o el paciente, familiar o responsable que firmará después de recibir el SS.

**Anexo T 9 BIS Características de operación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada**

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

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>



**ANEXO TI 10 (TI Diez)**

**“CÉDULA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN CIVIL EN UNIDADES DE HEMODIÁLISIS”**

Número	Sistema de Alarma	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
	Calle con Número:			
	Colonia:			
	Municipio o Delegación:			Entidad:
	Director:			
1	Sistema de alarma cuenta con panel de control, batería de respaldo, señal de alerta visual y auditiva (sirena y luz estrobo), está enlazada a una central o servicio de emergencia	5		
	Sistema de alarma cuenta con panel de control, batería de respaldo, señal de alerta visual y auditiva (sirena y luz estrobo), pero no está enlazada a una central o servicio de emergencia	3		
	No cuenta con sistema de alarma o al existente le faltan dos o más de los elementos solicitados	0		

Número	Detectores de Incendio (humo)	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
2	Hay un detector por cubículo, por pasillo, y en superficies mayores, uno por cada 80 metros cuadrados; instalación cableada e integrados al sistema de alarma y conectados a un tablero con indicadores luminosos.	5		
	Hay un detector por cubículo, por pasillo, y en superficies mayores, uno por cada 80 metros cuadrados; pero su funcionamiento es únicamente a base de batería y tiene bitácora de mantenimiento semanal	3		
	No hay detectores de humo en el número requerido.	0		

Número	Extintores	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
3	Colocados a 15 metros desde cualquier lugar ocupado, a una altura máxima de 1.5 metros a la parte más alta del equipo, con carga vigente, en sitios visibles y señalizados, de fácil acceso y libres de obstáculos, cerca de puertas y trayectos normalmente recorridos y acorde a la clase de fuego que se pueda presentar.	5		
	No cuenta con el número de extintores requerido y/o no cumplen con las características solicitadas.	0		

 	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b> <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b> <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b> <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
---	--	--

Número	Iluminación de Emergencia	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
4	Iluminación de emergencia, ubicada en rutas de evacuación, áreas de tránsito y donde la interrupción de la fuente de luz artificial representa un riesgo; debe entrar en funcionamiento automático, enciende una o más lámparas cuando el flujo de corriente eléctrica se interrumpe.	3		
	Cumple con todo lo solicitado, excepto que no entra en funcionamiento automático.	1		
	No cuenta con iluminación de emergencia.	0		

Número	Película de Protección en Cristales	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
5	El Programa Interno de Protección Civil, de acuerdo a los riesgos detectados, establece la necesidad de aplicar a los cristales de ventanas y puertas una película de protección que los hace inastillables y la Unidad de Hemodiálisis ya cuenta con ella, o no se requiere.	5		
	El Programa Interno de Protección Civil establece la necesidad de aplicar película de protección a los cristales, pero no se han aplicado.	0		

Número	Equipo de Protección Personal e Identificador	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
6	Equipo de protección personal: Consta como mínimo de elemento identificador (chaleco, brazalete, gorra, etc.), casco protector, guantes (carnaza y hule), lámpara sorda y silbato.	3		
	No cuenta con equipo de protección personal.	0		

Número	Capacitación	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
7	Constancia de capacitación del personal en el uso de extintores y procedimientos de evacuación, así como de capacitación de los integrantes de la Unidad Interna de Protección Civil.	5		
	Sólo parte del personal cuenta con constancia de capacitación en el uso de extintores o procedimientos de evacuación.	3		
	No se tiene constancia de la capacitación.	0		

Número	Salidas de Emergencia	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
8	Se cuenta con dos salidas de emergencia, considerando la puerta de acceso, con ancho mínimo de 1.20 metros y 2.10 metros de altura; abatibles en sentido de la salida, con barra anti-pánico colocada a 1.10 metros de altura, o un mecanismo que la cierre y otro que permita abrirla desde adentro mediante una operación simple de empuje, con sistema de detección de apertura y debidamente identificada.	5		
	No cuenta con salida de emergencia adicional a la de la entrada o esta no cumple alguna de las características solicitadas.	0		

Número	Programa Interno de Protección Civil	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
9	Programa Interno de Protección Civil y Brigadas aprobado por la autoridad en Protección Civil.	5		
	Se tiene el programa Interno de Protección Civil en proceso de aprobación por la autoridad en Protección Civil.	3		



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla**

**Jefatura de Servicios Administrativos**

**Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento**

**CONTRATO No. D22SEI2224**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL  
No. AA-050GYR006-E182-2022**

**SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)**

No se cuenta con el Programa Interno de Protección Civil.	0		
---	---	--	--

Número	Simulacros con evacuación	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
10	Acredita la realización de simulacros en el número establecido por la autoridad local y por lo menos uno, con hipótesis de incendio, con evidencia documental y fotográfica; la evacuación del inmueble se efectúa en un tiempo igual o menor a tres minutos.	5		
	Acredita la realización de simulacros en el número establecido por la autoridad local y por lo menos uno, con hipótesis de incendio, con evidencia documental y fotográfica; la evacuación del inmueble se efectúa en un tiempo mayor a tres minutos.	3		
	No ha efectuado simulacros o el último tiempo acreditado de evacuación es mayor a 3 minutos.	0		

Número	Licencias, Dictámenes y Certificaciones	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
11	Cuenta con visto bueno de la autoridad de protección civil, certificación del mantenimiento de equipos extintores, del estado de instalaciones eléctricas y de gas, dictamen de revisión estructural, licencias de funcionamiento y uso de suelo, contratos de servicio de alarma y seguridad, en su caso, bitácoras de mantenimiento y pólizas de seguro de responsabilidad civil con vigencia igual a la del contrato.	5		
	Cuenta con todos los documentos señalados, salvo contratos de servicio de alarma.	3		
	Falta alguno de los documentos señalados (a excepción de servicio de alarma).	0		

Número	Señalización	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
12	Las rutas de evacuación, zonas de menor riesgo, pasillos de rutas de evacuación y puntos de reunión cuentan con señalización que indican la dirección de la ruta que conduce hacia una zona de seguridad previamente establecida e identificada o punto de reunión.	3		
	No cuenta con señalización de rutas de evacuación, pasillos de rutas de evacuación y puntos de reunión.	0		

Número	Rutas de Evacuación y Puntos de Reunión	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
13	Pasillos, corredores, rampas y escaleras que sean parte del área de salida (rutas de evacuación) deben estar libres de obstáculos y permitir la circulación de dos personas adultas simultáneamente, y la distancia del recorrido de cualquier punto a la salida no deberá ser mayor a 40 metros, en caso contrario se deberá garantizar que el tiempo máximo de evacuación a un lugar seguro sea igual o menor a 3 minutos.	3		
	La distancia del recorrido de cualquier punto a la salida es mayor a 40 metros y el tiempo máximo de evacuación a un lugar seguro es mayor a 3 minutos.	0		

Número	Escaleras y rampas	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b> <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b> <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b> <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>

14	<p>Las escaleras tienen un ancho mínimo de 0.90 metros, con dos pasamanos fijos a una altura de 0.60 y 0.90 metros, los elementos verticales de los barandales (balaustres) se encuentran colocados en cada escalón en caso de que no se cuente con baranda ó a cada cuatro escalones en caso de contar con ella; cuentan con al menos con un descanso; el ancho de los descansos es igual o mayor a la anchura reglamentaria de la escalera; la huella de los escalones tiene un ancho mínimo de 0.27 metros, y cuenta con material antiderrapante; los escalones tienen como máximo una altura de 0.23 metros.</p> <p>Rampas con de mínimo 1.20 metros de ancho y pendiente no mayor de 6%, el acabado de la rampa con textura antiderrapante y barandales a 0.90metros para adultos, y a 0.60 metros para menores.</p>	3	
	No cumple con alguno de los requisitos.	0	

Número	Puertas Internas	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
15	Las Puertas internas tienen como mínimo 0.90 metros de ancho por 2.10 metros de altura y su abatimiento no obstaculiza el sentido de la ruta de evacuación.	3		
	Su abatimiento obstaculiza el sentido de la ruta de evacuación.	1		
	Las puertas no tienen las medidas señaladas.	0		

Número	Materiales de Construcción con Retardante al Fuego	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
16	Cuenta con retardante al fuego en paredes que no son de ladrillo, postes, vigas y techumbres de madera.	5		
	No cuenta con retardante al fuego en paredes que no son de ladrillo, postes, vigas y techumbres de madera.	0		

<b>Total</b>	
--------------	--

Referencia para Contratación		
No contratación	Contratación Condicionada	Contratación
Rojo	Amarillo	Verde
0 a 29	30 a 57	58 a 76

**Nota:**

Un puntaje "0" en cualquiera de los parámetros que a continuación se enlistan, imposibilitan la contratación del Servicio Subrogado de Hemodiálisis.

- 1.- Sistema de Alarmas
- 2.- Detectores de Humo
- 3.- Extintores
- 4.- Capacitación
- 5.- Salida de Emergencia
- 6.- Programa de Protección Civil
- 7.- Simulacros de Evacuación
- 8.- Licencias, Dictámenes y Certificaciones

<b>POR EL INSTITUTO</b>
Jefe del Departamento de Conservación y Servicios Generales en Delegación ó UMAE

<b>DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS</b>

<b>VERIFICADOR POR EL INSTITUTO</b>
Técnico Especialista en Seguridad en el Trabajo

<b>VERIFICADOR POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS</b>

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p style="text-align: center;">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p style="text-align: center;">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p style="text-align: center;">CONTRATO No. D22SEI2224</p> <p style="text-align: center;">ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL No. AA-050GYR006-E182-2022</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	--

**ANEXO TI 11 (TI OCE)  
SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7**

EN HOJA MEMBRETADA DE LA EMPRESA


**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CONVOCANTE**

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

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL LICITANTE  
INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO

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

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p style="text-align: center;">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p style="text-align: center;">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p style="text-align: center;">CONTRATO No. D22SEI2224</p> <p style="text-align: center;">ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</p> <p style="text-align: center;">No. AA-050GYR006-E182-2022</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	---

**ANEXO TI 12(TI DOCE)  
ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD**

**ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD**

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

=====

Ciudad de México., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

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

**CLÁUSULAS**

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

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


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

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

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

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

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

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p style="text-align: center;">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p style="text-align: center;">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p style="text-align: center;">CONTRATO No. D22SEI2224</p> <p style="text-align: center;">ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</p> <p style="text-align: center;">No. AA-050GYR006-E182-2022</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	---

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

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

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

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

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


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

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

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

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



	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada</b>  <b>del IMSS en Puebla</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Jefatura de Servicios Administrativos</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. D22SEI2224</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA</b>  <b>NACIONAL</b>  <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA</b>  <b>CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b></p>
---	---	---

**ANEXO TI 13 (TI TRECE)**  
**DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE**

**DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS**

[HOJA MEMBRETADA POR EL PROVEEDOR DEL SERVICIO]

[LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL OFICIO]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ATENCIÓN:

[Administrador del contrato]

P R E S E N T E

Estimado [ADMINISTRADOR DEL CONTRATO AL MOMENTO DE EXPEDICIÓN] a nombre de mi representada [NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR QUE OTORGA EL SERVICIO] me permito por medio del presente dar a conocer los datos de contacto de la persona(s) responsable(s) de establecer comunicación entre el Instituto y nuestra representada para todo lo referente al Sistema de Información, de acuerdo al Anexo TI3 (TI TRES), los cuales se detallan a continuación:


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

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

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos.

ATENTAMENTE

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

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p style="text-align: center;">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p style="text-align: center;">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p style="text-align: center;">CONTRATO No. D22SEI2224</p> <p style="text-align: center;">ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL No. AA-050GYR006-E182-2022</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	--

**ANEXO TI 14 (TI CATORCE)  
DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE**

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

[LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL OFICIO]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ATENCIÓN:  
[Administrador del contrato]  
P R E S E N T E

Estimado [ADMINISTRADOR DEL CONTRATO AL MOMENTO DE EXPEDICIÓN] a nombre de mi representada [NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR QUE OTORGA EL SERVICIO] me permito por medio del presente dar a conocer los datos del (los) Sistema(s) de Información que propone implantar en las Unidades de Atención y la(s) empresa(s) que le dará soporte, de acuerdo al Anexo T4 (T Cuatro) "Designación de sistema y empresa soporte", los cuales se detallan a continuación:

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

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

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos.


ATENTAMENTE

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

Área Integradora y Técnica, en términos de las funciones sustantivas del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas.

Nota importante: Los Anexos "ANEXO NÚMERO TI 1 (TI UNO) SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL 2021", "ANEXO NÚMERO TI 2(TI DOS) ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD 2021", "ANEXO NÚMERO TI 3 (TI TRES) DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE 2021" y "ANEXO NÚMERO TI 4 (TI CUATRO) DESIGNACIÓN DE SISTEMA

Y EMPRESA SOPORTE 2021" que forman parte integrante de este documento, son responsabilidad y competencia de la Coordinación Técnica de Servicios Digitales y de Información para la Salud, de la Coordinación de Servicios Digitales y de Información para la Salud y Administrativos de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, o a través del Coordinador Delegacional de Informática / ingeniero Biomédico, según corresponda

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada</b> <b>del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA</b> <b>NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA</b> <b>CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
---	--	--

**ANEXO TI 15 (TI QUINCE)**  
**FICHA TÉCNICA DE LECTOR DE HUELLA DIGITAL**

NO	CARACTERÍSTICA	REQUERIDO/OPCIONA L	PROPUESTA DEL LICITANTE
1	ROBUSTO, RESISTENTE AL USO RUDO.	OPCIONAL	
2	INSTALACIÓN A TRAVÉS DE USB.	REQUERIDO	
3	DETECTAR DEDOS SECOS/HÚMEDOS/HUELLAS GASTADAS.	REQUERIDO (AL MENOS UNO)	
4	RESOLUCIÓN ESCÁNER ÓPTICO DE AL MENOS 500 DPI A ESCALA DE GRISES DE 8 BITS, SEGÚN ESTÁNDARES DEL NIST.	REQUERIDO	
5	TAMAÑO DE IMAGEN 480 X 320 PÍXELES, AL MENOS.	REQUERIDO	
6	ÁREA DE CAPTURA AL MENOS DE 1.6 CM X 2.4 CM.	REQUERIDO	
7	DISTORSIÓN MENOR DE 1.0%.	OPCIONAL	
8	ESCÁNER CON CERTIFICACIÓN IQS OTORGADO POR EL FBI.	REQUERIDO	
9	RANGO DE TEMPERATURA AL MENOS DE -5 °C A 50 °C.	REQUERIDO	
10	ALIMENTACIÓN DC 5 [V].	REQUERIDO	
11	DIMENSIONES MÁXIMAS (MM) 90 X 80 X 60 MM.	REQUERIDO	
12	FAR (FALSA ACEPTACIÓN) <=0.001%.	OPCIONAL	
13	FRR (FALSO RECHAZO) <=1%.	OPCIONAL	
14	INTEROPERABLE CON MINEX, ANSI 378, ANSI 381, ISO 19794-2-2005.	REQUERIDO	
15	CUMPLIR CON LOS ESTÁNDARES DATA FORMAT FOR THE INTERCHANGE OF FINGERPRINT, FACIAL & OTHER BIOMETRIC INFORMATION – PART 1 (ANSI/NIST-ITL 1-2007)	OPCIONAL	
16	CUMPLIR CON LOS ESTÁNDARES DATA FORMAT FOR THE INTERCHANGE OF FINGERPRINT, FACIAL & OTHER BIOMETRIC INFORMATION PART 2: XML VERSION (ANSI/NIST-ITL 2-2008).	OPCIONAL	
17	CUMPLIR CON ENERGY STAR	OPCIONAL	
18	CUMPLIR CON LA NORMA NOM-019-SCFI-1998.	REQUERIDO	
19	EL SOFTWARE ASOCIADO AL LECTOR DE HUELLA (SDK) DEBERÁ INCLUIR LAS LIBRERÍAS NECESARIAS PARA INTEGRARSE FÁCILMENTE CON APLICACIONES CLIENTE /SERVIDOR DISEÑADAS EN ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES LENGUAJES: JAVA, VISUAL BASIC, LENGUAJE "C" U OTRO (DE ACUERDO AL SISTEMA OPERATIVO Y VERSIÓN QUE UTILICE EL PROVEEDOR).	REQUERIDO	
20	LOS CONTROLADORES DEL LECTOR DE HUELLA DEBERÁN SER COMPATIBLES CON LOS SISTEMAS OPERATIVOS MICROSOFT WINDOWS, LINUX, OSX U OTRO (DE ACUERDO AL SISTEMA OPERATIVO Y VERSIÓN QUE UTILICE EL PROVEEDOR).	REQUERIDO	

 <p>GOBIERNO DE MÉXICO IMSS</p>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p> <p>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p>Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p>CONTRATO No. D22SEI2224</p> <p>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</p> <p>No. AA-050GYR006-E182-2022</p> <p>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
--	---	---

**ANEXO TI 16 (TI DIECISÉIS)  
FICHA TÉCNICA DE LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS**

NO	DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	PROPUESTA DEL LICITANTE
1	TIPO DE LECTOR: BIDIMENSIONAL	
2	LECTURA DEL ESTÁNDAR: PDF Y 2D	
3	DISTANCIA MÍNIMA DE LECTURA: 25 CM	
4	CONTRASTE DE IMPRESIÓN: DIFERENCIA MÍNIMA REFLEJANTE DE 20%	
5	DEBE INCLUIR LA INTERFAZ QUE CORRESPONDA DE ACUERDO A LAS PC'S INCLUIDAS COMO PARTE DEL SERVICIO.	
6	ESPECIFICACIÓN DE CAÍDAS: EL LECTOR DEBERÁ FUNCIONAR SIN ANOMALÍAS TRAS VARIOS IMPACTOS SOBRE CONCRETO DESDE 1,5 M	
7	EFECTO DE LA LUZ AMBIENTAL: NO LE AFECTA LA EXPOSICIÓN A LAS CONDICIONES DE	
8	ILUMINACIÓN NORMALES EN FÁBRICAS Y OFICINAS, NI TAMPOCO LA EXPOSICIÓN DIRECTA A LA LUZ DEL SOL	
9	SELLADO CONTRA AGUA Y OTRAS PARTÍCULAS	
10	SOPORTE MULTIPROPÓSITO	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
del IMSS en Puebla

Jefatura de Servicios Administrativos

Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento

CONTRATO No. D22SEI2224

ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA  
NACIONAL  
No. AA-050GYR006-E182-2022

SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA  
CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)

## ANEXO TI 17 (TI DIECISIETE) REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR POR EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEL PROVEEDOR, PARA EL REGISTRO DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS

EL SISTEMA DEL PROVEEDOR PARA EL SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ GENERAR UN REPORTE QUE CONTenga EL REGISTRO DE LAS SESIONES OTORGADAS A LOS PACIENTE AUTORIZADOS PARA EL PAGO DE LAS MISMAS. EL REPORTE DEBERÁ SERÁ GENERADO EN UN FORMATO DE DATOS BASADO EN EL ESTÁNDAR ECMA-262 DE JAVASCRIPT CONOCIDO COMO JSON (JAVASCRIPT OBJECT NOTATION) EL CUAL ES UN FORMATO DE INTERCAMBIO DE DATOS LIGERO, BASADO EN TEXTO Y EN UN SUBCONJUNTO DE NOTACIÓN LITERAL DEL LENGUAJE DE PROGRAMACIÓN EL CUAL PRESENTA LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS Y VENTAJAS


- OFRECE TIPOS DE DATOS ESCALARES Y LA CAPACIDAD DE EXPRESAR DATOS ESTRUCTURADOS A TRAVÉS DE MATRICES Y OBJETOS.
- COMPATIBLE CON MATRICES NATIVAS.
- COMPATIBLE CON OBJETOS NATIVOS.
- RECONOCE EL VALOR NULL DE FORMA NATIVA.
- SIN CONCEPTO DE ESPACIOS DE NOMBRES. LOS CONFLICTOS PARA ASIGNAR NOMBRES SE EVITAN GENERALMENTE MEDIANTE EL ANIDADO DE OBJETOS O EL USO DE UN PREFIJO EN EL NOMBRE DE UN MIEMBRO DE OBJETO
- DECISIONES DE FORMATO SENCILLAS. PROPORCIONA UNA ASIGNACIÓN MUCHO MÁS DIRECTA PARA LOS DATOS DE APLICACIÓN. LA ÚNICA EXCEPCIÓN PUEDE SER LA AUSENCIA DEL LITERAL DE FECHA/HORA.
- LA SINTAXIS ES MUY CONCISA Y DA COMO RESULTADO TEXTO CON FORMATO EN EL QUE LA MAYOR PARTE DEL ESPACIO (CON TODA LA RAZÓN) LO CONSUMEN LOS DATOS REPRESENTADOS.
- NO SE NECESITA CÓDIGO DE APLICACIÓN ADICIONAL PARA ANALIZAR TEXTO; SE PUEDE USAR LA FUNCIÓN EVAL DE JAVASCRIPT

JSON ESTÁ CONSTITUIDO POR DOS ESTRUCTURAS:

- UNA COLECCIÓN DE PARES DE NOMBRE/VALOR. EN VARIOS LENGUAJES ESTO ES CONOCIDO COMO UN OBJETO, REGISTRO, ESTRUCTURA, DICCIONARIO, TABLA HASH, LISTA DE CLAVES O UN ARREGLO ASOCIATIVO.
- UNA LISTA ORDENADA DE VALORES. EN LA MAYORÍA DE LOS LENGUAJES, ESTO SE IMPLEMENTA COMO ARREGLOS, VECTORES, LISTAS O SECUENCIAS.

CADA REGISTRO DE SESIÓN REQUIERE LOS SIGUIENTES DATOS:

- NOMBRE DEL PACIENTE
- PRIMER APELLIDO DEL PACIENTE
- SEGUNDO APELLIDO DEL PACIENTE
- NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
- AGREGADO MÉDICO
- FECHA Y HORA DE INICIO DE SESIÓN DE HEMODIÁLISIS
- CLAVE DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS
- CLAVE CIE-10 DEL DIAGNÓSTICO DE LA SESIÓN
- COMPLEMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE LA SESIÓN
- PRIMER APELLIDO DEL MÉDICO TRATANTE
- SEGUNDO APELLIDO DEL MÉDICO TRATANTE
- NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE
- MATRÍCULA DEL MÉDICO TRATANTE
- CÉDULA DEL MÉDICO TRATANTE
- CLAVE DE LA VÍA DE ACCESO VASCULAR
- CLAVE DE HEPARINIZACIÓN
- PRIMER APELLIDO DEL PERSONAL QUE INICIA LA SESIÓN
- SEGUNDO APELLIDO DEL PERSONAL QUE INICIA LA SESIÓN
- NOMBRE DEL PERSONAL QUE INICIA LA SESIÓN
- MATRÍCULA DEL PERSONAL QUE INICIA LA SESIÓN
- PARA CADA MATERIAL UTILIZADO EN LA SESIÓN DEL PACIENTE:
  - CLAVE DEL MATERIAL
  - CANTIDAD UTILIZADA
- PARA CADA MEDICAMENTO SUMINISTRADO AL PACIENTE:
  - CLAVE DEL MEDICAMENTO
  - FECHA Y HORA DE SUMINISTRO
  - VÍA DE SUMINISTRO
  - DOSIS SUMINISTRADA
- PARA CADA MEDICIÓN (MANUAL Y AUTOMATIZADA) TOMADA AL PACIENTE ANTES, DURANTE Y AL FINALIZAR LA SESIÓN

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b> <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b> <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2224</b> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E182-2022</b> <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>

- FECHA Y HORA EN QUE SE TOMA LA MEDICIÓN
- CLAVE DE LA MEDICIÓN
- RESULTADO DE LA MEDICIÓN
- PARA CADA SIGNO O SÍNTOMA PRESENTADO POR EL PACIENTE ANTES, DURANTE O AL FINALIZAR LA SESIÓN
  - CLAVE DEL SIGNO O SÍNTOMA PRESENTADO
- PRIMER APELLIDO DEL PERSONAL QUE FINALIZA LA SESIÓN
- SEGUNDO APELLIDO DEL PERSONAL QUE FINALIZA LA SESIÓN
- NOMBRE DEL PERSONAL QUE FINALIZA LA SESIÓN
- MATRÍCULA DEL PERSONAL QUE FINALIZA LA SESIÓN
- FECHA Y HORA DE FIN DE LA SESIÓN
- NÚMERO DE SERIE DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS EN LA QUE SE DIO LA SESIÓN AL PACIENTE
- NÚMERO DE SESIÓN DE HEMODIÁLISIS RECIBIDA POR EL PACIENTE
- OBSERVACIONES REALIZADAS DURANTE LA SESIÓN
- CLAVE DEL MOTIVO DE SUSPENSIÓN DE LA SESIÓN
- CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD MÉDICA QUE REALIZA LA SESIÓN
- FECHA Y HORA DE REGISTRO DE LA SESIÓN
- TIPO DE MENSAJE
- CLAVE DEL SERVICIO CONTRATADO
- RFC DEL PROVEEDOR
- IDENTIFICADOR DE LA APLICACIÓN
- NÚMERO DEL CONTRATO

EL ARCHIVO DE DATOS MOSTRARÁ EL REGISTRO DE CADA UNA DE LAS SESIONES DE HEMODIÁLISIS INTERNA CON LA SIGUIENTE ESTRUCTURA:

3	DATO	NOMBRE DEL OBJETO	TIPO DE DATO	LONGITUD DEL DATO	PRESENTACIÓN DEL DATO	RESTRICCIONES	REQUERIDO/ OPCIONAL	CATÁLOGO S/N
	NOMBRE DEL PACIENTE	NOMBRE	VARCHAR	50			REQUERIDO	
	PRIMER APELLIDO DEL PACIENTE	AP_PATERN0	VARCHAR	50			REQUERIDO	
	SEGUNDO APELLIDO DEL PACIENTE	AP_MATERN0	VARCHAR	50			REQUERIDO	
	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NSS	VARCHAR	10			REQUERIDO	
	AGREGADO MÉDICO	AGRMEDICO	VARCHAR	8			REQUERIDO	
	FECHA Y HORA DE INICIO DE SESIÓN DE HEMODIÁLISIS	FECHAATENCIÓN	DATETIME	*	AAAA-MM-DDTHH.MM.SS.SSS	SE REQUIERE UN FORMATO DE 24 HRS	REQUERIDO	
	CLAVE DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS	PROGDIALISIS	SMALLINT	*			REQUERIDO	S
	CLAVE CIE-10 DEL DIAGNÓSTICO DE LA SESIÓN	CVECIE10	CHAR	4	DE ACUERDO AL CÓDIGO INTERNACIONAL CIE 10		EN CASO DE CONTAR CON LA CLAVE CIE-10 ES REQUERIDO ENVIARLA	S
	COMPLEMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE LA SESIÓN	COMPLEMENTO DIAGNOSTICO	VARCHAR	200			EN CASO DE ENVIAR VACÍO CIE-10, ESTE CAMPO ES OBLIGATORIO	
	PRIMER APELLIDO DEL MÉDICO TRATANTE	APELLIDOPATER NOTRATANTE	VARCHAR	50			REQUERIDO	
	SEGUNDO APELLIDO DEL MÉDICO TRATANTE	APELLIDOMATE RNOTRATANTE	VARCHAR	50			OPCIONAL	
	NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE	NOMBRETRATANTE	VARCHAR	50			REQUERIDO	
	MATRÍCULA DEL MÉDICO TRATANTE	MATRICULATRATANTE	VARCHAR	10			REQUERIDO	
	CÉDULA DEL MÉDICO TRATANTE	CEDULATRATANTE	VARCHAR	20			OPCIONAL	
	CLAVE DE LA VÍA DE ACCESO VASCULAR	VIAACCESO	SMALLINT	*			REQUERIDO	S
	PRIMER APELLIDO DEL PERSONAL QUE INICIA LA SESIÓN	APELLIDOPATER NOINIASESION	VARCHAR	50			REQUERIDO	
	SEGUNDO APELLIDO DEL PERSONAL QUE INICIA LA SESIÓN	APELLIDOMATE RNOINIASESION	VARCHAR	50			OPCIONAL	
	NOMBRE DEL PERSONAL QUE INICIA LA SESIÓN	NOMBREINIASESION	VARCHAR	50			REQUERIDO	



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada**  
**del IMSS en Puebla**  
**Jefatura de Servicios Administrativos**  
**Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento**

**CONTRATO No. D22SEI2224**  
**ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA**  
**NACIONAL**  
**No. AA-050GYR006-E182-2022**  
**SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**  
**CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)**

3	DATO	NOMBRE DEL OBJETO	TIPO DE DATO	LONGITUD DEL DATO	PRESENTACIÓN DEL DATO	RESTRICCIONES	REQUERIDO/ OPCIONAL	CATÁLOGO S/N
	MATRÍCULA DEL PERSONAL QUE INICIA LA SESIÓN	MATRICULAINICIASESION	VARCHAR	10			REQUERIDO	
MATERIALES	CLAVE DEL MATERIAL	CVEMATERIAL	SMALLINT	4			REQUERIDO	S
	CANTIDAD UTILIZADA	CANTIDADUTILIZADA	INTEGER	2			REQUERIDO PARA MATERIALES OPCIONAL PARA HEPARINIZACIÓN	
MEDICAMENTOS	CLAVE DEL MEDICAMENTO	CVEMEDICAMENTO	CHAR	14		CLAVE CORRESPONDIENTE DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS DEL IMSS	REQUERIDO	S
	FECHA Y HORA DE SUMINISTRO	FECHASUMINISTRO	DATETIME	*	AAAA-MM-DDTHHMMSSSSS	SE REQUIERE UN FORMATO DE 24 HRS	REQUERIDO	
	VÍA DE SUMINISTRO	VIASUMINISTRO	INTEGER	*			REQUERIDO	S
	DOSIS SUMINISTRADA	DOSISSUMINISTRADA	VARCHAR	20			REQUERIDO	
MEDICIONES	FECHA Y HORA EN QUE SE TOMA LA MEDICIÓN	FECHATOMAMEDICION	DATETIME	*	AAAA-MM-DDTHHMMSSSSS	SE REQUIERE UN FORMATO DE 24 HRS	REQUERIDO	
	CLAVE DE LA MEDICIÓN	CVEMEDICION	INTEGER	*		PARA CADA TIPO DE MEDICIÓN SE PUEDE TENER DOS OPCIONES DE ORIGEN - MANUAL, REALIZADO POR EL PERSONAL MÉDICO - MÁQUINA, REGISTRADO POR LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS SE ESPERA RECIBIR POR LO MENOS UN GRUPO DE CADA TIPO DE MEDICIÓN ESTAS MEDICIONES SE GENERAN ANTES DURANTE Y AL FINALIZAR LA SESIÓN	REQUERIDO	S
	RESULTADO DE LA MEDICIÓN	RESULTADOMEDICION	NUMERIC	10,5		SE REQUIERE CONSULTAR LOS CATÁLOGOS DE CLAVE DE MEDIDA Y TIPO DE MEDIDA	REQUERIDO	
SÍNTOMAS	CLAVE DEL SIGNO O SÍNTOMA PRESENTADO	CVESINTOMA	INTEGER	*			OPCIONAL	S
	PRIMER APELLIDO DEL PERSONAL QUE FINALIZA LA SESIÓN	APELLIDOPATERNOFINALIZASESION	VARCHAR	50			REQUERIDO	
	SEGUNDO APELLIDO DEL PERSONAL QUE FINALIZA LA SESIÓN	APELLIDOMATERNOFINALIZASESION	VARCHAR	50			REQUERIDO	
	NOMBRE DEL PERSONAL QUE FINALIZA LA SESIÓN	NOMBREFINALIZASESION	VARCHAR	50			REQUERIDO	
	MATRÍCULA DEL PERSONAL QUE FINALIZA LA SESIÓN	MATRICULAFINALIZASESION	VARCHAR	10			REQUERIDO	
	FECHA Y HORA DE FIN DE LA SESIÓN	FECHAFINSESION	DATETIME	*	AAAA-MM-DDTHHMMSSSSS	SE REQUIERE UN FORMATO DE 24 HRS	REQUERIDO	
	NÚMERO DE SERIE DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS EN LA QUE SE DIO LA SESIÓN AL PACIENTE	NUMEROSERIEEQUIPO	CHAR	18			REQUERIDO	
	NÚMERO DE SESIÓN DE HEMODIÁLISIS RECIBIDA POR EL PACIENTE	NUMEROSESIONHEMODIALISIS	CHAR	18			REQUERIDO	
	OBSERVACIONES REALIZADAS DURANTE LA SESIÓN	OBSERVACIONES	VARCHAR	4000			OPCIONAL	
	CLAVE DEL MOTIVO DE SUSPENSIÓN DE LA SESIÓN	MOTIVOSUSPENSION	CHAR	18			REQUERIDO EN CASO DE NO	S



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla

Jefatura de Servicios Administrativos

Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento

CONTRATO No. D22SEI2224

ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA NACIONAL No. AA-050GYR006-E182-2022

SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)

3	DATO	NOMBRE DEL OBJETO	TIPO DE DATO	LONGITUD DEL DATO	PRESENTACIÓN DEL DATO	RESTRICCIONES	REQUERIDO/ OPCIONAL	CATÁLOGO S/N
							COMPLETARSE LA SESIÓN	
	CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD MÉDICA QUE REALIZA LA SESIÓN	CVEPRESUPUESTAL	VARCHAR	12		DATO OBTENIDO DEL CATÁLOGO DE UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	REQUERIDO	S
	FECHA Y HORA DE REGISTRO DE LA SESIÓN	FECHAREGISTRO	DATETIME	*	AAAA-MM-DDTHH MM SS SSS	SE REQUIERE UN FORMATO DE 24 HRS	REQUERIDO	
	TIPO DE MENSAJE	TIPOMENSAJE	VARCHAR	4		MENSAJES YA DEFINIDOS POR EL SISTEMA	REQUERIDO	S
	CLAVE DEL SERVICIO CONTRATADO	SERVICIOCONTRATADO	NUMBER	3		DATO OBTENIDO DEL CATÁLOGO DE SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	REQUERIDO	S
	RFC DEL PROVEEDOR	RFCPROVEEDOR	VARCHAR	13		ESTE DATO CORRESPONDE PROVEEDOR QUE FIRMA LA LICITACIÓN CON EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	REQUERIDO	
	IDENTIFICADOR DE LA APLICACIÓN	IDAPLICACION	CHAR	18		DATO PROPORCIONADO POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	REQUERIDO	
	NÚMERO DEL CONTRATO	NUMEROCONTRATO	VARCHAR	30		DATO PROPORCIONADO POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	REQUERIDO	