CONTRATO No. D22SEI2407

CONTRATO **ABIERTO** PARA LA PRESTACIÓN DEL **SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN PARA EL H.G.Z. NO. 35,** QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA **"EL INSTITUTO"** REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR LA **DRA. MARÍA MAGDALENA TINAJERO ESQUIVEL**, EN SU CARÁCTER DE **TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL PUEBLA, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN PUEBLA Y APODERADA/O LEGAL, DE "EL INSTITUTO"** Y, POR LA OTRA PARTE, LA EMPRESA DENOMINADA **ALCA DESARROLLADORA DE PROYECTOS Y SERVICIOS COMERCIALES S.A. DE C.V.**, REPRESENTADA POR EL **C. EDGAR FABIAN CALVILLO RELLO**, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, A QUIEN SE LES DENOMINARÁ EN LO SUCESIVO **"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"** CON "EL INSTITUTO" SE LES DENOMINARÁ **"LAS PARTES",** AL TENOR DE LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

D E C L A R A C I O N E S:

I. **MANIFIESTA "EL INSTITUTO",** POR CONDUCTO DE SU REPRESENTANTE, QUE:

I.1.- 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 CONSECUCIÓN 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 MAGDALENA TINAJERO ESQUIVEL, INTERVIENE EN LA FORMALIZACIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO EN SU CARÁCTER **TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL PUEBLA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL** Y REPRESENTANTE LEGAL, PERSONALIDAD QUE ACREDITA CON EL INSTRUMENTO NÚMERO OCHENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO, OTORGADO EL DÍA DIECISÉIS DE MAYO DE DOS MIL VEINTI CUATRO ANTE LA FE DEL LICENCIADO IGNACIO SOTO SOBREYRA Y SILVA, TITULAR DE LA NOTARÍA NÚMERO TRECE DE LA CIUDAD DE MÉXICO, MEDIANTE LA CUAL SE HIZO CONSTAR EL PODER GENERAL, QUE OTORGÓ EL "INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL", REPRESENTADO POR LA TITULAR DE LA DIRECCIÓN JURÍDICA DE DICHO ORGANISMO, EN FAVOR DE "...MARÍA MAGDALENA TINAJERO ESQUIVEL..." COMO TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL PUEBLA DEL "INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL", EN CUMPLIMIENTO AL ACUERDO NÚMERO ACDO.DN.HCT.140524/125.P.DG, (ACDO. PUNTO DN PUNTO HCT PUNTO UNO CUATRO CERO CINCO DOS CUATRO DIAGONAL UNO DOS CINCO PUNTO P PUNTO DG), DICTADO POR EL HONORABLE CONSEJO TÉCNICO DEL "INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL", EN SESIÓN ORDINARIA CELEBRADA EL CATORCE DE MAYO DE DOS MIL VEINTICUATRO, SURTIENDO EFECTOS A PARTIR DEL DIECISÉIS DE MAYO DE DOS MIL VEINTICUATRO; REFERIDO INSTRUMENTO NOTARIAL INSCRITO EN EL REGISTRO PÚBLICO DE ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS MEDIANTE FOLIO NÚMERO 97-7-28052024-105818. 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 **LICITACIÓN PÚBLICA ELECTRÓNICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS NO. LA-50-GYR-050GYR006-T-61-2024,** 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 **LICITACIÓN PÚBLICA ELECTRÓNICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS NO. LA-50-GYR-050GYR006-T-61-2024,** 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"**.

Recibí contrato
Edgar Fabian Calvillo Rello
18/09/2024

I.6.- LA **DR. ALEJANDRO CRUZ OSEGUERA,** EN SU CARÁCTER DE **DIRECTOR DEL H. G. Z. NO. 35,** DE **"EL INSTITUTO"**, INTERVIENEN EN LA FIRMA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, COMO "**ADMINISTRADOR DE CONTRATO"**, RESPONSABLE DE DAR SEGUIMIENTO Y VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE CONTRATO, ASÍ COMO DETERMINAR LA APLICACIÓN Y CÁLCULO DE PENAS CONVENCIONALES Y DEDUCTIVAS Y, EN SU CASO, SOLICITAR AL ÁREA COMPETENTE, LA RESCISIÓN DEL CONTRATO, APORTANDO LOS ELEMENTOS CONDUCENTES, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 2 FRACCIÓN III BIS Y EN EL PENÚLTIMO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 84 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, 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"** Y CONFORME AL **ANEXO 5 (CINCO)** DE ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

I.7.- EL **DR. EDGAR DANIEL GONZALEZ ESTEBAN,** EN SU CARÁCTER DE **JEFE DE SERVICIO DE CIRUGÍA DEL H. G. Z. NO. 35** DE **"EL INSTITUTO"**, INTERVIENE EN LA FIRMA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO COMO "**ÁREA TÉCNICA"**, EN EL PROCEDIMIENTO DE **LICITACIÓN PÚBLICA ELECTRÓNICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS NO. LA-50-GYR-050GYR006-T-61-2024,** 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 MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN PARA EL H.G.Z. NO. 35.**

I.9.- PARA CUBRIR LAS EROGACIONES QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO, CUENTA CON RECURSOS DISPONIBLES SUFICIENTES, NO COMPROMETIDOS, EN LA PARTIDA PRESUPUESTAL NÚMERO **42060419 (CIRUGÍA MÍNIMA INVASIÓN),** DE CONFORMIDAD CON EL DICTAMEN PREVIO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL NÚMERO **0000389145-2024,** DE FECHA **17 DE ENERO DE 2024.**

I.10.- EL PRESENTE CONTRATO ES ADJUDICADO A **"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"** MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO DE **LICITACIÓN PÚBLICA ELECTRÓNICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS NO. LA-50-GYR-050GYR006-T-61-2024,** CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR LOS 4 Y 134 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, ASÍ COMO EN LOS ARTÍCULOS **26 FRACCIÓN I, 26 BIS FRACCIÓN II, 27, 28 FRACCIÓN II, 29, 30, 32, 33, 33 BIS, 34, 35, 36, 36BIS FRACCIÓN I, 37, 37 BIS, 38, 45, 46 Y 47 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, ARTÍCULOS 48, 49, 85** DE SU REGLAMENTO, LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y DEMÁS DISPOSICIONES APLICABLES EN LA MATERIA.

I.11.- CON FECHA **20 DE MAYO DE 2024,** LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL 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 85, EN CASO DE DISCREPANCIA ENTRE EL CONTENIDO DE LA CONVOCATORIA Y EL PRESENTE INSTRUMENTO, PREVALECERÁ 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 A TRAVÉS DE SU REPRESENTANTE LEGAL QUE:

ALCA DESARROLLADORA DE PROYECTOS Y SERVICIOS COMERCIALES, S.A. DE C.V.

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 **305**, VOLUMEN **XXV** (vigésimo quinto), DE FECHA **24 DE JULIO 2017,** PROTOCOLIZADA ANTE LA FE DEL **LIC. ENRIQUE DE JESÚS COTA ALVARADO, TITULAR DE LA NOTARIA NÚMERO 22** DE LA CIUDAD DE **TORREÓN, COAHUILA**, INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO, BAJO EL FOLIO MERCANTIL ELECTRÓNICO **201700150930** DE **FECHA 09 DE AGOSTO DE 2017.**

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.

II.2.- SE ENCUENTRA REPRESENTADA PARA LA CELEBRACIÓN DE ESTE CONTRATO, POR EL C. **EDGAR FABIAN CALVILLO RELLO**, QUIEN ACREDITA SU PERSONALIDAD EN TÉRMINOS DE LA ESCRITURA PÚBLICA **305**, DE FECHA **24 DE JULIO 2017**, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. **ENRIQUE DE JESÚS COTA ALVARADO,** TITULAR DE LA NOTARIA PUBLICA NÚMERO **22**, DE LA CIUDAD DE **TORREÓN, COAHUILA** 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: **COMPRA, VENTA, DISTRIBUCIÓN, IMPORTACIÓN, EXPORTACIÓN, REPARACIÓN, ALMACENAJE Y TRANSPORTACIÓN DE EQUIPO MÉDICO, MATERIALES DE CURACIÓN, MATERIAL MÉDICO, INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, MATERIAL Y EQUIPO PARA HOSPITALES.**

II.4.- LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO LE OTORGÓ EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO **ADP-170724-KIA**; ASIMISMO, CUENTA CON NÚMERO DE PROVEEDOR **0000149486,** 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 **2.1.27, 2.1.28, 2.1.36 Y 2.1.37** DE LA RESOLUCIÓN MISCELÁNEA FISCAL PARA **2024**, PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL **29 DE DICIEMBRE DE 2023**, 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 NÚMERO **ACDO.AS2.HCT.270224/34.P.DIR**, DICTADO POR EL H. CONSEJO TÉCNICO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN SESIÓN ORDINARIA CELEBRADA EL **27 DE FEBRERO DE 2024**, POR EL QUE SE APROBÓ LA MODIFICACIÓN A LA REGLA QUINTA DE LAS REGLAS DE CARÁCTER GENERAL PARA LA OBTENCIÓN DE LA OPINIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES FISCALES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL, APROBADAS MEDIANTE ACUERDO NÚMERO **ACDO.AS2.HCT.270422/107.P.DIR** PUBLICADO EL **22 DE SEPTIEMBRE DE 2022**, ASÍ COMO SU ANEXO ÚNICO Y, EL CUAL EXHIBE PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO Y QUE TENDRÁ UNA VIGENCIA ÚNICAMENTE EN EL DÍA DE SU GENERACIÓN.

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.

ELIMINADO NÚMERO TELEFÓNICO CON BASE EN LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 97, 104, 108, 113 FRACCIÓN I, 117, 118, Y 119 DE LA (LFTAIP). EN VIRTUD DE QUE SE TRATA DE INFORMACIÓN DE DATOS DE PERSONAS FÍSICAS IDENTIFICADAS E IDENTIFICABLES Y QUE SU DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR LA ESFERA PRIVADA DE LAS MISMAS.

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 SECRETARIA 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: **JUAN E GARCÍA 381 SUR, COL. CENTRO, TORREÓN, COAHUILA, C.P. 27000, CORREO ELECTRÓNICO:** edgar.calvillo@alcamexico.com., **TELEFONO:** [redacted]

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

C L Á U S U L A S

PRIMERA.- OBJETO DEL CONTRATO.- "EL INSTITUTO" SE OBLIGA A ADQUIRIR DE **"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"** Y ÉSTE SE OBLIGA A PRESTAR EL **SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN PARA EL H. G. Z. NO. 35,** 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 ABIERTO.- "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 **$3,005,115.00 (TRES MILLONES CINCO MIL CIENTO QUINCE PESOS 00/100 M.N.),** MÁS EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.) POR UN IMPORTE DE **$480,818.40, (CUATROCIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS DIECIOCHO PESOS 40/100 M.N.)** SIENDO UN TOTAL DE MONTO MÍNIMO DE **$3,485,933.40 (TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS 40/100 M.N.),** Y UN IMPORTE MÁXIMO SUSCEPTIBLE DE SER EJERCIDO POR LA CANTIDAD DE **$7,472,165.00 (SIETE MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS MIL CIENTO SESENTA Y CINCO PESOS 00/100 M.N.),** MÁS EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.) POR UN IMPORTE DE **$ 1,195,546.40, (UN MILLÓN CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS 40/100), SIENDO UN MONTO TOTAL MÁXIMO DE $8,667,711.40 (OCHO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS ONCE PESOS 40/100 M.N.)** DE CONFORMIDAD CON LOS PRECIOS UNITARIOS QUE SE RELACIONAN EN EL **ANEXO 1 (UNO).**

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

TERCERA.- FORMA DE PAGO.- DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS NUMERALES 5.5, 5.5.1 DE LAS POLÍTICAS BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL IMSS EL PAGO SE EFECTUARÁ EN PESOS MEXICANOS DENTRO DE LOS 20 (VEITE) DÍAS NATURALES, POSTERIORES A LA ENTREGA DE LA FACTURACIÓN POR PARTE DE, **"EL PRESTADOR DE SERVICIO"**, EN LA OFICINA DE TRÁMITE DE EROGACIONES, DEPENDIENTE DEL DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y EROGACIONES, UBICADA EN CALLE 4 NORTE 2005, COLONIA CENTRO, C.P. 72000 EN PUEBLA, EN UN HORARIO DE 08:00 A 13:00 HORAS, DE LUNES A VIERNES.

LA FACTURA DEBERÁ CONTENER LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

1. DEBERÁ REUNIR LOS REQUISITOS A QUE SE REFIEREN LAS FRACCIONES I, Y III DEL ARTÍCULO 29-A DEL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN.
2. ENLACE AL PORTAL DE TRÁMITE DE PAGO DE ESTE INSTITUTO
3. INDICARÁ EL SERVICIO PRESTADO
4. NÚMERO DE PROVEEDOR
5. NÚMERO DE CONTRATO
6. NÚMERO DE FIANZA Y DENOMINACIÓN SOCIAL DE LA AFIANZADORA

7. FIRMA DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.
8. CUENTA CONTABLE, UNIDAD DE INFORMACIÓN Y CENTRO DE COSTOS.
9. COPIA DE LA "OPINIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL", LA CUAL DEBERÁ SER POSITIVA Y ESTAR VIGENTE (ADJUNTAR EN CADA INGRESO DE FACTURAS A PAGO).
10. COPIA DE LA "OPINIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL INFONAVIT", LA CUAL DEBERÁ SER POSITIVA Y ESTAR VIGENTE (ADJUNTAR EN CADA INGRESO DE FACTURAS A PAGO).
11. COPIA DE LA "OPINIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL SAT", LA CUAL DEBERÁ SER POSITIVA Y ESTAR VIGENTE (ADJUNTAR EN CADA INGRESO DE FACTURAS A PAGO).
12. NÚMERO DE ID DE PEDIDO-RECEPCIÓN.

"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., MEDIANTE LA FACTURACIÓN DE LOS SERVICIOS UNA VEZ ENTREGADOS Y RECIBIDOS A ENTERA SATISFACCIÓN POR EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.

"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 DEL "I.M.S.S.", CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES IMS421231I45, EN LA QUE SE INDIQUE LOS SERVICIOS PRESTADOS, NÚMERO DE PROVEEDOR, NÚMERO DE CONTRATO, EN SU CASO, DOCUMENTO QUE AMPARA(N) DICHOS BIENES O SERVICIOS, NÚMERO DE ALTA EN CASO DE APLICAR, NÚMERO DE FIANZA Y DENOMINACIÓN SOCIAL DE LA AFIANZADORA, MISMA QUE DEBERÁ SER ENTREGADA EN EL DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y EROGACIONES, UBICADO EN CALLE 4 NORTE 2005, COLONIA CENTRO, CÓDIGO POSTAL 72000, PUEBLA, PUE., EN HORARIO DE 08:00 A 13:00 HRS.

PARA LA VALIDACIÓN DE DICHOS COMPROBANTES **"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"** DEBERÁ CARGAR EN INTERNET, A TRAVÉS DEL PORTAL DE SERVICIOS A PROVEEDORES DE LA PÁGINA DEL "I.M.S.S." EL ARCHIVO EN FORMATO **XML**, LA VALIDEZ DE LOS MISMOS, SERÁ DETERMINADA DURANTE LA CARGA Y ÚNICAMENTE LOS COMPROBANTES VALIDOS SERÁN PROCEDENTES PARA PAGO.

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 I.M.S.S., 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 ARTÍCULO 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.

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, **"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 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 LA INSTITUCIÓN BANCARIA "HSBC MÉXICO SA", 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 I.M.S.S.. 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 PAGO DEL SERVICIO PRESTADO, QUEDARÁ CONDICIONADO PROPORCIONALMENTE AL PAGO QUE **"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"** DEBA EFECTUAR POR CONCEPTO DE PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO.

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".

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" PODRÁ OPTAR PORQUE **"EL INSTITUTO"** EFECTÚE LOS PAGOS DEL SERVICIO PRESTADO, A TRAVÉS DEL ESQUEMA ELECTRÓNICO INTRABANCARIO QUE TIENE EN OPERACIÓN, CON LAS INSTITUCIONES BANCARIAS SIGUIENTES: BANAMEX, S.A., BBVA, BANCOMER, S.A., BANORTE, S.A. Y SCOTIABANK INVERLAT, S.A., PARA TAL EFECTO DEBERÁ PRESENTAR SU PETICIÓN POR ESCRITO EN EL DEPARTAMENTO DE TESORERÍA DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE FINANZAS, UBICADO EN CALLE 4 NORTE NO. 2005 PLANTA BAJA, COL. CENTRO C.P.72000, PUEBLA, PUE, DE 8:00 A 13:00 HRS, INDICANDO: RAZÓN SOCIAL, DOMICILIO FISCAL, NÚMERO TELEFÓNICO Y FAX, NOMBRE COMPLETO DEL APODERADO LEGAL CON FACULTADES DE COBRO Y SU FIRMA, NÚMERO DE CUENTA DE CHEQUES (NÚMERO DE CLABE BANCARIA ESTANDARIZADA), BANCO, SUCURSAL Y PLAZA, ASÍ COMO, NÚMERO DE PROVEEDOR ASIGNADO POR **"EL INSTITUTO"**.
EL PAGO DEL SERVICIO PRESTADO, QUEDARÁ CONDICIONADO PROPORCIONALMENTE AL PAGO QUE **"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"** DEBA EFECTUAR POR CONCEPTO DE PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO.

SI **"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"** TIENE 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, ACEPTARÁ QUE **"EL I.M.S.S."** LAS COMPENSE CON EL O LOS PAGOS QUE TENGA QUE HACER POR CONCEPTO DE CONTRAPRESTACIONES POR LA CONTRATACIÓN DE BIENES O SERVICIOS.

EN CASO DE QUE **"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"** SOLICITE EL ABONO EN UNA CUENTA CONTRATADA EN UN BANCO DIFERENTE A LOS ANTES CITADOS (INTERBANCARIO), **"EL INSTITUTO"** REALIZARÁ LA INSTRUCCIÓN DE PAGO EN LA FECHA DE VENCIMIENTO DEL CONTRA RECIBO Y SU APLICACIÓN SE LLEVARÁ A CABO AL DÍA HÁBIL SIGUIENTE, DE ACUERDO CON EL MECANISMO ESTABLECIDO POR EL CENTRO DE COMPENSACIÓN BANCARIA **(CECOBAN).**

ANEXO A LA SOLICITUD DE PAGO ELECTRÓNICO (INTRABANCARIO E INTERBANCARIO) **"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 LE SERÁN DEVUELTOS EN EL MISMO ACTO A **"EL PRESTADOR 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, ADEMÁS DE LOS DOCUMENTOS SUSTANTIVOS DE DICHA CESIÓN. 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.

CUARTA.- PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.- DEL PROCEDIMIENTO "**SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN PARA EL H. G. Z. NO. 35"**, DEL LICITANTE ADJUDICADO.

POR NINGÚN MOTIVO PODRÁ EL PRESTADOR DEL SERVICIO OTORGAR ÉSTE A TRAVÉS DE TERCEROS O EN INSTALACIONES DISTINTAS A LAS PROPUESTAS Y ESTIPULADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

EL HORARIO DE SERVICIO SERÁ PERMAMNENTE DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO; PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO "**MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN PARA EL H. G. Z. NO. 35** *CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES PUNTOS*" DE ESTE DOCUMENTO.

EL SERVICIO DE **MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN PARA EL H. G. Z. NO. 35.** DEBERÁ SER PRESTADO DENTRO DEL PLAZO ESTABLECIDO Y DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LAS UNIDADES MÉDICAS CONTENIDAS EN EL **ANEXO T1 (T-UNO),** EL CUAL FORMA PARTE DEL PRESENTE DOCUMENTO.

DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ÉSTE ESTARÁ SUJETO A UNA VERIFICACIÓN ALEATORIA, CON OBJETO DE REVISAR QUE SE PRESTE CONFORME A LAS CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS CITADAS EN EL PRESENTE CONTRATO.

QUINTA.- VIGENCIA.- LAS PARTES CONVIENEN EN QUE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO COMPRENDERÁ DEL **21 DE MAYO DE 2024 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024.**

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 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 52 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.

DE CONFORMIDAD EN LA ÚLTIMA REFORMA A LA "LEY DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO", PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL EL 23/04/2021, DICHA RETENCIÓN DEL IMPUESTO SE DEJARÁ DE APLICAR A PARTIR DE QUE ESTA SE ENCUENTRE VIGENTE.

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 DEL DERECHOS DE AUTOR, NI A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN A LA PROPIEDAD INDUSTRIAL.

EN CASO DE QUE SOBREVINIERA ALGUNA RECLAMACIÓN EN CONTRA DE **"EL INSTITUTO"** POR CUALQUIERA DE LAS CAUSAS ANTES MENCIONADAS, LA ÚNICA OBLIGACIÓN DE ÉSTE SERÁ LA DE DAR AVISO EN EL DOMICILIO PREVISTO EN 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.- "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 I.M.S.S., **"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 DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y 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 AQUÉL 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.

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 I.M.S.S., 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 OTORGUE 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 CUMPLIMENTO DE ESTE CONTRATO.- "EL INSTITUTO" LLEVARÁ A CABO LA EJECUCIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CUANDO:

A) SE RESCINDA ADMINISTRATIVAMENTE ESTE CONTRATO.
B) DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE CONTRATO SE DETECTEN DEFICIENCIAS, FALLAS O CALIDAD INFERIOR DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, EN COMPARACIÓN CON LOS OFERTADOS.
C) 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.
D) 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, ARTICULO 95 Y 96 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, **"EL INSTITUTO"**, APLICARÁ UNA PENA CONVENCIONAL, SOBRE EL VALOR TOTAL DE LO INCUMPLIDO, SIN INCLUIR EL I.V.A., EN EL SUPUESTO SIGUIENTE: (CONSIDERAR LA UNIDAD DE MEDIDA DEL SERVICIO, CON OBJETO DE CUANTIFICAR EL MONTO DEL SERVICIO PRESTADO CON ATRASO).

- CUANDO **"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"** NO PRESTE EL SERVICIO QUE SE LE HAYA REQUERIDO DENTRO DEL PLAZO SEÑALADO, O EN EL PROGRAMA ESTABLECIDO EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, CONSIDERÁNDOSE ESTE PLAZO COMO ENTREGA OPORTUNA, Y UN MÁXIMO DE CUATRO DÍAS CON ATRASO.

- LA PENA CONVENCIONAL POR ATRASO SE CALCULARÁ POR CADA DÍA DE INCUMPLIMIENTO, DE ACUERDO CON EL PORCENTAJE DE PENALIZACIÓN ESTABLECIDO, APLICADO AL VALOR DEL SERVICIO PRESTADO CON ATRASO, Y DE MANERA PROPORCIONAL AL IMPORTE DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO QUE CORRESPONDA AL CONCEPTO. LA SUMA DE LAS PENAS CONVENCIONALES NO DEBERÁ EXCEDER EL IMPORTE DE DICHA GARANTÍA.

EL 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, LA APLICACIÓN DE LAS PENAS CONVENCIONALES, OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, Y COMUNICAR LOS INCUMPLIMIENTOS CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 FRACCION III BIS DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

"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.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 45 FRACCIÓN XI DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y ARTÍCULO 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.

SE APLICARÁ UNA PENA CONVENCIONAL POR CADA DÍA NATURAL DE **ATRASO EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS FECHAS PACTADAS DE ENTREGA O DE LA PRESTACIÓN DE LO SERVICIO**, LAS QUE NO EXCEDERÁN DEL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, Y SERÁN DETERMINADAS EN FUNCIÓN DE LOS BIENES O SERVICIOS NO ENTREGADOS O PRESTADOS OPORTUNAMENTE EN CADA UNO DE LOS SUPUESTOS SIGUIENTES.

QUE CORRESPONDERÁ AL CUMPLIMIENTO CON ATRASO DE LAS FECHAS PACTADAS DEL SERVICIO COMO EN CONSIDERACIÓN DEL CRITERIO DE PROPORCIONALIDAD RESPECTIVO.

EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DE CALCULAR, APLICAR Y NOTIFICAR AL PROVEEDOR, LAS PENAS CONVENCIONALES. LA PENA CONVENCIONAL SE CALCULARÁ POR EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, AUXILIÁNDOSE POR EL JEFE DE SERVICIO O COORDINADOR CLÍNICO Y ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD MÉDICA, QUIENES DOCUMENTARON LA INCIDENCIA O INCUMPLIMIENTO POR CADA DÍA FÓRMULA:

Pca = %d x nda x 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.

LA PENALIZACIÓN SE CALCULARÁ A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE EN QUE CONCLUYA EL PLAZO ESTABLECIDO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONCEPTO DEL SERVICIO A SANCIONAR, QUE DEBEN REALIZARSE PREVIO AL INICIO DE OPERACIÓN. EN NINGÚN CASO SE DEBERÁ DE AUTORIZAR EL PAGO DE LOS SERVICIOS SINO SE HA DETERMINADO, CALCULADO Y NOTIFICADO AL PROVEEDOR LAS PENAS CONVENCIONALES APLICADAS EN TÉRMINOS DE LO DISPUESTO EN EL CONTRATO, ASÍ COMO SU REGISTRO Y VALIDACIÓN EN EL SISTEMA PREI MILLENIUM.

EN CASO DE EXISTIR ALGUNA PENA CONVENCIONAL SE NOTIFICARÁ MEDIANTE EL **FORMATO T15.1 "NOTIFICACIÓN DE PENA CONVENCIONAL APLICABLE"**, AL LICITANTE ADJUDICADO RESULTADO DE LA CONCILIACIÓN REALIZADA ENTRE EL **FORMATO T15 "REPORTE MENSUAL DE PROCEDIMIENTOS Y BIENES DE CONSUMO UTILIZADOS"** Y LAS HOJAS DE TRABAJO DIARIO, REALIZADOS EN EL MES INMEDIATO ANTERIOR.

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE CALCULAR, APLICAR Y NOTIFICAR AL PROVEEDOR DE LA PENA
1. INCUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA, INSTALACIÓN, PUESTA EN OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS MÉDICOS.	CUANDO EXCEDA LOS 14 (CATORCE) DÍAS NATURALES A PARTIR DEL FALLO.	1 (UNO) % DE LA CANTIDAD ESTABLECIDA DEL VALOR DE LA FIANZA, POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO, POR EL SERVICIO NO PRESTADO OPORTUNAMENTE.	EL JEFE DE SERVICIO DE ESTA ÁREA.	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.
1. INCUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA INICIAL, DEL INSTRUMENTAL MÉDICO PARA LA PUESTA EN OPERACIÓN DEL SERVICIO.	CUANDO EXCEDA LOS 14 (CATORCE) DÍAS NATURALES A PARTIR DEL FALLO.	1 (UNO) % DE LA CANTIDAD ESTABLECIDA DEL VALOR DE LA FIANZA, POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO, POR EL SERVICIO NO PRESTADO OPORTUNAMENTE.	EL JEFE DE SERVICIO DE ESTA ÁREA.	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.
2. INCUMPLIMIENTO DE LA PRIMERA DOTACIÓN DE BIENES DE CONSUMO BÁSICOS Y COMPLEMENTARIOS.	CUANDO EXCEDA LOS 14 (CATORCE) DÍAS NATURALES A PARTIR DEL FALLO.	1 (UNO) % DE LA CANTIDAD ESTABLECIDA DEL VALOR DE LA FIANZA, POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO, POR EL SERVICIO NO PRESTADO OPORTUNAMENTE.	EL JEFE DE SERVICIO DE ESTA ÁREA.	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.
3. INCUMPLIMIENTO DE LA TRANSFERENCIA DE	CUANDO EXCEDA 14 (CATORCE) DÍAS	1 (UNO) % DE LA CANTIDAD ESTABLECIDA DEL VALOR DE LA FIANZA, POR CADA DÍA	EL JEFE DE SERVICIO DE ESTA	ADMINISTRADOR DEL

	CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE CALCULAR, APLICAR Y NOTIFICAR AL PROVEEDOR DE LA PENA
	CONOCIMIENTO PREVIA.	NATURALES A PARTIR DEL FALLO.	NATURAL DE ATRASO, POR EL SERVICIO NO PRESTADO OPORTUNAMENTE.	ÁREA.	CONTRATO.
4.	CUANDO NO SE LLEVE A CABO EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS DE ACUERDO AL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO.	EN LOS PERIODOS CONTENIDOS EN EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS PRESENTADO POR EL PROVEEDOR.	1 (UNO) % DE LA CANTIDAD ESTABLECIDA DEL VALOR DE LA FIANZA, POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO, POR EL SERVICIO NO PRESTADO OPORTUNAMENTE.	ING. BIOMÉDICO/ JEFES DE ESTA ÁREA.	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.
5.	CUANDO NO SE LLEVE CABO EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS.	EN UN PLAZO MÁXIMO DE 48 (CUARENTA Y OCHO) HORAS PARA EL ÁREA METROPOLITANA, Y 72 (SETENTA Y DOS) HORAS, PARA LAS ÁREAS RURALES, CONTADAS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DEL REPORTE QUE EL INSTITUTO REALICE VÍA TELEFÓNICA ASÍ COMO POR CORREO ELECTRÓNICO DONDE SE ASIGNARÁ UN NÚMERO DE FOLIO CORRESPONDIENTE.	1 (UNO) % DE LA CANTIDAD ESTABLECIDA DEL VALOR DE LA FIANZA, POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO, POR EL SERVICIO NO PRESTADO OPORTUNAMENTE.	ING. BIOMÉDICO/ JEFES DE ESTA ÁREA.	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.
6.	CUANDO NO SE TENGA LA PRESENCIA DEL TÉCNICO DURANTE LA PREPARACIÓN DE LOS EQUIPOS MÉDICOS, Y BIENES DE CONSUMO Y DURANTE EL PROCEDIMIENTO.	DE ACUERDO CON LOS HORARIOS SEÑALADOS Y ACORDADOS CON LOS JEFES DE SERVICIO.	1 (UNO) % DE LA CANTIDAD ESTABLECIDA DEL VALOR DE LA FIANZA, POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO, POR EL PROCEDIMIENTO NO PRESTADO OPORTUNAMENTE.	EL JEFE DE SERVICIO DE ESTA ÁREA.	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.
7.	CUANDO NO SE LLEVE A CABO EL REGISTRO DE LA PRODUCTIVIDAD EN EL FORMATO T14 REPORTE INDIVIDUAL DE PROCEDIMIENTOS Y BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIO, FORMATO T15. "REPORTE MENSUAL DE PROCEDIMIENTOS Y BIENES DE CONSUMO UTILIZADOS "DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS, CONTRATADOS EN CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS, SEGÚN CORRESPONDA.	DURANTE LOS PRIMEROS 5 (CINCO) DÍAS POSTERIORES AL CIERRE DE CADA MES CALENDARIO.	0.5 (CERO PUNTO CINCO) % DE LA CANTIDAD ESTABLECIDA DEL VALOR DE LA FIANZA, POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO, POR EL SERVICIO NO PRESTADO OPORTUNAMENTE.	EL JEFE DE SERVICIO DE ESTA ÁREA.	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.
8.	LOS BIENES DE CONSUMO QUE DEBERÁN ESTAR DISPONIBLES, Y ENTREGARSE AL MOMENTO DEL PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA, NUEVOS Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES PARA SU USO, DE ACUERDO AL TIPO DE PROCEDIMIENTOS PROGRAMADOS.	30 (TREINTA) MINUTOS ANTES DE CADA PROCEDIMIENTO.	1 (UNO) % DE LA CANTIDAD ESTABLECIDA DEL VALOR DE LA FIANZA, POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO, POR EL PROCEDIMIENTO NO PRESTADO OPORTUNAMENTE.	EL JEFE DE SERVICIO DE ESTA ÁREA.	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.
9.	INCUMPLIMIENTO EN EL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO CON BASE EN EL PLAZO OFERTADO EN EL PLAN DE TRABAJO.	CUANDO EXCEDA LOS 14 (CATORCE) DÍAS NATURALES.	1 (UNO) % DE LA CANTIDAD ESTABLECIDA DEL VALOR DE LA FIANZA, POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO, POR EL SERVICIO NO PRESTADO OPORTUNAMENTE.	EL JEFE DE SERVICIO DE ESTA ÁREA.	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.

EL MONTO MÁXIMO DE APLICACIÓN DE LA PENA CONVENCIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR A LA PARTE PROPORCIONAL QUE CORRESPONDA AL PORCENTAJE DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO PARA CADA PARTIDA, REQUERIMIENTO O CONCEPTO.

POR NINGÚN CONCEPTO LA APLICACIÓN DE LAS PENAS CONVENCIONALES PODRÁ EXCEDER EL IMPORTE DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

DEDUCCIONES: LAS DEDUCCIONES SERÁN DETERMINADAS EN FUNCIÓN DE LOS BIENES O SERVICIOS PRESTADOS DE MANERA PARCIAL O DEFICIENTE.- DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 53 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, ARTICULO 97 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, **"EL INSTITUTO"**, LOS MONTOS A DEDUCIR SE DEBERÁN APLICAR EN LA FACTURA QUE EL PROVEEDOR PRESENTE PARA SU COBRO, INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE QUE EL ÁREA REQUIRENTE TENGA CUANTIFICADA LA DEDUCCIÓN CORRESPONDIENTE.

SE PODRÁN APLICAR DEDUCCIONES AL PAGO DE LOS SERVICIOS CON MOTIVO DEL INCUMPLIMIENTO DEFICIENTE POR PARTE DE **"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"**, POR LOS CONCEPTOS QUE INTEGRA EL PRESENTE CONTRATO, SIN EXCEDER EL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.

EN EL PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LAS DEDUCCIONES, EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ RESPONSABLE DE NOTIFICAR, CALCULAR Y APLICAR LA DEDUCCIÓN POR CONCEPTO U OBLIGACIÓN, NIVEL DE SERVICIO Y UNIDAD DE MEDIDA, O BIEN EL SERVIDOR PÚBLICO EN EL QUE ÉSTE DELEGUE LA FACULTAD, DEBERÁ ESTABLECER EL LÍMITE MÁXIMO QUE SE APLICARÁ POR CONCEPTO DE DEDUCCIÓN DE PAGOS A PARTIR DEL CUAL SE PODRÁN CANCELAR LA O LAS FACTURAS OBJETO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFICIENTE, EN TODOS LOS CASOS SE DEBERÁ DETERMINAR LA CAUSA POR LA CUAL EL LICITANTE ADJUDICADO ES ACREEDOR A UNA DEDUCTIVA BASADA EN LA TABLA DE DEDUCCIONES.

QUE SERÁ **POR LA PARTE INCUMPLIDA PARCIAL O DEFICIENTEMENTE DEL BIEN O DEL SERVICIO CONFORME A LA LEY EN LA MATERIA Y SU REGLAMENTO, Y EN CONSIDERACIÓN AL CRITERIO DE PROPORCIONALIDAD CORRESPONDIENTE**.

*LAS DEDUCCIONES AL PAGO DE BIENES O SERVICIOS PREVISTOS EN EL ARTÍCULO 53 BIS DE LA LEY SERÁN DETERMINADAS EN FUNCIÓN DE LOS BIENES ENTREGADOS O SERVICIOS PRESTADOS DE MANERA PARCIAL O DEFICIENTE. DICHAS DEDUCCIONES DEBERÁN CALCULARSE HASTA LA FECHA EN QUE MATERIALMENTE SE CUMPLA LA OBLIGACIÓN Y **SIN QUE CADA CONCEPTO DE DEDUCCIONES EXCEDA A LA PARTE PROPORCIONAL DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO** QUE LE CORRESPONDA DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO. ART. 97 PRIMER PÁRRAFO DEL RLAASSP.

LOS MONTOS A DEDUCIR SE DEBERÁN APLICAR EN LA FACTURA QUE **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** PRESENTE PARA SU COBRO, INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE QUE EL ÁREA REQUIRENTE TENGA CUANTIFICADA LA DEDUCCIÓN CORRESPONDIENTE. ART. 97 SEGUNDO PÁRRAFO DEL RLAASSP

EN CASO DE EXISTIR ALGUNA DEDUCTIVA SE NOTIFICARÁ MEDIANTE **EL FORMATO T15.2 "FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE DEDUCTIVAS"**, AL LICITANTE ADJUDICADO RESULTADO DE LA CONCILIACIÓN REALIZADA ENTRE EL **FORMATO T15 "REPORTE MENSUAL DE PROCEDIMIENTOS Y BIENES DE CONSUMO UTILIZADOS"** Y LAS HOJAS DE TRABAJO DIARIO, REALIZADOS EN EL MES INMEDIATO ANTERIOR.

CONCEPTO	NIVEL DE SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	DEDUCCIÓN	LIMITE DE INCUMPLIMIENTO MOTIVO DE RESCISIÓN DEL CONTRATO	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE CALCULAR, APLICAR Y NOTIFICAR AL PROVEEDOR DE LA DEDUCCIÓN
1. FALLAS DE FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS DURANTE LA PUESTA EN OPERACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.	EN UN PLAZO MÁXIMO DE 48 (CUARENTA Y OCHO) HORAS CONTADAS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DEL REPORTE.	CUANDO EXCEDA LAS 48 (CUARENTA Y OCHO) HORAS.	0.5(CERO.CINCO) % DEL IMPORTE DEL PROCEDIMIENTO (S) NO REALIZADO(S) QUE SE DEDUCIRÁ EN LA FACTURA DEL MES CORRESPONDIENTE.	HASTA EN 3(TRES) OCASIONES AL AÑO.	EL JEFE DE SERVICIO DE ESTA ÁREA.	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.
2. ENTREGA PARCIAL Y/O DEFICIENTE DEL INSTRUMENTAL, QUE DEBERÁN ESTAR DISPONIBLES, Y ENTREGARSE AL MOMENTO DEL PROCEDIMIENTO, PARA SU USO, DE ACUERDO AL TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PROGRAMADO DE CADA UNIDAD MÉDICA.	ENTREGA DE INSTRUMENTAL AL 30 MINUTOS ANTES DEL PROCEDIMIENTO.	CUANDO EXCEDA LOS 30 MINUTOS	0.5(CERO.CINCO) % DEL IMPORTE DEL PROCEDIMIENTO (S) NO REALIZADO(S) QUE SE DEDUCIRÁ EN LA FACTURA DEL MES CORRESPONDIENTE.	HASTA EN 3(TRES) OCASIONES AL AÑO.	EL JEFE DE SERVICIO DE ESTA ÁREA.	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.
3. ENTREGA PARCIAL Y/O DEFICIENTE DE LOS BIENES DE CONSUMO QUE DEBERÁN ESTAR DISPONIBLES, Y ENTREGARSE AL	ENTREGA DE BIENES DE CONSUMO NUEVOS 30 MINUTOS ANTES DEL PROCEDIMIENTO.	CUANDO EXCEDA LOS 30 MINUTOS	0.5(CERO.CINCO) % DEL IMPORTE DEL PROCEDIMIENTO (S) NO REALIZADO(S) QUE SE DEDUCIRÁ EN LA FACTURA DEL MES	HASTA EN 3(TRES) OCASIONES AL AÑO.	EL JEFE DE SERVICIO DE ESTA ÁREA.	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.

CONCEPTO	NIVEL DE SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	DEDUCCIÓN	LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO MOTIVO DE RESCISIÓN DEL CONTRATO	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE CALCULAR, APLICAR Y NOTIFICAR AL PROVEEDOR DE LA DEDUCCIÓN
MOMENTO DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, NUEVOS Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES PARA SU USO, DE ACUERDO AL TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PROGRAMADO DE CADA UNIDAD MÉDICA.			CORRESPONDIENTE.			
4. CUANDO SE LLEVE A CABO EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS DE FORMA DEFICIENTE DE ACUERDO AL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO.	EN LOS PERIODOS CONTENIDOS EN EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS PRESENTADO POR EL PROVEEDOR Y FORMA DE REALIZARLOS SIN APEGO AL MANUAL DE SUGERENCIA DEL FABRICANTE.	RETRASO EN TIEMPO Y FORMA, A LA FECHA PROGRAMADA SIN PREVIO AVISO, Y DEFICIENCIA CON SOPORTE EN LA INSPECCIÓN DE LAS BITÁCORAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO.	0.5(CERO.CINCO) % DIARIO, SOBRE EL VALOR DELA FACTURA DEL MES EN QUE OCURRA LA INCIDENCIA.	HASTA EN 3(TRES) OCASIONES AL AÑO.	ING. BIOMÉDICO/ JEFES DE ESTA ÁREA.	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.
5. CUANDO SE LLEVE CABO EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS DE FORMA DEFICIENTE.	EN UN PLAZO MÁXIMO DE 48 (CUARENTA Y OCHO) HORAS PARA EL ÁREA METROPOLITANA, Y 72 (SETENTA Y DOS) HORAS, PARA LAS ÁREAS RURALES, CONTADAS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DEL REPORTE QUE EL INSTITUTO REALICE VÍA TELEFÓNICA, ASÍ COMO POR CORREO ELECTRÓNICO DONDE SE ASIGNARÁ UN NÚMERO DE FOLIO CORRESPONDIENTE.	POR CADA DÍA NATURAL QUE EXCEDA EL NIVEL DE SERVICIO DE ACUERDO A LAS MÁS DE 48 (CUARENTA Y OCHO) HORAS PARA EL ÁREA METROPOLITANA, Y MÁS DE 72 (SETENTA Y DOS) HORAS, PARA LAS ÁREAS RURALES.	0.5(CERO.CINCO) % DIARIO, SOBRE EL VALOR DE LA FACTURA DEL MES EN QUE OCURRA LA INCIDENCIA.	SI EL MISMO EQUIPO PRESENTA UNA 4TA INCIDENCIA DE FALLO EN UN LAPSO DE 30 DÍAS O NO SE SUSTITUYA UN EQUIPO REPORTADO DESCOMPUESTO Y HAN PASADO MÁS DE 72 HORAS.	ING. BIOMÉDICO/ JEFES DE ESTA ÁREA.	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.
6. CUANDO NO SE LLEVE A CABO LA SUSTITUCIÓN DEL BIEN DE CONSUMO BÁSICOS O COMPLEMENTARIOS CON DEFECTO O FALLA, DURANTE UN PROCEDIMIENTO.	DENTRO DE LOS 15 MINUTOS DE HABERSE NOTIFICADO AL TÉCNICO DEL FALLO	CUANDO EXCEDA DE 15 MINUTOS DE HABERLE NOTIFICADO AL TÉCNICO	0.5(CERO.CINCO) % DEL IMPORTE DEL PROCEDIMIENTO (S) NO REALIZADO(S) QUE SE DEDUCIRÁ EN LA FACTURA DEL MES CORRESPONDIENTE	HASTA EN 3 (TRES) OCASIONES EN EL MES.	EL JEFE DE SERVICIO DE ESTA ÁREA.	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.

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 DANDO AVISO POR ESCRITO A **"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"** CON CINCO DÍAS HÁBILES DE ANTICIPACIÓN A LA FECHA EFECTIVA DE TERMINACIÓN, O BIEN, CUANDO POR CAUSAS JUSTIFICADAS SE EXTINGA LA NECESIDAD DE REQUERIR LOS SERVICIOS 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 ESTE CASO **"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.- CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 54 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, **"EL INSTITUTO"** PODRÁ RESCINDIR ADMINISTRATIVAMENTE EL PRESENTE CONTRATO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DE **"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"**, A CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS POR VIRTUD DE LA CELEBRACIÓN DE ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO, SIN NECESIDAD DE ACUDIR A LOS TRIBUNALES COMPETENTES.

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 QUE DE MANERA ENUNCIATIVA MÁS NO LIMITATIVA SE SEÑALAN A CONTINUACIÓN:

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 **"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"** INCURRA EN FALTA DE VERACIDAD TOTAL O PARCIAL RESPECTO A LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA PARA LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO.

3. SI **"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"** INCURRE EN FALTA DE VERACIDAD TOTAL O PARCIAL RESPECTO DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA PARA LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO EN CUESTIÓN.

4. CUANDO **"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"** SUSPENDA DE FORMA INJUSTIFICADA EL SUMINISTRO DE LOS SERVICIOS MATERIA DEL CONTRATO QUE SE SUSCRIBA.

5. CUANDO **"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"** TRANSMITA TOTAL O PARCIALMENTE BAJO CUALQUIER TÍTULO, LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES A QUE SE REFIEREN LA CONVOCATORIA Y EL PRESENTE CONTRATO A UN TERCERO, A EXCEPCIÓN DE LOS DERECHOS DE COBRO, PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR ESCRITO POR **"EL INSTITUTO"**.

6. EN CASO DE QUE **"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"** SE ENCUENTRE EN ALGUNO DE LOS SUPUESTOS PREVISTOS EN EL ARTÍCULO 50 DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

7. POR INCUMPLIMIENTO A CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DE **"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"** CONTENIDAS EN EL CONTRATO.

8. SI LA AUTORIDAD COMPETENTE DECLARA EL CONCURSO MERCANTIL O CUALQUIER SITUACIÓN ANÁLOGA O EQUIVALENTE QUE AFECTE EL PATRIMONIO DE **"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"**.

9. EN EL SUPUESTO DE QUE LA COMISIÓN FEDERAL DE COMPETENCIA, DE ACUERDO A SUS FACULTADES, NOTIFIQUE A LA SANCIÓN IMPUESTA A **"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"**, CON MOTIVO DE LA COLUSIÓN DE PRECIOS EN QUE HUBIESE INCURRIDO DURANTE EL PROCEDIMIENTO LICITATORIO, EN CONTRAVENCIÓN A LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 9, DE LA LEY FEDERAL DE COMPETENCIA ECONÓMICA, Y 34, DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

DÉCIMA 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 PERTINENTE, EN UN TÉRMINO DE 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES, A PARTIR DEL DÍA HABIL 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 PROCEDERÁ LA APLICACIÓN DE PENAS CONVENCIONALES NI SU CONTABILIZACIÓN PARA HACER EFECTIVA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.

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 SUMINISTRADOS 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"** SUMINISTRA LOS BIENES, EL PROCEDIMIENTO INICIADO QUEDARÁ SIN EFECTO, 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.

EN TODO CASO LA TERMINACIÓN ANTICIPADA O RESCISIÓN DE LOS CONTRATOS SERÁ SOLICITADA POR EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO DE CONFORMIDAD CON EL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL NUMERAL 5.6 LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DE **"EL INSTITUTO"**.

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 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 EL ARTÍCULO 52 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y ARTÍCULO 92 DE 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) DESCRIPCIÓN, CANTIDADES E IMPORTES Y ANEXO TÉCNICO
ANEXO 2 (DOS) COBERTURA
ANEXO 3 (TRES) PROGRAMA CALENDARIZADO DEL SERVICIO.
ANEXO 4 (CUATRO) LUGAR Y DISTRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS.
ANEXO 5 (CINCO) DESIGNACIÓN DE ADMINISTRADOR DE CONTRATO.
FORMATO T0. PROGRAMA DE TRABAJO.
FORMATO T 5 "PROGRAMACIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS E INSTRUMENTAL".
FORMATO T6 "REPORTE DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS E INSTRUMENTAL".
FORMATO T7 "ENTREGA /RECEPCIÓN DE EQUIPOS".
FORMATO T7.1 "ENTREGA/RECEPCIÓN DE SETS DE INSTRUMENTAL".
FORMATO T8 "PROGRAMA DE TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO".
FORMATO T9 "REGISTRO DE ASISTENCIA DE TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO".
FORMATO T13 "CONTROL DE ENTREGA RECEPCIÓN DE BIENES DE CONSUMO BÁSICOS".
FORMATO T14 "REPORTE INDIVIDUAL DE PROCEDIMIENTOS Y BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS".
FORMATO T15 "REPORTE MENSUAL DE PROCEDIMIENTOS Y BIENES DE CONSUMO UTILIZADOS".
FORMATO T15.1 "NOTIFICACIÓN DE PENA CONVENCIONAL APLICABLE".
FORMATO T15.2 "NOTIFICACIÓN DE DEDUCTIVAS".
FORMATO T16 "REPORTE DE INCIDENCIAS".
FORMATO T17 "RELACIÓN DE MARCAS, MODELOS Y MANUAL DEL FABRICANTE DEL EQUIPO MÉDICO".
FORMATO T18 "CONTROL DE ENTREGA RECEPCIÓN DE BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS".
FORMATO T19 "DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR EN INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO".
FORMATO T20 "DESIGNACIÓN DE TÉCNICOS EN SITIO".
FORMATO: T21"CARTA COMPROMISO DEL LICITANTE PARTICIPANTE EN LA INSTALACIÓN DE EQUIPO".
FORMATO T22. RELACIÓN DE DOCUMENTOS A EVALUAR DEL LICITANTE.
FORMATO T23. PROPUESTA PARA LA EVALUACION TECNICO/ DOCUMENTAL.
FORMATO T25 "MANUAL DE DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL" (DAN).
FORMATO T26 "CONTROL DE PRODUCTIVIDAD, BIENES BÁSICOS Y BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS DE LA CTSI".
FORMATO T27 "INFORMACIÓN DE LOS CONTENIDOS Y REQUERIMIENTOS DE LA UNIDAD MÉDICA ASIGNADA A PROPORCIONAR EN EL SMI PARA PMI".
FORMATO T28 "CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO ITINERANTE".
FORMATO T30 "CARTA COMPROMISO DE EQUIPO MÉDICO QUE AVALE LOS 4 AÑOS CERO MESES AÑOS DE FABRICACIÓN (A PARTIR 2018)."
FORMATO T 31 "CARTA RELATIVO A LA OBLIGACIÓN DEL LICITANTE ADJUDICADO, DE REALIZAR LOS TRABAJOS NECESARIOS DE ADECUACIÓN A LAS INSTALACIONES DE CADA UNIDAD MÉDICA QUE CORRESPONDA".
FORMATO T 32 ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD.

VIGÉSIMA.- 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, 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 PRIMERA.- 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 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 DOMICILIO LES PUDIERA CORRESPONDER.

PREVIA LECTURA Y DEBIDAMENTE ENTERADAS LAS PARTES DEL CONTENIDO, ALCANCE Y FUERZA LEGAL DEL PRESENTE CONTRATO, EN VIRTUD DE QUE SE AJUSTA A LA EXPRESIÓN DE SU LIBRE VOLUNTAD Y QUE SU CONSENTIMIENTO NO SE ENCUENTRA AFECTADO POR DOLO, ERROR, MALA FE NI OTROS VICIOS DE LA VOLUNTAD, LO FIRMAN Y RATIFICAN EN TODAS SUS PARTES, POR QUINTUPLICADO, EN LA CIUDAD DE PUEBLA, PUEBLA, EL DÍA **31 DE MAYO DE 2024.**

"EL INSTITUTO"

DRA. MARÍA MAGDALENA TINAJERO ESQUIVEL
TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA EN EL IMSS EN PUEBLA
Y REPRESENTANTE LEGAL

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"

C. EDGAR FABIAN CALVILLO RELLO
REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA
ALCA DESARROLLADORA DE PROYECTOS Y SERVICIOS COMERCIALES, 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 MEDICAS

ADMINISTRADOR DE CONTRATO

DR. ALEJANDRO CRUZ OSEGUERA
DIRECTOR DEL H. G. Z. NO. 35

ÁREA TÉCNICA

DR. EDGAR DANIELGONZALEZ ESTEBAN
JEFE DE SERVICIOS DE CIRUGÍA DEL H.G.Z. NO. 35

ANEXO 1 (UNO)
DESCRIPCIÓN, CANTIDADES E IMPORTES Y ANEXO TÉCNICO

PARTIDA	CLAVE	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MÁXIMA	PRECIO UNITARIO	IMPORTE MÍNIMO SIN IVA	IMPORTE MÁXIMO SIN IVA
1	**10.06.010**	Colecistectomía laparoscópica adulto.	86	216	$ 6,640.00	$ 571,040.00	$ 1,434,240.00
1	**10.04.011**	Resección transuretral de próstata/vejiga RTUP/RTUV/RTUC.	86	216	$ 5,150.00	$ 442,900.00	$ 1,112,400.00
1	**10.04.021**	Cistoscopia para retiro de catéter Doble J	86	216	$ 3,459.00	$ 297,474.00	$ 747,144.00
1	**10.04.018**	Litotricia ureteral rígida adulto.	29	72	$ 6,000.00	$ 174,000.00	$ 432,000.00
1	**10.04.001**	Cistoscopia adulto.	43	108	$ 3,240.00	$ 139,320.00	$ 349,920.00
1	**10.06.002**	Apendicetomía laparoscópica adulto.	43	108	$ 6,980.00	$ 300,140.00	$ 753,840.00
1	**10.06.026**	Laparoscopía diagnóstica adulto.	22	54	$ 4,880.00	$ 107,360.00	$ 263,520.00
1	**10.04.020**	Litotricia ureteral flexible adulto (láser).	58	144	$15,170.00	$ 879,860.00	$ 2,184,480.00
1	**10.04.015**	Uretrotomía interna adulto.	22	54	$ 3,175.00	$ 69,850.00	$ 171,450.00
1	**10.04.916**	Canastilla de Dormia de nitinol de 1.8 a 3 fr. (Ureterolito láser flexible).	1	1	$ 4,500.00	$ 4,500.00	$ 4,500.00
1	**10.04.922**	Canastilla de dormia de nitinol de 3 a 4.5 fr. X 65 a 90 cm., de longitud, diámetro de 1 a 2 cm.	1	1	$ 4,500.00	$ 4,500.00	$ 4,500.00
1	**10.04.909**	Catéter ureteral para pielografía retrógrada de 3 a 5 fr., de 40 a 70 cm., de longitud.	1	1	$ 310.00	$ 310.00	$ 310.00
1	**10.04.912**	Dilatador ureteral de balón, hidráulico de 6 mm X 10 cm., incluye sistema de inflado.	1	1	$ 5,200.00	$ 5,200.00	$ 5,200.00
1	**10.04.920**	Guía de alambre de nitinol de 0.035" a 0.038", 145 a 150 cm.	1	1	$ 1,380.00	$ 1,380.00	$ 1,380.00
1	**10.06.911**	Paquete de clips para cirugía laparoscópica, de titanio, estéril desechable, tamaños: mediano ó mediano/largo.	1	1	$ 175.00	$ 175.00	$ 175.00
1	**10.04.906**	Set o Equipo de catéteres ureterales doble "j", consta de: guía metálica de alambre afinado en espiral. longitud. 24 cm calibre. 5 fr. catéter ureteral de poliuretano. Radiopaco. Con posicionador. O	1	1	$ 1,830.00	$ 1,830.00	$ 1,830.00
1	**10.04.904**	Sonda para drenaje urinario de permanencia prolongada, de elastómero de silicón ó totalmente de silicón, con globo de auto retención de 5 y 30 ml., estéril y desechable, tipo Foley de dos ó tres vías, calibres: 14, 16, 18, 20, 22 y 24 fr.	1	1	$ 275.00	$ 275.00	$ 275.00
1	**10.04.913**	Camisa de acceso ureteral de doble lumen, de 35 cm., de longitud.	1	1	$ 5,001.00	$ 5,001.00	$ 5,001.00
						$3,005,115.00	**$ 7,472,165.00**
						$ 480,818.40	**$ 1,195,546.40**
						$3,485,933.40	**$ 8,667,711.40**

SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN PARA EL HGZ NO. 35

ANEXO TÉCNICO

"En cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 4.24.3 de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (POBALINES), se establecen el presente ANEXO TÉCNICO para la contratación del Servicio Médico Integral para Procedimientos de Mínima Invasión (SMI para PMI) **clave CUCOP 33900012**, incisos b), c) y d) del numeral 4.24.3 no son aplicables al servicio, que de conformidad con lo siguiente:"

1. DESCRIPCIÓN AMPLIA DEL SERVICIO

DEFINICIÓN:

El Instituto Mexicano del Seguro Social requiere de un "Servicio Médico Integral para Procedimientos de Mínima Invasión" (SMI para PMI), que consisten en un abordaje quirúrgico diferente al acceso tradicional convencional, abierto e invasivo, resultando ser menos agresivo. Estos accesos de mínima invasión se realizan a través de incisiones mínimas (puertos) con la ayuda de equipos médicos tales como laparoscópios, así como de endoscopias, en este caso la vía de acceso es a través de orificios naturales. Al llevarse a cabo estos procedimientos de mínima invasión, permiten ofrecer al paciente, una recuperación en menor tiempo, así como incorporarse a sus actividades laborales prontamente y al Instituto, le permite disminuir días estancia hospitalaria e incapacidades.

El proceso endoscópico permite visualizar y manipular zonas del interior del organismo, las cuales son inaccesibles o difíciles a la observación directa del paciente, y a su vez para llevar a cabo estudios diagnósticos y técnicas terapéuticas con mínima invasión.

Por lo que el "Servicio Médico Integral para Procedimientos de Mínima Invasión" **(SMI para PMI)** permite a los cirujanos/endoscopistas del Instituto realizar los procedimientos en comento a través de la entrega de: equipo médico, instrumental quirúrgico, bienes de consumo básicos y complementarios, y llevar a cabo el servicio de mantenimiento preventivo y/o correctivo, asistencia técnica, capacitación técnica al personal que designe el Instituto (para el uso de los equipos médicos) así como el reporte mensual de la productividad para la Unidad Médica y para la Coordinación Técnica de Servicios Médicos Indirectos.

El "Servicio Médico Integral para Procedimientos de Mínima Invasión" **(SMI para PMI)** debe de permitir al Instituto otorgar en forma oportuna la realización de procedimientos tanto programados como de urgencia. Este servicio se lleva a cabo durante las tres etapas de los procedimientos quirúrgicos/endoscópicos tales como: preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio.

Unidad de Medida La unidad de medida se refiere a un procedimiento realizado ya sea diagnóstico o terapéutico de mínima invasión de acuerdo con el ANEXO **T1** "Requerimientos del SMI para PMI".

Este "Servicio Médico Integral para Procedimientos de Mínima Invasión" **(SMI para PMI)** **se adjudicará** por Paquete Único, el cual consta de **18 Claves**, como se establece a continuación:

SMI PARA PMI PAQUETE ÚNICO	**18 CLAVES**

Para la presentación de sus proposiciones, los licitantes deberán ajustarse estrictamente a los requisitos y especificaciones previstas en el presente **Anexo Técnico y Términos y Condiciones**, describiendo en forma amplia y detallada las características del servicio que se están ofertando, debiendo el licitante garantizar la correcta prestación del servicio médico integral.

Mínimos y Máximos por número de procedimientos por OOAD:

De acuerdo a las cantidades mínimas y máximas contenidas en el Anexo 1 del presente Requerimiento.

2. CATÁLOGO DE PROCEDIMIENTOS

CLAVE	DESCRIPCIÓN "AMPLIA Y DETALLADA" DEL SERVICIO SOLICITADO
10.06.010	Colecistectomía laparoscópica adulto.
10.04.011	Resección transuretral de próstata/vejiga RTUP/RTUV/RTUC.
10.04.021	Cistoscopia para retiro de catéter Doble J
10.04.018	Litotricia ureteral rígida adulto.
10.04.001	Cistoscopia adulto.
10.06.002	Apendicetomía laparoscópica adulto.
10.03.002	Histeroscopía operatoria.
10.06.026	Laparoscopía diagnóstica adulto.
10.04.020	Litotricia ureteral flexible adulto (láser).
10.04.015	Uretrotomía interna adulto.
10.04.916	Canastilla de Dormia de nitinol de 1.8 a 3 fr. (Ureterolito láser flexible).
10.04.922	Canastilla de dormia de nitinol de 3 a 4.5 fr. X 65 a 90 cm., de longitud, diámetro de 1 a 2 cm.
10.04.909	Catéter ureteral para pielografía retrógrada de 3 a 5 fr., de 40 a 70 cm., de longitud.
10.04.926	Catéter tipo open-end ureteral 3 a 4 Fr.
10.04.912	Dilatador ureteral de balón, hidráulico de 6 mm X 10 cm., incluye sistema de inflado.
10.04.920	Guía de alambre de nitinol de 0.035" a 0.038", 145 a 150 cm.
10.06.911	Paquete de clips para cirugía laparoscópica, de titanio, estéril desechable, tamaños: mediano ó mediano/largo.
10.04.906	Set o Equipo de catéteres ureterales doble "j", consta de: guía metálica de alambre afinado en espiral. longitud. 24 cm calibre. 5 fr. catéter ureteral de poliuretano. Radiopaco. Con posicionador. O
10.04.904	Sonda para drenaje urinario de permanencia prolongada, de elastómero de silicón ó totalmente de silicón, con globo de auto retención de 5 y 30 ml., estéril y desechable, tipo Foley de dos ó tres vías, calibres: 14, 16, 18, 20, 22 y 24 fr.
10.04.907	Balón dilatador para tracto percutáneo.
10.04.908	Bolsa para recolección de orina, elaborada a base de polivinilo con graduaciones cada 100 ml. Y capacidad de 2000 ml., sistema cerrado, con válvula antirreflujo.
10.04.910	Cuchillo recto y de media luna para uretrotomo compatible con el equipo.
10.04.913	Camisa de acceso ureteral de doble lumen, de 35 cm., de longitud.
10.04.914	Guía extrarígida de alambre de 0.035" a 0.038", 145 a 150 cm.
10.04.915	balón.
10.04.918	Camisa de acceso ureteral hidrofílica.
10.04.919	Juego de dilatadores percutáneos tipo Amplatz de 8 a 30 fr.
10.04.921	Aguja de acceso percutáneo.
10.04.923	Electrodo de Vaporización para endourología.
10.04.924	Catéter con balón de oclusión de 5 a 7 fr. X 75 a 100 cm., de longitud.
10.06.908	Clip vascular polímero mediano/largo, largo o extralargo.
10.06.910	Drenaje flexible con diseño de 4 canales, 10 fr. y 19fr, sin Hub, trócar 1/4"y 1/8". Con reservorio.
10.06.915	Bolsa colectora de espécimen pequeña ó grande según pieza a extraer.
10.06.916	Pinza para Bisturí Ultrasónico compatible con equipo ofertado (no incluirla en caso de que la pinza sea reusable o no se solicite el procedimiento con el equipo, según tecnología del fabricante).

CATÁLOGO DE PROCEDIMIENTOS

2.

La conformación del "Servicio Médico Integral para Procedimientos de Mínima Invasión" **(SMI para PMI)** se contemplan **procedimientos** agrupados en **(1) Paquete Único**, dentro de los cuales se consideran los requerimientos para cada una de las Unidades Médicas establecidas en el **ANEXO 1 "Especificaciones del Requerimiento"**, mismos que se enlistan en el siguiente "**Catálogo de Procedimientos**"; identificados por clave y nombre del procedimiento, como se muestra en la siguiente tabla:

3. EQUIPO MÉDICO.

Se requiere Equipo Médico para las Unidades Hospitalarias de las OOAD y Unidades Médicas de Alta Especialidad, que aseguren la realización de los procedimientos para Mínima Invasión, para lo cual se requiere de equipos nuevos o usados estos últimos de no más de 5 años cero meses de fabricación, cubriendo la vigencia del contrato, que deberán cumplir las especificaciones que se establecen en el **ANEXO T2 "Equipo Médico de SMI para PMI"** , que serán evaluados con el **Formato T21 "PROPUESTA PARA LA EVALUACIÓN TÉCNICA /DOCUMENTAL", contenida en los "Formatos de SMI para PMI"**.

➢ La entrega, instalación y puesta en operación del equipo médico, conforme a cada una de las partidas adjudicadas, por el licitante adjudicado, deberá realizarse dentro de los noventa (90) días naturales, siguientes, contados a partir del día siguiente a la emisión y notificación del fallo correspondiente, en cualquiera de las unidades médicas que correspondan, en base a la distribución establecida en el **ANEXO T11 "Distribución de Equipo Médico, Instrumental y Técnicos del SMI para PMI".**

➢

Los licitantes, deberán adjuntar como parte de su propuesta; los anexos técnicos, folletos, catálogos, fotografías, imágenes, la sección de instructivo y/o manuales del fabricante, así como aquellos que presente en su proposición técnica para ser evaluados, tales como certificados del fabricante, los cuales deberán corresponder, con la(s) marca(s), modelo(s) y con la descripción técnica del licitante de los equipos ofertados así como de las características del servicio ofertado, lo cual deberá ser completo y en caso de estar en idioma diferente al español deberá proporcionar la traducción simple al español, sin que altere, modifique o distorsione el contenido y/o alcance del documento traducido, en el entendido de que la traducción podrá contener únicamente las páginas, secciones y/o párrafos que soporten lo ofertado (en concordancia a lo establecido en el numeral 4.2.3 de los Términos y Condiciones).

Los licitantes, deberán adjuntar como parte de su propuesta el **FORMATO T30 "Carta Compromiso de Equipo Médico que avale los 5 años cero meses de fabricación"**, no mayor a 5 (cinco) años cero meses al de la fecha de la presentación de su propuesta y cuentan con bitácora de servicio de mantenimiento del equipo (en concordancia a lo establecido en el numeral 4.2.7 de los Términos y Condiciones), una vez adjudicado presentará copia simple de la Carta Factura del equipamiento de su propiedad que haya ofertado o copia simple del aviso de importación del equipamiento ofertado si son nuevos (en concordancia a lo establecido en los Términos y Condiciones) dentro de los 15 (quince) días hábiles, posteriores a la emisión y notificación del fallo.

➢ Los licitantes una vez que sean adjudicados deberán entregar al Jefe de Servicio o el servidor público que se designe en sustitución de éste, de la Unidad Médica, la descripción de los equipos médicos que utilizarán para la prestación del servicio, así como el manual del fabricante en idioma español, dentro de los 14 (catorce) días naturales posteriores a la emisión y notificación del fallo y antes de la Transferencia de conocimientos al personal, a través del Formato **T17** "Relación de Marcas, Modelos y Manual del Fabricante del Equipo Médico", contenida en "Formatos de SMI para PMI", que tendrán que ser los mismos que fueron evaluados y aceptados de su propuesta técnica.

➢ No se aceptarán propuestas de equipos correspondientes a saldos o remanentes que ostenten las leyendas "Only Export" ni "Only Investigation", descontinuados o cuyo uso no se autorice en el país de origen, o que cuenten con alertas médicas o de concentraciones por parte de las Autoridades Sanitarias Mexicanas, Food & Drug Administration FDA y /o la Comunidad Económica Europea CEE, según corresponda.

El Instituto facilitará al licitante adjudicado, dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores, a la emisión del fallo, un espacio físico accesible al área de Quirófanos de la Unidad Médica, a título gratuito y con electricidad, que podrá **adecuar** y administrar de tal forma que pueda usarse como almacén y resguardo del equipo, instrumental y bienes de consumo propiedad del proveedor, con el que proporcionará el **SMI para PMI**, durante la vigencia del contrato.

➢ Para el funcionamiento óptimo del equipo, se deberán considerar las adecuaciones que se requieran, sin que afecten la estructura del lugar y sin generar un costo adicional para el Instituto.

➢ La instalación y puesta a punto de los equipos médicos solicitados para la prestación del SMI para PMI, será de estricta responsabilidad del licitante adjudicado y **del Jefe de Servicio o el servidor público que se designe en sustitución de éste, o Coordinador Clínico de la Unidad Médica o Administrador de la Unidad Médica,** cuya verificación en las condiciones de operación adecuada del equipo médico, será a cargo **del Jefe de Servicio o el servidor público que se designe en sustitución de éste, o del Jefe de Conservación por parte de la Unidad Médica.**

➢ Para lo cual, se deberá firmar lo contenido en el **FORMATO T7** "Entrega/Recepción de Equipos" con esto se realizará la entrega recepción de los equipos médicos de manera oficial, ya que en caso de que exista alguna inconsistencia en el equipo y no se encuentre en su plena capacidad de funcionamiento, se levantará "Acta Informativa" para dar constancia de los motivos y razones de "No aceptación" en la entrega-recepción, considerándose como notificado el Proveedor a partir de ese momento, para lo cual deberá subsanar las deficiencias o motivos señalados del rechazo del equipo médico en un término máximo de **48 horas**, con la finalidad de asegurar la puesta a punto dentro de los 14 (catorce) días naturales y el inicio del servicio al 14 (catorce) días naturales posteriores a la emisión y notificación del fallo.

3.1 SUPERVISOR DE OPERACIONES.

➢ El licitante asignará un **Supervisor de Operaciones** que será el responsable de dar seguimiento a las acciones solicitadas en el Plan de Trabajo **FORMATO T0 PROGRAMA DE TRABAJO**, de acuerdo con el contenido del **FORMATO T19 "DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR DE OPERACIONES"**, con la finalidad que se dé cumplimiento en tiempo y forma a las actividades establecidas en el programa de trabajo, como será: afinar los detalles de la integración técnica del plan de trabajo con la unidad médica, coordinar las acciones pertinentes en lo referente a la entrega, instalación y puesta en marcha y operación del equipo médico, el instrumental y los bienes de consumo básicos y complementarios para el inicio de la prestación del servicio.

Así como, la coordinación, supervisión, revisión y verificación de aquellos aspectos que estén relacionados con la operación, el mantenimiento preventivo y/o correctivo de los dispositivos médicos y demás operaciones de tipo administrativo y de vinculación con la unidad médica, objeto del presente servicio.

Por consiguiente, toda vez que se conozca a la empresa adjudicada esta deberá informar por escrito al Administrador del Contrato, en un plazo no mayor de **48 horas** en días hábiles contadas a partir del día siguiente a la emisión y notificación del fallo, la designación del **Supervisor de Operaciones**, deberá realizarse a través del **FORMATO T19 "DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR DE OPERACIONES" en congruencia a lo manifestado en la presentación del currículo y la estructura organizacional del licitante,** que deberá coordinar estas acciones en las Unidades Médicas asignadas, para que el servicio se preste a entera satisfacción del Instituto.

Por otro lado, las acciones correspondientes para resolver los problemas identificados en la puesta en marcha y operación del servicio, no imputables al licitante adjudicado deberá reportarlo por escrito, a partir del tercer día natural al **Administrador del Contrato**, adjuntando los elementos que sean indispensables en su acreditación, para lo cual la Convocante evaluará su procedencia, a fin de estar en condiciones de pronunciarse según corresponda, cuando las causas que generaron el retraso en la entrega recepción queden resueltas.
Por otra parte, se le facilitará al proveedor un espacio físico preferentemente accesible al área de quirófanos de la Unidad Médica, a título gratuito y con electricidad, que podrá adecuar y administrar de tal forma que pueda usarse como almacén y resguardo del equipo e insumos propiedad del proveedor, con el que proporcionará el SMI para PMI, durante la vigencia del contrato.

Una vez concluidos los trabajos de la instalación y puesta en uso de los equipos médicos y del instrumental, el administrador del contrato formalizará la entrega recepción de los equipos conforme al **FORMATO T7** "Entrega/Recepción de Equipos", debiendo estar validados por ambas partes, con lo que se oficializa la Entrega recepción.

La empresa adjudicada deberá presentar el Manual de Procedimientos del Proceso de Desinfección de Alto Nivel (DAN) mediante el **FORMATO T25**, para los endoscopios, que utilizará para la prestación del servicio en las unidades institucionales y formará parte de la Metodología de su Plan. La empresa deberá acreditar por medio de escrito en formato libre, en hoja

membretada firmado por su representante legal que sus técnicos en asistencia en procedimientos de mínima invasión conocen y saben llevar a cabo el procedimiento de desinfección y **esterilización de los endoscopios.**

Este Manual del Proceso de Desinfección de Alto Nivel y Esterilización en congruencia con lo presentado en numeral 4.2.19 inciso f) de los términos y condiciones deberá presentarse al jefe o responsable del Servicio de Procedimientos de mínima invasión para su revisión y aprobación, y estar disponible en cada unidad donde se preste el servicio con endoscopios y será acorde con las medidas establecidas por el Comité Local de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, así como a la **Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005,** Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

Las acciones correspondientes para resolver los problemas identificados en la puesta en operación del servicio, no imputables al licitante, deberá reportarlo por escrito a más tardar el tercer día natural de tener conocimiento al Administrador del Contrato, adjuntando su acreditación, para lo cual el Área Requirente evaluará su procedencia con la finalidad de estar en condiciones de pronunciarse según corresponda, y recibir el equipo médico cuando las causas que generaron el retraso en la recepción queden resueltas.

3.2 Equipo Médico Itinerante

Equipo Médico Itinerante, entendiéndose como aquel equipo que puede ofertar el licitante y que tiene la posibilidad de trasladarlo entre las unidades médicas que se encuentren en la (o las) partida(s) y con la posibilidad de maximizar su uso en una sede distinta a la del origen, siempre y cuando se encuentren dentro del mismo OOAD, y que por razones de baja productividad o de apoyo para la realización de jornadas médicas de atención quirúrgica, sea necesario trasladarse o moverse a otra sede, sin necesidad de que se encuentre permanentemente en una sola unidad médica, según el equipo médico que se tenga contratado en la prestación del servicio del OOAD correspondiente, estos equipos pueden ser los siguientes:

- Torres de visualización básica:
  - Insuflador
  - Capnografo
  - Unidad de electrocirugía para endoscopia
  - Bisturí ultrasónico.
  - Equipo para sellado de vasos.
  - Microdebridador eléctrico para oído y nariz.
- Torre básica de visualización endoscópica de tubo digestivo adulto.
  - Videogastroscopio.
  - Videocolonoscopio.
  - Unidad de electrocirugía para endoscopia.
- Torre de Visualización básica para equipo de Artroscopia
- Capsula Endoscópica
- Procedimientos Funcionales Digestivos

En su propuesta técnica, los licitantes deberán presentar las marcas y modelos de los equipos médicos que utilizarán para la prestación del servicio, para su evaluación en el **FORMATO T21 "PROPUESTA PARA EVALUACIÓN TÉCNICA/DOCUMENTAL" (presentar formato en PDF y Excel editable).**

En caso de ser adjudicado, el licitante deberá entregar los manuales de usuario en idioma español, y los cuales deberán corresponder con el equipo médico que es aceptado en la presente licitación, de acuerdo a la Unidad Médica y partida correspondiente, relacionada en el **FORMATO T17 "RELACIÓN DE MARCAS Y MODELOS DEL EQUIPO MÉDICO"**.

Cabe mencionar que no se aceptarán propuestas de equipos correspondientes a saldos o remanentes que ostenten las leyendas "Only Export" ni "Only Investigation", equipos descontinuados o en estado de obsolescencia mayor a los 5 años de fabricación o cuyo uso no se autorice en el país de origen, que cuenten con alertas sanitarias o avisos por parte de las Autoridades Sanitarias en México (COFEPRIS), Estados Unidos (FDA) y la Comunidad Económica Europea (CE), incluyendo la de aquellos países con los cuales México tiene un Tratado de Libre Comercio.

3.3 MEJORAS TECNOLÓGICAS DE EQUIPO.

En caso de que, durante la vigencia del contrato, existan mejoras tecnológicas acorde con los servicios contratados, sin que se incremente el Precio Unitario, el proveedor podrá proponer al Administrador del Contrato donde se prestan los servicios, el cambio o actualización de los equipos, el instrumental y/o los bienes de consumo señalados; así como del software de los equipos, acompañando a la solicitud, los registros sanitarios de los equipos e insumos que lo requieran para su evaluación, validación y autorización por parte del Jefe de Servicios de Procedimientos de mínima invasión de la OOAD, de considerar viable la propuesta por parte del proveedor, se procedería a realizar el cambio o actualización de los equipos y a suministrar los consumibles y en su caso, el software; así como otorgar la capacitación específica sobre esta tecnología de innovación al personal del Instituto que lo requiera sin costo adicional, retirando el o los equipos que haya instalado una vez que se tengan en la Unidad los nuevos (de innovación) con actualización del **Formato T7 "Entrega/ Recepción de equipos"** y sin afectar la continuidad de la prestación del servicio.

Lo anterior previa presentación de la documentación y especificaciones técnicas a la OOAD, la cual revisará, analizará y autorizará dicho cambio tecnológico, sin que lo anterior modifique el precio unitario de los procedimientos.

3.4 DOCUMENTACIÓN REQUERIDA DEL EQUIPO MÉDICO CONTENIDO EN EL ANEXO T2 "EQUIPO MÉDICO".

Para la documentación requerida, deberá considerar las **Normas oficiales tanto Mexicanas como Internacionales o Especificación Técnica que resulte aplicable a los bienes requeridos,** inciso e) numeral 4.24.3 de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (POBALINES).

El licitante deberá presentar como parte de su propuesta técnica el **FORMATO T21 "PROPUESTA PARA EVALUACIÓN TÉCNICA /DOCUMENTAL" (presentar formato en PDF y Excel editable)**, incluyendo copia simple de los registros sanitarios en anverso y reverso, vigentes expedido por la COFEPRIS, conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud (vigencia de 5 años), en caso de que el registro sanitario no se encuentre dentro del periodo de vigencia de 5 años, conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud, el licitante deberá presentar:

a) Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.

b) Copia simple del "Comprobante de Trámite de Prórroga", en el que se acredite el trámite de prórroga del registro sanitario o, en su caso, copia simple de la "Constancia de Prórroga" emitida por la COFEPRIS, donde se especifiqué plenamente el número de Registro Sanitario, así como la fecha de vigencia otorgada.

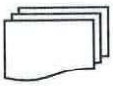
Nota: no son válidas "consultas por Internet, capturas de pantalla o cartas dirigidas" a COFEPRIS sin su respuesta, en los trámites realizados, la cual no acredite la veracidad del documento.

En el caso de que algún equipo de origen Nacional o Internacional, el licitante advierta que no requiere Registro Sanitario, deberá presentar documento expedido por la COFEPRIS o deberá presentar Carta de la COFEPRIS en la que se indique que no requiere registro sanitario.

Del Equipo Médico ofertado deberá presentar como parte de su propuesta técnica copia simple de los Certificados de Calidad ISO-13485:2016 en Sistemas de Gestión de Calidad aplicable para Dispositivos Médicos a nombre del fabricante o copia simple del certificado FDA, CCE o CE, vigente, en el idioma del país de origen acompañado de su traducción simple al español de al menos el **80%** del **100%** del equipo médico, instrumental y bienes de consumo básicos y complementarios que oferte por partida en su propuesta técnica, debidamente referenciadas donde se cite el equipo, **FORMATO T21 "PROPUESTA PARA EVALUACIÓN TÉCNICA / DOCUMENTAL" (presentar formato en PDF y Excel editable).**

Asimismo, el licitante deberá presentar en su propuesta técnica en papel membretado de la licitante, un escrito en el que manifieste que, en caso de resultar adjudicado, previo a la firma del contrato, se compromete a entregar, a más tardar, a los cinco días naturales siguientes al acto del fallo, la relación del **20%** correspondiente del **100%** del equipo médico, instrumental y bienes de consumo básicos y complementarios ofertados por partida que no hubiese entregado de los certificados de calidad, mismos que deberá presentar en su propuesta técnica en el **Formato T33 "Relación del 80% de Certificados de Calidad de equipo médico, instrumental y bienes de consumo básicos y complementarios",** en el cual se enlista el equipamiento que requiere de la presentación de Certificados de Calidad y previo a la firma del contrato entregará dentro de los 5 (cinco) días naturales contados al día siguiente de la emisión del fallo, a la Coordinación Técnica de Servicios Médicos Indirectos, la copia simple de dichos Certificados de Calidad.

Ejemplo: Propuesta Técnica/documental, Formato (T21)
Nombre de la carpeta: "EQUIPOS"
Contenido de la carpeta:



EJEMPLO:

1 Unidad de electrocoagulación.

1) Folleto o catálogo o referencia gráfica o manual (completo)

2) Registro sanitario vigente, o prorroga del registro o carta COFEPRIS que no requiere Reg. SSA o DOF de bienes que no requieren Reg. SSA

3) Certificado de calidad ISO-13485:2016 o FDA o CCEE o JIS o MDSAP o su equivalente por la Autoridad Sanitaria del país de origen, vigente a nombre del fabricante de los bienes. *

*En atención al inciso e) del numeral 4.24.3 de POBALINES.

4. INSTRUMENTAL.

En el **ANEXO T3 "Instrumental de SMI para PMI",** se describen los sets de instrumental para las unidades médicas que la empresa deberá suministrar, mediante el **FORMATO T7.1** "Entrega/Recepción de Sets de instrumental"a más tardar el dia **14** (Catorce) natural a partir de la emisión del fallo para llevar a cabo los procedimientos contenidos en el Catálogo de Procedimientos en el OOAD, las cuales se encuentran desagregadas por Unidad Médica en el **ANEXO T1** "Requerimientos de SMI para PMI", que forma parte del presente documento.

La distribución del instrumental debe apegarse a lo descrito en el **ANEXO T11** "Distribución de Equipo e Instrumental de SMI para PMI".

En el caso de instrumental, ya se ha considerado en los rangos una variación de +/- 10(diez) % en las medidas de acuerdo con lo dispuesto en el Catálogo Nacional de Insumos para la Salud vigente. Las medidas del instrumental que no puedan ser referenciadas en catálogos, podrán ser acreditadas mediante copia simple de carta apostillada del fabricante que confirme que las medidas solicitadas son equivalentes a las referenciadas en el catálogo y presentadas en la Propuesta Técnica. El instrumental deberá ser acorde (longitud y diámetro) a la constitución y complexión de los pacientes: adultos y pediátricos, así como al tipo de procedimiento programado.

Aquellas características de instrumental referidas a nombres propios, no referenciadas en los catálogos podrán ser acreditadas mediante referencia gráfica.

Para garantizar la continuidad del servicio, se requiere que el licitante se comprometa a dar cumplimiento al "Programa de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Médicos e Instrumental" establecido en el punto 6 del presente documento, cuyo control se realizará a través del **FORMATO T5 REPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS E INSTRUMENTAL**, el cual llevará la firma de conformidad del Jefe del Servicio de Cirugía, o Endoscopia, Jefe de Conservación y Representante del Proveedor y formará parte de la Metodología del Plan de Trabajo y de no llevarse a cabo o realizarse en forma deficiente, se aplicará según corresponda, lo contenido en el numeral 9" PENAS CONVENCIONALES Y/O DEDUCCIONES" de los Términos y Condiciones.

El Programa de Mantenimiento correctivo o reemplazo oportuno del instrumental endoscópico, se dará conforme al uso y condiciones del instrumental, con una planeación de reemplazo de aquellas piezas que estén deterioradas, de inmediato si existe falla durante un procedimiento o en 48 horas después de haber levantado el cirujano un reporte con aval del Jefe de Servicio o el servidor público que se designe en sustitución de éste, o Divisionario de Endoscopia

El instrumental reusable deberá ser reemplazado conforme al desgaste por uso o por deficiencia en la funcionalidad y ser estrictamente compatibles con los endoscopios ofertados, lo cual se registrará mediante el **FORMATO T5 REPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS E INSTRUMENTAL**. Sin costo adicional para el Instituto.

El licitante deberá presentar el **Manual de Procedimientos del Proceso de Desinfección de Alto Nivel (DAN)** mediante el **FORMATO T25 MANUAL DE DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL (DAN)**, para el instrumental reusable,
que utilizará para la prestación del servicio en las unidades institucionales y formará parte de la Metodología de su Plan Trabajo. El licitante deberá acreditar por medio de carta membretada de la empresa, firmadas por el representante legal que sus técnicos en asistencia en Procedimientos de mínima invasión conocen y saben llevar a cabo el procedimiento de desinfección de **instrumental reusable.**

Este Manual de Procedimientos del Proceso de Desinfección de Alto Nivel y Esterilización, deberá presentarse al Jefe o Responsable del Servicio de Procedimientos de Mínima Invasión con uso de endoscopios para su revisión y aprobación, durante la transferencias de conocimientos dentro de los 14 (catorce) días naturales a partir de la emisión del fallo y estar disponible en cada unidad de donde se preste el servicio y será acorde con las medidas establecidas por el Comité Local de Infecciones, así como a la **Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.**

4.1 Documentación requerida del instrumental contenido en el ANEXO T3 "Instrumental de SMI para PMI":

Para la documentación requerida, deberá considerar las Normas oficiales tanto Mexicanas como Internacionales o Especificación Técnica que resulte aplicable a los bienes requeridos, inciso e) numeral 4.24.3 de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (POBALINES) y anexar lo siguiente:

4.1.1 El licitante deberá presentar como parte de su propuesta técnica el **FORMATO T21** "PROPUESTA PARA EVALUACIÓN TÉCNICA /DOCUMENTAL" (presentar formato en PDF y Excel editable). Incluyendo copia simple de los registros sanitarios en anverso y reverso, vigentes expedido por la COFEPRIS, conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud (vigencia de

5 años), en caso de que el registro sanitario no se encuentre dentro del periodo de vigencia de 5 años, conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud, el licitante deberá presentar:

a) Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.

b) Copia simple del "Comprobante de Trámite de Prórroga", en el que se acredite el trámite de prórroga del registro sanitario o, en su caso, copia simple de la "Constancia de Prórroga" emitida por la COFEPRIS, donde se especifique plenamente el número de Registro Sanitario, así como la fecha de vigencia otorgada

Nota: no son válidas "consultas por Internet, capturas de pantalla o cartas dirigidas" a COFEPRIS sin su respuesta, en los trámites realizados, la cual no acredite la veracidad del documento.

En el caso de que algún instrumental de origen Nacional o Internacional, el licitante advierta que no requiere Registro Sanitario, deberá presentar, Carta de la COFEPRIS en la que se indique que no requiere registro sanitario.

Para cualquiera de los casos indicados, la documentación que acredite lo solicitado, deberá ser completa y en caso de estar en idioma diferente al español tendrá que presentar la traducción simple al español, en el entendido de que la traducción podrá contener únicamente las páginas, secciones y/o párrafos que soporten sus proposiciones. Asimismo, la documentación presentada, deberá estar vigentes en el Acto de Presentación y Apertura de Proposiciones.

Para efectos de evaluación se requiere presentar el contenido referenciado de los folletos, catálogos o referencia gráfica del instrumental, y en caso de estar en idioma del país de origen, deberá presentar su traducción simple al español, aceptando únicamente la Portada del documento sustento de la referencia, así como la página donde se encuentre la especificación y/o característica técnica solicitada, conforme a lo establecido en el **ANEXO T3 "Instrumental del SMI para PMI" ", y en el FORMATO T21 "PROPUESTA PARA EVALUACIÓN TÉCNICA /DOCUMENTAL" (presentar FORMATO en PDF y Excel editable)**

Del Instrumental ofertado deberá presentar como parte de su Propuesta Técnica, copia simple de los Certificados de Calidad ISO-13485:2016 en Sistemas de Gestión de Calidad aplicable a nombre del fabricante o copia simple del certificado FDA, CCE o CE vigente, en el idioma del país de origen acompañado de su traducción simple al español de al menos el **80%** del equipo médico, instrumental y bienes de consumo básicos y complementarios que oferte en su propuesta técnica, debidamente referenciadas donde se cite el equipo, **FORMATO T21 "PROPUESTA PARA EVALUACIÓN TÉCNICA / DOCUMENTAL" (presentar formato en PDF y Excel editable).**

Asimismo, el licitante deberá presentar en su propuesta técnica en papel membretado de la licitante, un escrito en el que manifieste que, en caso de resultar adjudicado, previo a la firma del contrato, se compromete a entregar, a más tardar, a los cinco días naturales siguientes al acto del fallo, la relación del **20%** correspondiente del 100% restante del equipo médico, instrumental y bienes de consumo básicos y complementarios ofertados por partida que no hubiese entregado de los certificados de calidad, mismos que deberá presentar en su propuesta técnica en el **Formato T33 "Relación del 80% de Certificados de Calidad de equipo médico, instrumental y bienes de consumo básicos y complementarios",** en el cual se enlista el equipamiento que requiere de la presentación de Certificados de Calidad y previo a la firma del contrato entregará dentro de los 5 (cinco) días naturales contados al día siguiente de la emisión del fallo, al Jefe de Servicios de Cirugía de las Unidades Médicas Hospitalarias, la copia simple de dichos Certificados de Calidad.

4.1.2 Del Instrumental ofertado, deberá presentar, tratándose de Bienes Nacionales o Internacionales:

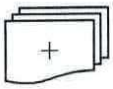
1. Certificado de calidad ISO-13485:2016 o JIS o MDSAP, vigente a nombre del fabricante de los bienes. ó
2. Certificado FDA o CCEE o su equivalente por la Autoridad Sanitaria del país de origen.

3. En caso de estar en el idioma del país de origen acompañado de su traducción simple al español. Aceptando únicamente las páginas debidamente referenciadas donde se cite el instrumental FORMATO T21 "PROPUESTA PARA EVALUACIÓN TÉCNICA /DOCUMENTAL (presentar formato en PDF y Excel editable)

➢

4.1.3 Folleto o catálogo o referencia gráfica o Manual idioma de origen y su traducción simple al español (Se acepta portada y página, Donde se encuentre referenciada la especificación técnica).

Ejemplo: Propuesta Técnica/documental, Formato (T21)
Nombre de la carpeta: "INSTRUMENTAL"
Contenido de la carpeta:



EJEMPLO:
Artros 1 Set de Artroscopia 1 para el procedimiento: 10.01.002 Artroscopia de muñeca/ codo / tobillo, sin implante

1) Folleto o catálogo o referencia gráfica o manual (Se acepta portada y página, donde se encuentre referenciada la Especificación técnica)

2) Registro sanitario vigente, o prórroga del registro o carta COFEPRIS que no requiere Reg. SSA o DOF de bienes que no requieren Reg. SSA.

3) Certificado de calidad ISO-13485:2016 o FDA o CCEE o JIS o MDSAP o su equivalente por la Autoridad Sanitaría del país de origen, vigente a nombre del fabricante de los bienes. *

*En atención al inciso e) del numeral 4.24.3 de POBALINES

5. BIENES DE CONSUMO

En este apartado se describen los bienes de consumo básicos, que son aquellos que se utilizan al cien por ciento en los procedimientos del SMI de PMI y se describen en el **ANEXO T4 "Catálogo de Bienes de Consumo de SMI para PMI"** del presente documento, que el proveedor deberá suministrar para llevar a cabo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos indicados en el ANEXO **T 12 "Catálogo de Unidades Médicas de SMI para PMI".**

El licitante adjudicado deberá tener a disposición la primera entrega de bienes de **consumo básicos y complementarios**, debiendo entregarse a más tardar **dentro del día 14 (Catorce)** natural posterior a la emisión del fallo, en cada una de las Unidades Médicas, según **ANEXO T 12 "Catálogo de Unidades Médicas de SMI para PMI",** y se hará constar en el **FORMATO T13** "Control de Entrega Recepción de Bienes de Consumo Básico", y **FORMATO T18** "Control de Entrega Recepción de Bienes de Consumo Complementarios" para control interno de la Unidad Médica. Este control no representa ninguna responsabilidad de resguardo de insumos o considerarse para fines de facturación y pago para el Instituto.

Las dotaciones subsecuentes de los bienes de consumo básicos y complementarios se efectuará por lo menos 7 días naturales antes de la fecha de programación de los procedimientos, la cual corresponderá al consumo estimado de estos días conforme a lo establecido en el **FORMATO T13** "Control de Entrega Recepción de Bienes de Consumo Básico", y **FORMATO T18** "Control de Entrega Recepción de Bienes de Consumo Complementarios" Se deberá garantizar la disponibilidad de los bienes de consumo básicos y complementarios en condiciones óptimas de envase, embalaje a prueba de humedad y de polvo, con el fin de preservar la esterilidad, calidad y condiciones adecuadas durante el transporte y el almacenaje y deberán contener en idioma español la siguiente información:

a) Descripción completa del bien de consumo (marca y lote)

b) Cantidad

c) Fecha de fabricación y caducidad

d) País de origen del bien de consumo

e) Condiciones de almacenamiento

Los bienes de consumo deberán ser estrictamente compatibles con el equipo médico relacionado y entre sí, para el desarrollo y cumplimiento de la técnica en mínima invasión o endoscópica, estos deberán cumplir con las especificaciones técnicas y de control de calidad requeridas para la prestación del servicio a fin de obtener resultados de calidad y seguridad para el paciente. Estos deberán ser entregados en las Unidades Médicas de acuerdo con el **ANEXO T 12 "Catálogo de Unidades Médicas de SMI para PMI".**

El jefe de Servicio o el servidor público que se designe en sustitución de éste, de Cirugía/Endoscopia, verificará la cantidad, fecha de fabricación y caducidad, país de origen del bien de consumo y condiciones de almacenamiento, así como la existencia del inventario o stock de los bienes de consumo, de manera aleatoria por lo menos una vez a la semana, a fin de garantizar la realización de los procedimientos programados en ese mismo lapso. Esta verificación de inventario no deberá ser considerada para efectos de facturación y pago del licitante; así mismo, se deberá asegurar un stock de insumos con el que deban contar las unidades ante una eventualidad de algún procedimiento.

En el caso de pacientes fuera de programación, estos deberán ser considerados en el stock, el cual deberá ser calculado en coordinación y de mutuo acuerdo con el jefe de Servicio o el servidor público que se designe en sustitución de éste, de Cirugía/Endoscopia y el licitante, tomando en cuenta la productividad, tendencia e histórico de servicios integrales en años previos.

El licitante entregará 30 (treinta) minutos antes de cada procedimiento, a través de su técnico, el instrumental y los bienes de consumo del inventario existente en la Unidad Médica de que se trate, estériles, completos y requeridos para los procedimientos contratados, conforme al **ANEXO T4 "Catálogo de Bienes de Consumo de SMI para PMI".** Lo anterior en el entendido de que cada unidad contará con un stock **suficiente** según lo solicitado en los párrafos previos.

Si por causas imputables al proveedor se diera la cancelación de algún procedimiento programado, por falta de Bienes **de consumo Básicos o complementarios** se reprogramará y se realizará sin costo para el Instituto. Dicha incidencia se hará constar en la Bitácora de Visitas del Supervisor y en el **FORMATO T16 "Reporte de Incidencias".**

Si alguno de los bienes de consumo básico o complementario presentara alguna falla o defecto, el proveedor deberá sustituirlo de inmediato por otro de iguales características y calidad a las requeridas, sin repercutir en el costo del procedimiento.

En el **ANEXO T4, "Catálogo de Bienes de Consumo de SMI para PMI"** en el caso de los números progresivos unificados con varios insumos se debe de entender que es uno u otro a elección del médico, el bien de consumo a utilizar, y en la cantidad especificada en la columna derecha, por ejemplo:

No	Descripción	Cantidad
1a	Set de gastrostomía endoscópica percutánea, de 20 a 24 fr. Con accesorios para colocación.	**1 (uno) a elección del médico**
1b	Set de gastrostomía endoscópica percutánea, de colocación inicial estándar, 20 fr. Por método de tracción y accesorios para colocación.	
1c	Set de gastrostomía endoscópica percutánea, de colocación inicial estándar, 24 fr. Por método de tracción y accesorios para colocación.	

Para el ejemplo siguiente: en el caso de los números progresivos unificados en donde se señale que la cantidad es 2 (dos) se debe permitir la combinación solicitada por el médico, sin rebasar la cantidad especificada en esta columna.

No	Descripción	Cantidad
1a	Aguja de hemostasia para escleroterapia; aguja de 23 G; extensión máxima de 4 mm. Catéter con diámetro externo de 2.3 mm., longitud de 2400 mm. O	**2 (dos)a elección del médico**
1b	Aguja de hemostasia para escleroterapia; aguja de 25 G; extensión máxima de 4 mm. Catéter con diámetro externo de 2.3 mm., longitud de 2400 mm. O	

No	Descripción	Cantidad
1c	Aguja de hemostasia para escleroterapia; aguja de 23 G; extensión máxima de 4 mm. Catéter con diámetro externo de 1.6 a 1.8 mm., longitud de 2000 a 2400 mm.	
2	Clip para hemostasia endoscópica diversos diámetros de apertura y longitudes	3

5.1 Para la documentación requerida, deberá considerar lo siguiente:

5.1.1 Para la documentación requerida, deberá considerar las Normas oficiales tanto mexicanas como Internacionales o Especificación Técnica que resulte aplicable a los bienes requeridos, inciso e) numeral 4.24.3 de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (POBALINES) y anexar lo siguiente:

El licitante deberá presentar como parte de su Propuesta Técnica, copia simple de al menos el 80% del 100% de los registros sanitarios del equipo médico, instrumental y bienes de consumo básicos y complementarios ofertados por partida, en anverso y reverso, vigentes y su última actualización (refrendo o prórroga según corresponda) expedidos por la COFEPRIS, considerando lo señalado en el Anexo Técnico y Términos y Condiciones, en congruencia con lo dispuesto por el artículo 376 de la Ley General de Salud y el artículo 82 del Reglamento de Insumos para la Salud.

Asimismo, el licitante deberá presentar en su propuesta técnica en papel membretado de la licitante, **un escrito en el que manifieste que, en caso de resultar adjudicado, se compromete a entregar, a más tardar, a los cinco días hábiles siguientes al acto del fallo, los Registros Sanitarios del 20% restante y correspondiente al 100% del equipo médico, instrumental y bienes de consumo básicos y complementarios, ofertados por partida, durante el proceso de licitación.** Dicho escrito deberá estar debidamente firmado por el representante legal del licitante (o el representante común en caso de participación conjunta). Para lo cual, los Registros Sanitarios del porcentaje aquí señalado **deberán ser entregados dentro de los 5 (cinco) días naturales contados al día siguiente de la emisión y notificación del fallo**, a la Jefatura de Servicios de Cirugía de las Unidades Médicas Hospitalarias del OOAD, en copia simple, mismos que cumplirán con todos y cada uno de los requisitos establecidos en el presente apartado.

Adicionalmente, en su propuesta técnica deberá presentar el **Formato T32 "Relación del 80% de registros sanitarios del equipo médico, instrumental y bienes de consumo básico y complementario"**, en el cual se enlista los Registros Sanitarios del equipo, instrumental y bienes de consumo básico y complementario, ofertados por partida, considerados para ser entregados de conformidad al párrafo anterior.

En caso de que el Registro Sanitario no se encuentre dentro del periodo de vigencia de 5 años, del equipo médico contenido en el **Anexo T2." Equipo médico de SMI para PMI", Anexo T3 "Instrumental de SMI para PMI", Anexo T4" Catálogo de Bienes de Consumo de SMI para PMI",** conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud, el licitante deberá presentar:

a) Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.
b) Copia simple del "Comprobante de Trámite de Prórroga", en el que se acredite el trámite de prórroga del registro sanitario o, en su caso, copia simple de la "Constancia de Prórroga" emitida por la COFEPRIS, donde se especifiqué plenamente el número de Registro Sanitario, así como la fecha de vigencia otorgada

Nota: no son válidas "consultas por Internet, capturas de pantalla o cartas dirigidas" a COFEPRIS sin su respuesta, en los trámites realizados, la cual no acredite la veracidad del documento.

En el caso de que algún equipo, instrumental y/o bienes de consumo (básico o complementario), de origen Nacional o Internacional, el licitante advierta que no requiere Registro Sanitario, deberá presentar, Carta de la COFEPRIS en la que se indique que no requiere registro sanitario.

Para cualquiera de los casos indicados, la documentación que acredite lo solicitado, deberá ser completa y, en caso de estar en idioma diferente al español tendrá que presentar la traducción simple al español, en el entendido de que la traducción

podrá contener únicamente las páginas, secciones y/o párrafos que soporten sus proposiciones. Asimismo, la documentación presentada, deberá estar vigentes en el Acto de Presentación y Apertura de Proposiciones.

5.1.2 Para efectos de evaluación se requiere presentar el contenido referenciado de los folletos, catálogos o referencia gráfica de los Bienes de Consumo, y en caso de estar en idioma del país de origen, deberá presentar su traducción simple al español, aceptando únicamente la Portada del documento sustento de la referencia, así como la página donde se encuentre la especificación y/o característica técnica solicitada, conforme a lo establecido en el **ANEXO T4 "Bienes de Consumo del SMI para PMI" ", y en el FORMATO T21 "PROPUESTA PARA EVALUACIÓN TÉCNICA /DOCUMENTAL"** (presentar FORMATO en PDF y Excel editable).

De los Bienes de Consumo ofertados deberá presentar como parte de su propuesta técnica, copia simple de los Certificados de Calidad ISO-13485:2016 en Sistemas de Gestión de Calidad aplicable a nombre del fabricante o copia simple del certificado FDA, CCE o CE vigente, en el idioma del país de origen acompañado de su traducción simple al español de al menos el **80%** del equipo médico, instrumental y bienes de consumo básicos y complementarios que oferte en su propuesta técnica, debidamente referenciadas donde se cite el equipo, **FORMATO T21 "PROPUESTA PARA EVALUACIÓN TÉCNICA / DOCUMENTAL" (presentar formato en PDF y Excel editable).**

Asimismo, el licitante deberá presentar en su propuesta técnica en papel membretado de la licitante, un escrito en el que manifieste que, en caso de resultar adjudicado, previo a la firma del contrato, se compromete a entregar, a más tardar, a los cinco días naturales siguientes al acto del fallo, la relación del **20%** correspondiente del **100%** del equipo médico, instrumental y bienes de consumo básicos y complementarios ofertados por partida que no hubiese entregado de los certificados de calidad, mismos que deberá presentar en su propuesta técnica en el **Formato T33 "Relación del 80% de Certificados de Calidad de equipo médico, instrumental y bienes de consumo básicos y complementarios"** en el cual se enlista el equipamiento que requiere de la presentación de Certificados de Calidad y previo a la firma del contrato entregará dentro de los 5 (cinco) días naturales contados al día siguiente de la emisión del fallo, a la Coordinación Técnica de Servicios Médicos Indirectos, la copia simple de dichos Certificados de Calidad.

5.1.3 **Bienes de Consumo Complementario Catálogo:**

Cave BCC	Bien de Consumo Complementario
Cave BCC	**Bien de Consumo Complementario**
10.01.901	Tornillo canulado cilíndrico de interferencia, en aleación de titanio O biodegradable, para la fijación del injerto en la plastía de ligamentos cruzados con rosca no cortante, diámetro de 7 a 10 mm., longitud de 25 a 35 mm., incluye medidas intermedias entre las especificadas, pza.
10.01.902	Equipo de injerto osteocondral mosaicoplastia y accesorios necesarios para su uso.
10.01.903	Anclas biodegradable o compuestas sin nudo de 2.6 a 6.5 mm.
10.01.904	Tornillo de biotenodesis o similar compuesto o biocompatible diversas medidas.
10.01.905	Tornillo de revisión.
10.01.906	Sistema de cortico femoral.
10.01.907	Sistema de cortico femoral de revisión.
10.01.908	Sistema de reparación de menisco.

Cave BCC	Bien de Consumo Complementario
10.01.909	Sistema para reparación de mango rotador y labrum, tipo ancla O tornillo metálico autorroscante de 2.8 a 5.0 mm., de diámetro, sutura de 2 O 4 hilos montada en pieza de mano.
10.01.910	Sistema para reparación de mango rotador, tipo ancla O tornillo biodegradable tipo saca corchos, montado en pieza de mano y sutura de 3.5 a 6.5 mm., de diámetro.
10.01.911	Sistema de fijación del reborde glenoideo, con cabeza de 2.8 a 3.5 mm., de diámetro
10.01.912	Sistema de reparación de muñeca, codo y tobillos tipo ancla entre 1.7 a 3.7 mm.
10.01.913	Sistema de reducción por botones cortical para lesiones de sindesmosis sin nudos, acero inoxidable o titanio.
10.01.914	Consumibles para distractores de artroscopia de tobillo, hombro en decúbito lateral, hombro en silla de playa, y artroscopia de muñeca.
10.01.915	Sistema de reducción acromio clavicular por botones corticales y sutura de especialidad.
10.01.916	Fresa cortante O esférica para hueso duro y cartílago de 3.0 a 5.5 mm., diámetro por 10.5 a 17 cm., de longitud.
10.01.917	Sistema de anclaje para labrum de cadera tipo ancla, metálica o absorbible, entre 2.3 y 2.9 mm.
10.01.918	Sujetadores para sistema de posicionamiento para tobillo, codo, muñeca y hombro.
10.01.919	Pasadores de sutura con monofilamento recto, 45° izquierda, derecha, 70 y 45 hacia arriba.
10.01.920	Ancla de solo sutura 1.2 mm a 2.3 mm para rodete Glenoideo o ancla con material biocompuesto de 2.4 mm cuya perforación es 1.8 mm.
10.01.921	Sutura de alta resistencia de diámetro 00 o Sutura de alta resistencia 2-0 de diametro de polietileno.
10.04.916	Canastilla de Dormia de nitinol de 1.8 a 3 fr. (Ureterolito láser flexible).
10.04.922	Canastilla de dormia de nitinol de 3 a 4.5 fr. X 65 a 90 cm., de longitud, diámetro de 1 a 2 cm.
10.04.909	Catéter ureteral para pielografía retrógrada de 3 a 5 fr., de 40 a 70 cm., de longitud.
10.04.926	Catéter tipo open-end ureteral 3 a 4 Fr.
10.04.912	Dilatador ureteral de balón, hidráulico de 6 mm X 10 cm., incluye sistema de inflado.
10.04.920	Guía de alambre de nitinol de 0.035" a 0.038", 145 a 150 cm.
10.06.911	Paquete de clips para cirugía laparoscópica, de titanio, estéril desechable, tamaños: mediano ó mediano/largo.
10.04.906	Set o Equipo de catéteres ureterales doble "j", consta de: guía metálica de alambre afinado en espiral. longitud. 24 cm calibre. 5 fr. catéter ureteral de poliuretano. Radiopaco. Con posicionador. O
10.04.904	Sonda para drenaje urinario de permanencia prolongada, de elastómero de silicón ó totalmente de silicón, con globo de auto retención de 5 y 30 ml., estéril y desechable, tipo Foley de dos ó tres vías, calibres: 14, 16, 18, 20, 22 y 24 fr.
10.04.907	Balón dilatador para tracto percutáneo.
10.04.908	Bolsa para recolección de orina, elaborada a base de polivinilo con graduaciones cada 100 ml. Y capacidad de 2000 ml., sistema cerrado, con válvula antirreflujo.
10.04.910	Cuchillo recto y de media luna para uretrotomo compatible con el equipo.
10.04.913	Camisa de acceso ureteral de doble lumen, de 35 cm., de longitud.

Cave BCC	Bien de Consumo Complementario
10.04.914	Guía extrarígida de alambre de 0.035" a 0.038", 145 a 150 cm.
10.04.915	Dilatador ureteral de balón de 3.8 a 5.8 mm X 10 cm., ó 4 mm. X 10 cm. Para pediatría 3.8 a 5.8 mm X 4 cm de longitud de balón.
10.04.918	Camisa de acceso ureteral hidrofílica.
10.04.919	Juego de dilatadores percutáneos tipo Amplatz de 8 a 30 fr.
10.04.921	Aguja de acceso percutáneo.
10.04.923	Electrodo de Vaporización para endourología.
10.04.924	Catéter con balón de oclusión de 5 a 7 fr. X 75 a 100 cm., de longitud.
10.06.908	Clip vascular polímero mediano/largo, largo o extralargo.
10.06.910	Drenaje flexible con diseño de 4 canales, 10 fr. y 19fr, sin Hub, trócar 1/4"y 1/8". Con reservorio.
10.06.915	Bolsa colectora de espécimen pequeña ó grande según pieza a extraer.
10.06.916	Pinza para Bisturí Ultrasónico compatible con equipo ofertado (no incluirla en caso de que la pinza sea reusable o no se solicite el procedimiento con el equipo, según tecnología del fabricante).

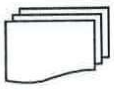
Cantidades de Bienes de Consumo Complementario por OOAD:

Los descritos en el Anexo 1 "Especificaciones del Requerimiento" de acuerdo a las necesidades de cada procedimiento.

El licitante adjudicado está obligado a tener disponible y proporcionar los diferentes bienes de consumo **complementarios necesarios** en el momento en el que se lleva a cabo el procedimiento, sumándose el importe de este insumo al precio unitario del procedimiento programado, **de acuerdo con el FORMATO T14 "Reporte individual de procedimientos y Bienes de consumo Complementarios**

- **5.1.4 La forma de presentación de la documentación** para llenar el **FORMATO T21 "PROPUESTA PARA EVALUACIÓN TÉCNICA /DOCUMENTAL" (PRESENTAR FORMATO EN PDF Y EXCEL EDITABLE)** que se llevará a cabo en CompraNet y para pronta referencia de los numerales 4.1.1 al 4.1.4 deberá de presentarse en documentos en los que se permita observar su diferenciación e indicando el número que le corresponda de acuerdo a lo asignado en el **ANEXO T4 "Catálogo de Bienes de Consumo de SMI para PMI"**, seguido del nombre del Bien de Consumo que se esté proponiendo.

Ejemplo: Propuesta Técnica (FORMATO T21)
Nombre de la Carpeta:
1. Aguja de Veress.



Contenido de la Carpeta:

1) Folleto o catálogo o referencia gráfica o manual (Se acepta portada y página, donde se encuentre referenciada la Especificación técnica)

2) Registro sanitario vigente, o prórroga del registro o constancia de trámite de Prórroga o carta COFEPRIS que no requiere Reg. SSA o DOF de bienes que no requieren Reg. SSA

3) Certificado de calidad ISO-13485:2016 o FDA o CCEE o JIS o MDSAP o su equivalente por la Autoridad Sanitaría del país de origen, vigente a nombre del fabricante de los bienes. *

*En atención al inciso e) del numeral 4.24.3 de POBALINES

Y de esta manera debe de presentarse tantas carpetas sean necesarias acordes al número de Bienes de Consumo que se estén proponiendo de acuerdo con el **FORMATO** T21.

6. MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO.

➢

En cumplimiento del numeral 5.2 de la **NOM-026-SSA3-2012**, **para la "Práctica de la Cirugía Mayor Ambulatoria"**, y en donde las unidades que cuenten con este servicio deben acatar los lineamientos que a la letra dice: **"Todo el equipamiento médico debe estar sujeto a mantenimiento preventivo y correctivo"**. El licitante deberá considerar en su propuesta, lo referente al mantenimiento, con la finalidad de que en la unidad médica en donde se lleve a cabo el servicio cumpla con esta normatividad, otorgando los siguientes mantenimientos:

6.1 Mantenimiento Preventivo de Equipo y del Instrumental.

➢

➢ El licitante deberá presentar en su metodología de plan de trabajo el calendario programado de los mantenimientos preventivos, y una vez adjudicado, deberá informar por escrito al Administrador del Contrato, Jefe de Servicio o el servidor público que se designe en sustitución de éste, o Divisionario y Jefe de Conservación de la Unidad Médica, durante los primeros **5 (cinco) días naturales posteriores a partir de la emisión del fallo**, el Programa de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Médicos y de Instrumental que sugiere **el FABRICANTE.**

➢ En caso de así considerarlo la Convocante, autorizará por medio del Administrador del Contrato, se realicen los ajustes necesarios, si no está enunciado la recomendación del fabricante, se hará al menos cada 6 (seis) meses, si las unidades de alta productividad así lo requieran, el licitante adjudicado considerará la realización del Mantenimiento Preventivo antes de ser necesario de lo que recomiende el fabricante o antes de 6 (seis) meses, iniciando posterior a la fecha de inicio de la prestación del servicio, día 91 (noventa y uno) natural a la emisión del fallo, previo acuerdo con el Jefe de Servicio o el servidor público que se designe en sustitución de éste, o el Jefe de conservación de la Unidad, presentando en un plazo **no mayor a 7 (siete) días** naturales el nuevo calendario de mantenimiento preventivo, con la finalidad de mantener o alcanzar los criterios de certificación, según lo marca el Consejo de Salubridad General **(CSG).**

EJEMPLO DE PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

MES	MES	MES	MES
Fecha	Fecha	Fecha	Fecha

Es preciso señalar que la fecha específica de mantenimiento no podrá rebasar la semana señalada y se deberá considerar que puede ser modificado por la frecuencia de los servicios, por las características técnicas y a las necesidades de uso y desgaste de los equipos y/o instrumental, lo cual se hará del conocimiento al licitante adjudicado a través del Administrador del Contrato.

El Instituto, llevará el control a través del **FORMATO T5 Reporte de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Médicos e Instrumental,** que es un reporte general de **cumplimiento del cronograma** de mantenimiento preventivo donde se consignan

observaciones (ejemplo "sin incidencia de fallas o pasa a mantenimiento correctivo"). Dicho mantenimiento deberá ser supervisado por el Jefe de Servicio o el servidor público que se designe en sustitución de éste, y/o Jefe de Conservación de la Unidad Médica, una vez avalado mediante su firma autógrafa quien remitirá el reporte correspondiente de conocimiento al **Administrador del Contrato**, dejando como constancia, la colocación de etiqueta en el equipo que indique la fecha de realización del mantenimiento, la fecha del próximo mantenimiento y el nombre del técnico que lo realizó. El Proveedor llevará su control mediante una bitácora de mantenimientos que deberá contener a detalle el Reporte individual en Formato libre de cada empresa tipo Check List de puntos de revisión por equipo acorde a la marca y modelo.

Como resultado en el mantenimiento preventivo de equipo médico y del instrumental, en caso de presentarse o detectarse fallas o problemas técnicos que disminuyan la capacidad operativa, deberá realizarse la reparación y/o sustitución para que, en un plazo máximo de 48 horas en área metropolitana y 72 horas en áreas rurales a partir de detectado el problema se cuente de nuevo con estos dispositivos médicos en el servicio. Para lo cual el técnico designado por el proveedor de servicio deberá informar al jefe de Conservación de la Unidad Médica para que este notifique al Administrador del Contrato.

Toda vez que el proveedor de servicio deberá dar el seguimiento puntual en la orden de servicio correspondiente en la que deberá realizar el registro en la bitácora del equipo médico y de instrumental y seguimiento de acuerdo con los Formato correspondientes.

Para garantizar la continuidad del Servicio Médico Integral contratado y de no poder realizarse los procedimientos, una vez concluido el término de las 48 horas en área metropolitana y 72 horas en áreas rurales, se realizará la penalización correspondiente de acuerdo con lo señalado en los "Términos y Condiciones" por concepto de Penas Convencionales y/o Deducciones por Atraso en la Prestación de los Servicios.

6.2 Mantenimiento Correctivo De Equipo Médico e Instrumental.

El mantenimiento correctivo, se prestará cuando el equipo y/o instrumental, presente fallas en alguna de sus partes, para lo que deberá dar atención a través de los reportes, en que se indicará las fallas del equipo médico y/o la asistencia técnica, según proceda.

El licitante adjudicado deberá efectuar las reparaciones necesarias con **piezas nuevas y originales**.

Cuando el proveedor identifique que se requiera la sustitución de las mismas por el uso y desgaste, o bien cuando por el tiempo de vida de las partes del equipo sea recomendable el cambio, el costo de las refacciones e insumos que se requieran, para el mantenimiento correctivo de los equipos e instrumental, serán por cuenta del PROVEEDOR, en caso de que se determine la necesidad de substituir los equipos o instrumental, por otros de las mismas especificaciones técnicas, esto deberá realizarse en un plazo máximo de 48 (cuarenta y ocho) horas para el área metropolitana, y 72 (setenta y dos) horas, para las áreas rurales, contadas a partir de la notificación del reporte que el Instituto realice vía telefónica así como por correo electrónico donde se asignará un número de **folio correspondiente.**

Dicho mantenimiento deberá ser supervisado por el Jefe de Servicio o el servidor público que se designe en sustitución de éste, y/o jefe de conservación de la unidad médica y avalada mediante firma autógrafa en el "**FORMATO T6. Reporte de Mantenimiento Correctivo de los Equipos Médicos e Instrumental";** en un plazo máximo de 48 (cuarenta y ocho) horas para el área metropolitana, y 72 (setenta y dos) horas, para las áreas rurales, contadas a partir de la notificación del reporte que el Instituto realice vía telefónica, así como por correo electrónico donde se asignará un número de folio correspondiente.

Para aquellos equipos médicos o instrumental que tengan en un periodo de treinta días, tres incidencias correctivas deberán ser sustituidas en un lapso no mayor a 48 (cuarenta y ocho) horas por otro igual o de mayores características, lo cual se hará mediante el **FORMATO T16." Reporte de Incidencias"**.

Para aquellos equipos médicos o instrumental que tengan en un periodo de treinta días, cuatro incidencias correctivas será motivo para iniciar el procedimiento de rescisión de contrato.

Tanto el mantenimiento preventivo como el correctivo del equipo y/o instrumental propiedad del licitante deberán ser realizados por cuenta de este mismo, garantizando la funcionalidad de los equipos y/o instrumental y la continuidad del servicio en óptimas condiciones.

- **7. ASISTENCIA TÉCNICA**

El licitante adjudicado deberá proporcionar la asistencia técnica necesaria para la preparación y puesta en uso de los equipos médicos, instrumental y bienes de consumo en los procedimientos de mínima invasión, y Endoscopia, en las Unidades Médicas del Instituto con SMI para PMI. Dando cobertura a los turnos matutino, vespertino y nocturno, de lunes a domingo, de 7:30 a 14:00 y de 14:00 a 20:00 hrs. conforme a la programación y necesidades de las unidades médicas institucionales, para que asistan logísticamente al personal del Instituto en todos los procedimientos, conforme a las actividades de este documento.

Este personal deberá permanecer en las salas de Cirugía y área de endoscopias, según corresponda, y estar disponible de acuerdo con la programación de procedimientos, sean estos procedimientos electivos o de urgencias, estos últimos si son en el turno nocturno serán atendidas por el proveedor con guardias o telecomunicaciones conforme a un acuerdo mutuo. Deberá contemplar al menos un técnico por turno por cada dos torres laparoscópica o endoscópica según corresponda, acorde a la distribución de equipo definida en el **Anexo T11 "Distribución de equipo, Instrumental de SMI para PMI"** y **Anexo T 1 "Requerimientos por Unidad Médica de SMI para PMI"**, mediante los **FORMATOS T19** "Designación del Supervisor de Operaciones" **y FORMATO T20"** Designación de técnicos en sitio"

ASIGNACIÓN DE TÉCNICOS POR PARTIDA:

Partida	Suma de Cantidad de técnicos en sitio
Única	1 técnico por turno por cada dos torres.

*El Licitante deberá proponer al menos un técnico por cada dos torres laparoscópicas o endoscópicas, según corresponda por turno, acorde a la distribución de equipo definida en el **Anexo T11 "Distribución de equipo e Instrumental de SMI para PMI"** y **Anexo T1 "Requerimientos de SMI para PMI"**.

El técnico, deberá contar con identificación (gafete), proporcionado por el proveedor y deberá portarla en lugar visible para su identificación durante su estancia en las Unidades Médicas del Instituto, y conocerá a detalle las funciones asignadas por el supervisor de operaciones designado por El licitante, cumpliendo como mínimo con lo siguiente:

7.1 Actividades Asistenciales Del Técnico Para Los Procedimientos Para Mínima Invasión

- **Previo al procedimiento**

El TÉCNICO deberá presentarse:

- Turno matutino a las 7:30 a 14:00 hrs.
- Turno vespertino a las 13:30 a 20:00 hrs. En este horario deberá coordinarse con el Jefe de Servicio o el servidor público que se designe en sustitución de éste, para definir el horario de enlace.
- Turno nocturno a las 19:30 a las 8:00 hrs. se deberá coordinar con los jefes de servicio, en caso de que este horario este considerado en el servicio y Unidad asignada.
- Debiendo el proveedor designar un TÉCNICO por cada dos torres laparoscópicas o endoscópicas por turno en horario diurno y un técnico en horario nocturno (a necesidades de la Unidad Médica de que se trate).
- Las urgencias serán atendidas por el proveedor con guardias o telecomunicaciones conforme a un acuerdo mutuo.

- Deberá entregar y tener listos 30 (treinta) minutos antes de cada procedimiento, el equipo, los accesorios, los bienes de consumo e instrumental estériles, completos, requeridos y contratados para cada procedimiento.

➢ **Durante el procedimiento.**

- Observación activa del óptimo funcionamiento de los elementos descritos.
- Asistencia técnica al médico con respecto a la provisión de insumos.

➢ **Posterior al procedimiento.**

- Es obligación del TÉCNICO la Limpieza del set de instrumental y equipo.
- Entregar limpio y ensamblado el set de instrumental al área de C.E.Y.E., quien será responsable de llevar a cabo el proceso de esterilización.
- Recolectará los desechos de sus consumibles que se generen durante el procedimiento y depositarlos en los contenedores señalados por el Instituto, el producto final de estos desechos debe de ser manejado por el personal del Instituto de acuerdo con la NOM 087-ECOL-SSA1-2002 Manejo de Residuos Peligrosos y Biológico Infecciosos. El Técnico debe verificar la disposición final de estos desechos. Los mecanismos de destrucción para aquellos bienes de consumo que así lo requieran serán los indicados por el fabricante.
- El Técnico designado por la empresa será el responsable del resguardo de equipos, instrumental, accesorios y bienes de Consumo Básicos y Complementarios.
- Es obligación del TÉCNICO solicitar los sets de instrumental esterilizado a la Central de Esterilización de Equipos de la Unidad y entregarlo 30 minutos antes para los procedimientos según la programación quirúrgica.

➢ **En el caso de los endoscopios se realizará el siguiente procedimiento**:

- Realizar lavado mecánico o automático de los endoscopios con base en la guía del fabricante, después de cada procedimiento llevado a cabo en el paciente (siendo decisión del licitante adjudicado la utilización de lavado mecánico o automatizado), dichos procesos deben realizarse con apego a la NOM-045-SSA2-2005 Para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales.
- Todos los endoscopios empleados durante el procedimiento de atención del paciente deberán ser sometidos a un proceso de desinfección de alto nivel (DAN) o de esterilización, que garantice la asepsia de estos en apego al **FORMATO T25 Manual de Desinfección de Alto Nivel (DAN)**, para evitar infecciones nosocomiales cruzadas, conforme a la NOM-045-SSA2-2005 Para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales, numerales 6.23, 10.6.6.4 y 10.6.7.5.

➢ El TÉCNICO deberá apegarse a los lineamientos que marque el Comité de Infecciones de la unidad con base en la NOM-045-SSA2-2005 para el Control y Prevención de Infecciones Nosocomiales en los numerales 10.2, 10.6.1.1, 10.6.1.6, 10.6.6.1, 10.6.6.4, 10.6.6.5,10.6.7, 10.6.7.5, 10.6.1.6. Este proceso es susceptible de supervisión por parte del Instituto, las cuales se llevarán a cabo hasta en dos ocasiones por mes, sin previo aviso.

7.2 ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DEL TÉCNICO PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN.

a) Elaborar carpeta técnica que contenga la cartera de servicios de la Unidad Médica.
b) Entregar y dar a conocer al personal médico; el equipo, el instrumental y los bienes de consumo contratados por procedimiento (durante la transferencia de conocimientos).
c) El Jefe de Servicio o el servidor público que se designe en sustitución de éste, permitirá el acceso al TÉCNICO asignado a la programación de procedimientos, para coadyuvar en la elaboración del plan de suministro y asegurar el abasto oportuno de los bienes de consumo requeridos.

d) Recabar al término de cada procedimiento; nombre, matrícula y firma autógrafa del médico, que realizó el procedimiento, para el visto bueno del tipo de procedimiento realizado y los bienes de consumo utilizados conforme al **FORMATO T14 REPORTE INDIVIDUAL DE PROCEDIMIENTOS Y BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS**.

e) Llenar el **FORMATO T14 REPORTE INDIVIDUAL DE PROCEDIMIENTOS Y BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS**, el cual deberá ser recabado al término de cada procedimiento realizado, debidamente firmado por el médico que realizó el procedimiento, con la autorización del Jefe del Servicio para su facturación mensual.

f) Generar el Reporte Mensual (a detalle), conforme al **FORMATO T15 REPORTE MENSUAL DE PROCEDIMIENTOS Y BIENES DE CONSUMO UTILIZADOS,** en el que integrará la información de los Reportes Individuales de los procedimientos realizados y bienes de consumo complementarios utilizados,

g) Registrar y complementar en el **FORMATO T26** "Control de Productividad, Bienes Básicos y Bienes de Consumo Complementarios los procedimientos realizados y los bienes de consumo de la Coordinación Técnica de Servicios Médicos Indirectos (CTSMI) utilizados (concentrado general) durante los procedimientos de Mínima Invasión, y enviarlo dentro de los 5 días previos al día último de cada mes, reportando los procedimientos realizados del día 26 del mes anterior al día 25 del mes corriente, validados por el Jefe de Servicio o el servidor público que se designe en sustitución de éste, de Cirugía o Jefe de División.

El técnico designado por El licitante a cada unidad médica realizará exclusivamente actividades de **ASISTENCIA TÉCNICA** al personal de salud y **NO DE TIPO ASISTENCIAL AL PACIENTE.**

7.3. SUPERVISOR DE OPERACIÓN.

El proveedor podrá designar un SUPERVISOR DE OPERACIÓN

- **El SUPERVISOR DE OPERACIÓN**, tendrá bajo su responsabilidad:

a) Verificará el cumplimiento de las actividades del o los técnicos asignados a la Unidad Médica.

b) Atenderá las dudas de los usuarios.

c) Apoyará junto el buen desempeño del servicio ofertado.

d) Evitará el desabasto de bienes de consumo.

- El SUPERVISOR DE OPERACIÓN deberá acudir a la unidad como mínimo una vez por semana para verificar en forma presencial y aleatoria, el cumplimiento del horario laboral del TÉCNICO en las salas de cirugía o endoscopia para el inicio oportuno de los procedimientos.

Así mismo, deberá presentarse con el Jefe de Servicio o el servidor público que se designe en sustitución de éste, en cada visita de supervisión a fin de dar seguimiento al cumplimiento de la calidad del servicio y en caso de encontrar desviaciones, realizar las acciones preventivas o correctivas correspondientes para mejorar el servicio.

Para dejar constancia del control de lo antes mencionado, lo registrará en una bitácora de visitas y cumplimiento del servicio médico integral, que además de su firma, deberá ser el Jefe de Servicio o el servidor público que se designe en sustitución de éste, de la Unidad Médica o el que se designe por la unidad en sustitución.

*El supervisor de operación administrativa no forma parte de la evaluación curricular ya que su función no está directamente relacionada con el manejo de equipos o asistencial al médico o personal del Instituto durante un procedimiento.

El licitante adjudicado deberá supervisar la instalación y puesta a punto de los equipos solicitados para la prestación del servicio objeto de esta licitación. Así mismo supervisará los mantenimientos preventivos y correctivos que se requieran para garantizar la continuidad de la prestación del servicio en óptimas condiciones.

A fin de dar seguimiento al programa de mantenimiento preventivo del equipo médico de Mínima Invasión establecido en el punto 6 que antecede, el Instituto llevará a cabo el control a través de la bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo, **FORMATO T5 REPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS E INSTRUMENTAL**, lo mismo hará cuando se lleven a cabo los mantenimientos correctivos **FORMATO T6 REPORTE DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS E INSTRUMENTAL**. La bitácora será firmada por el técnico profesional capacitado responsable de la supervisión de los mantenimientos, el jefe de Cirugía o endoscopía y el jefe de conservación de la unidad médica.

La Asignación del supervisor de operaciones será al menos uno por cada diez Hospitales, que cuente con conocimientos en áreas administrativas a nivel profesional de al menos un año en el manejo de servicios iguales o similares al de la presente contratación, si la partida adjudicada tuviese menos de 10 Unidades Hospitalarias tendrá que ser al menos uno por partida.

7.4 APOYO A LA OPERACIÓN

Con el fin de hacer eficiente la prestación del Servicio Médico Integral y facilitar al Instituto su verificación durante la vigencia del contrato, el licitante:

I. Deberá permitir, en cualquier momento, al personal del Instituto el acceso para verificar las condiciones de la prestación del servicio.

II. El licitante adjudicado deberá proporcionar número telefónico y correo electrónico a cada una de las unidades médicas del Instituto contenidas en la partida adjudicada dentro del día 14 (catorce) natural a partir de la notificación del fallo en concordancia al curriculum de sus técnicos presentados durante la evaluación de propuestas, para notificar las incidencias generadas en la prestación del servicio, con motivo las fallas en el equipo médico, en el instrumental y todo lo que compete a los bienes de consumo, así como de las deficiencias en la asistencia técnica, otorgando un número de folio a cada una de las incidencias reportadas para su seguimiento, mismo que deberá consignarse en el Reporte de Incidencias, **FORMATO T16 Reporte de incidencias.**

III. En caso de existir cambios, en el número telefónico y correo electrónico, éstos serán notificados por escrito a la Unidad Médica que afecte el cambio, en un plazo no mayor a 24 (veinticuatro) horas, debiendo recabar el acuse de recibo correspondiente, remitiendo de inmediato copia del referido acuse al Administrador del Contrato.

8. TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO.

Es la capacitación al personal del Instituto para el uso de los **equipos médicos, instrumental y manejo de los insumos en general.**

La Transferencia de conocimiento será coordinada y supervisada por el Jefe de Servicio o el servidor público que se designe en sustitución de éste, y será el responsable de proporcionar la lista del personal a capacitar al Administrador del Contrato proporcionará dentro de los 5 (cinco) días naturales después de la notificación del fallo, lista del personal que será capacitado, considerando que **se dará en las instalaciones de las Unidades Médicas**, para que el proveedor con base a esta información proceda a ejecutar el programa de transferencia del conocimiento presentado en el plan de trabajo durante su evaluación, utilizando el **FORMATO T8 "Programa Transferencia del Conocimiento"**, que deberá entregar dentro de los 14 (catorce) días naturales después de la notificación del fallo al Administrador del Contrato.

El programa de transferencia del conocimiento deberá considerar transferencia previa al inicio de los servicios y continua durante la vigencia del contrato, para el uso y manejo de los equipos médicos, el instrumental, los accesorios y del adecuado uso de los bienes de consumo, el cual deberá ser autorizado por el Jefe de Servicio, con el Visto Bueno del Director y avalado por el Administrador del Contrato, dando a conocer los contenidos y requerimientos de la Unidad Médica adjudicada mediante **el Formato T27** "Información de los Contenidos y Requerimientos de la Unidad Médica Asignada a Proporcionar en el SMI para PMI".

Es preciso señalar que el Instituto, podrá ajustar la lista de participantes, con 5 (cinco) días naturales de anticipación a la fecha de su realización conforme a la notificación que por escrito realice el Jefe de Servicio, a través del Administrador del Contrato al proveedor.

El control del Registro de Asistencia se realizará mediante el formato contenido en el **FORMATO T9 "Registro de asistencia de la transferencia del conocimiento",** el cual será avalado por el Jefe de Servicio o el servidor público que se designe en sustitución de éste, o Divisionario de Cirugía o Endoscopia, al término de cada evento, quien la entregará al Administrador del Contrato.

Al término de la Transferencia del conocimiento el proveedor extenderá constancia con las firmas del Instituto y del proveedor.

Transferencia técnica inicial. Esta capacitación técnica deberá otorgarse una vez que ya se tengan los **equipos, instrumental e insumos en la unidad** por lo que deberá ser a más tardar a los 14 (catorce) días naturales a la emisión del fallo y antes del inicio de la prestación del servicio.

Transferencia técnica continúa (del manejo de los equipos o innovación de bienes de consumo). Se deberá considerar su realización por lo menos una vez cada seis meses, hasta tener la totalidad del Personal Médico, cuya coordinación y supervisión estará a cargo del Jefe de Servicio o el servidor público que se designe en sustitución de éste, o Divisionario de Cirugía o Endoscopia y será a petición por escrito de este.

9. CONTROL DE PRODUCTIVIDAD.

Conciliar y validar los procedimientos realizados y los bienes de consumo complementario utilizados.

El Jefe o Encargado del Servicio y el proveedor conciliarán los procedimientos y bienes de consumo complementario utilizados durante los procedimientos. La productividad a tomar en cuenta para la conciliación será a partir del día 26 del mes anterior y hasta el día 25 del mes vigente a facturar. La conciliación deberá aprobarse a más tardar el último día hábil del mes a facturar y deberá firmarse por el técnico en sitio, supervisor de operaciones y firma del auxiliar del contrato (Jefe o Encargado del Servicio Médico).

Con el resultado de esta conciliación el proveedor elaborará el FORMATO T26 "CONTROL DE PRODUCTIVIDAD" en el que se detallarán individualmente los procedimientos y bienes de consumo complementario susceptibles de pago, el cual deberá ser validado por el Jefe de Servicio o Encargado.

Además, enviará el FORMATO T26, durante los primeros 5 días hábiles de cada mes, en formato Excel editable y PDF (escaneado con las firmas) a la COORDINACIÓN TÉCNICA DE SERVICIOS MÉDICOS INDIRECTOS al correo electrónico ctsi.pmi@imss.gob.mx y a la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas a los correos ernesto.corona@imss.gob.mx, oscar.barrientos@imss.gob.mx.

De igual manera, deberá entregar a la Unidad Médica en físico y en archivo electrónico de manera mensual, como sustento de la productividad realizada mensualmente.

El reporte deberá contener mínimamente la siguiente información:

1. Clave OOAD/UMAE (con base al Anexo T1),

2. OOAD/UMAE (con base al Anexo T1),
3. Clave Presupuestal (con base al Anexo T1),
4. Tipo (con base al Anexo T1),
5. Número (con base al Anexo T1),
6. Localidad (con base al Anexo T1),
7. NSS paciente,
8. Nombre(s) paciente,
9. Apellido paterno paciente,
10. Apellido materno paciente,
11. Fecha de realización del procedimiento (dd/mm/aaaa),
12. Clave procedimiento/bcc (con base al Anexo T1),
13. Procedimiento/bcc (con base al Anexo T1),
14. Cantidad,
15. Precio unitario

10. BITÁCORA DE INCIDENCIAS.

Los lunes de cada semana, antes de las 12:00 horas. El proveedor deberá reportar las incidencias presentadas por los jefes de servicio, de la semana previa inmediata, durante la vigencia del contrato conforme al **FORMATO T16 "Reporte de incidencias"**, y en paralelo enviarlo vía correo electrónico al Administrador del Contrato.

Muestras para Pruebas: No se solicitan antes de la prestación del servicio, en el caso que **durante** la prestación del servicio se presente reiterativamente en más de dos ocasiones una incidencia de fallo con un Equipo, Instrumental o Bien de consumo básico o complementario, se deberá documentar, con el soporte de lo solicitado en el **FORMATO T16 "Reporte de incidencias"**, (marcas, modelo, fecha de fabricación, lotes etc.), Podrán ser requeridas piezas o muestras para envío a la Coordinación de Control Técnico de Insumos (COCTI) que deberán entregarse dentro del plazo de no más de 48 horas una vez llenado el Reporte de Incidencias y notificado al proveedor de la(s) fallas, su costo lo absorberá el proveedor.

Con fundamento en el Artículo 39 Fracción VIII último párrafo del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, el Instituto se reserva el derecho de autentificar los documentos presentados en cualquier momento.

ANEXO 2 (DOS)
COBERTURA

UNIDAD	UNIDAD DE INFORMACION	CENTRO DE COSTOS	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO
H.G.Z. No. 35	220105	200219	$3,005,115.00	$7,472,165.00
		SUBTOTAL	**$3,005,115.00**	**$7,472,165.00**
		IVA.	**$480,818.40**	**$1,195,546.40**
		TOTAL	**$3,485,933.40**	**$8,667,711.40**

ANEXO 3 (TRES)
PROGRAMA CALENDARIZADO DEL SERVICIO

PARTIDA	DESCRIPCIÓN "AMPLIA Y DETALLADA" DEL SERVICIO SOLICITADO	PERIODO	PRESENTACIÓN	LUGAR DE ENTREGA	H.G.Z. No. 35				TOTAL			
				UNIDAD DE INFORMACION	220105							
				CENTRO DE COSTOS	200219							
				PRECIO UNITARIO	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MÁXIMA	IMPORTE MÍNIMO	IMPORTE MÁXIMO	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MÁXIMA	IMPORTE MÍNIMO	IMPORTE MÁXIMO
10.06.010	Colecistectomía laparoscópica adulto.	DEL DIA SIGUIENTE A LA EMISION DEL FALLO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	ESTUDIO	$6,640.00	86	216	$571,040.00	$1,434,240.00	86	216	$571,040.00	$1,434,240.00
10.04.011	Resección transuretral de próstata/vejiga RTUP/RTUV/RTUC.	DEL DIA SIGUIENTE A LA EMISION DEL FALLO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	ESTUDIO	$5,150.00	86	216	$442,900.00	$1,112,400.00	86	216	$442,900.00	$1,112,400.00
10.04.021	Cistoscopia para retiro de catéter Doble J	DEL DIA SIGUIENTE A LA EMISION DEL FALLO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	ESTUDIO	$3,459.00	86	216	$297,474.00	$747,144.00	86	216	$297,474.00	$747,144.00
10.04.018	Litotricia ureteral rígida adulto.	DEL DIA SIGUIENTE A LA EMISION DEL FALLO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	ESTUDIO	$6,000.00	29	72	$174,000.00	$432,000.00	29	72	$174,000.00	$432,000.00
10.04.001	Cistoscopia adulto.	DEL DIA SIGUIENTE A LA EMISION DEL FALLO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	ESTUDIO	$3,240.00	43	108	$139,320.00	$349,920.00	43	108	$139,320.00	$349,920.00
10.06.002	Apendicetomía laparoscópica adulto.	DEL DIA SIGUIENTE A LA EMISION DEL FALLO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	ESTUDIO	$6,980.00	43	108	$300,140.00	$753,840.00	43	108	$300,140.00	$753,840.00
10.06.026	Laparoscopía diagnóstica adulto.	DEL DIA SIGUIENTE A LA EMISION DEL FALLO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	ESTUDIO	$4,880.00	22	54	$107,360.00	$263,520.00	22	54	$107,360.00	$263,520.00
10.04.020	Litotricia ureteral flexible adulto (láser).	DEL DIA SIGUIENTE A LA EMISION DEL FALLO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	ESTUDIO	$15,170.00	58	144	$879,860.00	$2,184,480.00	58	144	$879,860.00	$2,184,480.00
10.04.015	Uretrotomía interna adulto.	DEL DIA SIGUIENTE A LA EMISION DEL FALLO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	ESTUDIO	$3,175.00	22	54	$69,850.00	$171,450.00	22	54	$69,850.00	$171,450.00
10.04.916	Canastilla de Dormia de nitinol de 1.8 a 3 fr. (Ureterolito láser flexible).	DEL DIA SIGUIENTE A LA EMISION DEL FALLO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	CANASTILLA	$4,500.00	1	1	$4,500.00	$4,500.00	1	1	$4,500.00	$4,500.00
10.04.922	Canastilla de dormia de nitinol de 3 a 4.5 fr. X 65 a 90 cm., de longitud, diámetro de 1 a 2 cm.	DEL DIA SIGUIENTE A LA EMISION DEL FALLO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	CANASTILLA	$4,500.00	1	1	$4,500.00	$4,500.00	1	1	$4,500.00	$4,500.00
10.04.909	Catéter ureteral para pielografía retrógrada de 3 a 5 fr., de 40 a 70 cm., de longitud.	DEL DIA SIGUIENTE A LA EMISION DEL FALLO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	CATETER	$310.00	1	1	$310.00	$310.00	1	1	$310.00	$310.00
10.04.912	Dilatador ureteral de balón, hidráulico de 6 mm X 10 cm., incluye sistema de inflado.	DEL DIA SIGUIENTE A LA EMISION DEL FALLO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	DILATADOR	$5,200.00	1	1	$5,200.00	$5,200.00	1	1	$5,200.00	$5,200.00
10.04.920	Guía de alambre de nitinol de 0.035" a 0.038", 145 a 150 cm.	DEL DIA SIGUIENTE A LA EMISION DEL FALLO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	GUÍA	$1,380.00	1	1	$1,380.00	$1,380.00	1	1	$1,380.00	$1,380.00
10.06.911	Paquete de clips para cirugía laparoscópica, de titanio, estéril	DEL DIA SIGUIENTE A LA EMISION DEL FALLO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	PAQUETE	$175.00	1	1	$175.00	$175.00	1	1	$175.00	$175.00

PARTIDA	DESCRIPCIÓN "AMPLIA Y DETALLADA" DEL SERVICIO SOLICITADO	PERIODO	PRESENTACIÓN	LUGAR DE ENTREGA	H.G.Z. No. 35				TOTAL			
				UNIDAD DE INFORMACION	220105							
				CENTRO DE COSTOS	200219							
				PRECIO UNITARIO	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MÁXIMA	IMPORTE MÍNIMO	IMPORTE MÁXIMO	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MÁXIMA	IMPORTE MÍNIMO	IMPORTE MÁXIMO
	desechable, tamaños: mediano ó mediano/largo.											
10.04.906	Set o Equipo de catéteres ureterales doble "J", consta de: guía metálica de alambre afinado en espiral. longitud. 24 cm calibre. 5 fr. catéter ureteral de poliuretano. Radiopaco. Con posicionador. O	DEL DIA SIGUIENTE A LA EMISION DEL FALLO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	SET	$1,830.00	1	1	$1,830.00	$1,830.00	1	1	$1,830.00	$1,830.00
10.04.904	Sonda para drenaje urinario de permanencia prolongada, de elastómero de silicón ó totalmente de silicón, con globo de auto retención de 5 y 30 ml., estéril y desechable, tipo Foley de dos ó tres vías, calibres: 14, 16, 18, 20, 22 y 24 fr.	DEL DIA SIGUIENTE A LA EMISION DEL FALLO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	SONDA	$275.00	1	1	$275.00	$275.00	1	1	$275.00	$275.00
10.04.913	Camisa de acceso ureteral de doble lumen, de 35 cm., de longitud.	DEL DIA SIGUIENTE A LA EMISION DEL FALLO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	CAMISA	$5,001.00	1	1	$5,001.00	$5,001.00	1	1	$5,001.00	$5,001.00
				SUBTOTAL			**$3,005,115.00**	**$7,472,165.00**			**$3,005,115.00**	**$7,472,165.00**
				I.V.A.			**$480,818.40**	**$1,195,546.40**			**$480,818.40**	**$1,195,546.40**
				TOTAL	**484**	**1197**	**$3,485,933.40**	**$8,667,711.40**	**484**	**1197**	**$3,485,933.40**	**$8,667,711.40**

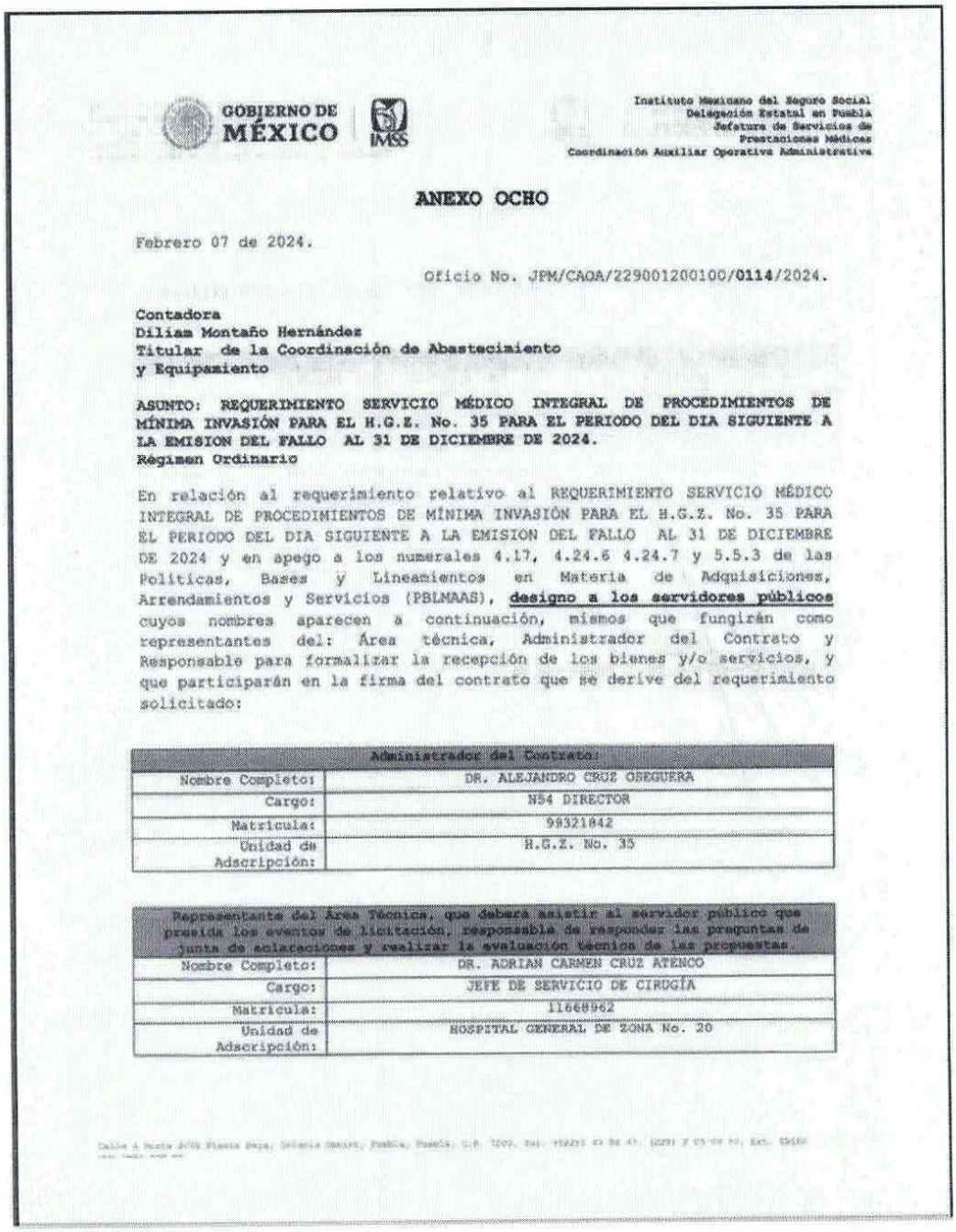
ANEXO 4 (CUATRO)

LUGAR Y DISTRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS

UNIDAD	RESPONSABLE DEL AREA	CORREO ELECTRÓNICO	DOMICILIO	TELEFONO	HORARIO	ESPECIFICAR DOCUMENTO QUE SE LEVANTARA PARA HACER CONSTAR LA ENTREGA DEL SERVICIO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 35	DR. JORGE BAYRAN FLORES	jorge.bayran@imss.gob.mx	EL CARMEN 4-A, SAN JUAN CUAUTLANCINGO, PUEBLA C.P. 72700	[redacted]	PERMANENTE DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO	REPORTE DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIADOS DEBIDAMENTE FIRMADO POR EL JEFE DE SERVICIO Y POR EL DIRECTOR DE LA UNIDAD.

ELIMINADO NÚMERO TELEFÓNICO CON BASE EN LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 97, 104, 108, 113 FRACCIÓN I, 117, 118, Y 119 DE LA (LFTAIP), EN VIRTUD DE QUE SE TRATA DE INFORMACIÓN DE DATOS DE PERSONAS FÍSICAS IDENTIFICADAS E IDENTIFICABLES Y QUE SU DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR LA ESFERA PRIVADA DE LAS MISMAS.

ANEXO 5 (CINCO)
DESIGNACIÓN DE ADMINISTRADOR DE CONTRATO



GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS

Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Estatal en Puebla
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación Auxiliar Operativa Administrativa

ANEXO OCHO

Febrero 07 de 2024.

Oficio No. JPM/CAOA/229001200100/**0114**/2024.

Contadora
Diliam Montaño Hernández
Titular de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento

ASUNTO: REQUERIMIENTO SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN PARA EL H.G.Z. No. 35 PARA EL PERIODO DEL DIA SIGUIENTE A LA EMISION DEL FALLO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024.
Régimen Ordinario

En relación al requerimiento relativo al REQUERIMIENTO SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN PARA EL H.G.Z. No. 35 PARA EL PERIODO DEL DIA SIGUIENTE A LA EMISION DEL FALLO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024 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:

Administrador del Contrato:	
Nombre Completo:	DR. ALEJANDRO CRUZ OSEGUERA
Cargo:	N54 DIRECTOR
Matrícula:	99321842
Unidad de Adscripción:	H.G.Z. No. 35

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.	
Nombre Completo:	DR. ADRIAN CARMEN CRUZ ATENCO
Cargo:	JEFE DE SERVICIO DE CIRUGÍA
Matrícula:	11668962
Unidad de Adscripción:	HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 20

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS

Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Estatal en Puebla
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación Auxiliar Operativa Administrativa

-2-

Febrero 07 de 2024.

Oficio No. JPM/CAOA/229001200100/**0114**/2024.

Responsable de formalizar la recepción de los bienes y/o servicios:	
Nombre Completo:	DR. ALEJANDRO CRUZ OSEGUERA
Cargo:	N54 DIRECTOR
Matrícula:	99321842
Unidad de Adscripción:	H.G.Z. No. 35

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

Atentamente

Dr. Ulises Cruz Aranco
Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

Calle 4 Norte 2502 Planta Baja, Colonia Centro, Puebla, Puebla, C.P. 7250, Tel. 222311 43 66 67, 2220) 2 33 04 80, Ext. 45180

60 FORMATO T0.
PROGRAMA DE TRABAJO.

Para la Prestación del Servicio, se cumplirá el siguiente Programa de Trabajo, el cual puede ser objeto de modificaciones por la Unidad Médica, responsable de la administración del contrato, conforme a las necesidades del servicio, a fin de satisfacer la demanda de su derechohabiencia. Es preciso señalar que el presente se complementa con el Programa de Capacitación; los plazos establecidos para entregas subsecuentes, bienes de consumo y bienes de consumo complementarios; así como del servicio de mantenimiento preventivo y correctivo, asistencia técnica, que se especifican con firma autógrafa del representante legal o apoderado legal o por persona facultada para ello, en el ANEXO TÉCNICO que forma parte de esta Convocatoria.

Plan de trabajo Servicio Médico Integral de Procedimientos para Mínima Invasión (SMI para PMI)	
Objetivo estratégico	Objetivo 1.
Fecha de elaboración	Fecha de actualización
Nombre del proyecto	**Servicio Médico Integral para Procedimientos de Mínima Invasión (SMI para PMI)**
EMPRESA	
Objetivos	GENERAL: XXXX **ESPECÍFICOS:** • XXX • XXX • XXX
Estrategias	1. XXXX 2. XXXX 3. XXXX
Líneas de acción	1.1. XX 1.2. XXXX 1.3. XXX
Descripción general del proyecto	

CALENDARIO DEL PLAN DE TRABAJO:

(Sugerencia) Diagrama de Gantt:

AÑO CORRIENTE: 202_

No	DÍAS CALENDARIO	MES 1											MES 2												MES 3								
	DÍAS NATURALES a partir del fallo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	29	30	31												75	74	75	76	77	78	79	90	91
1	Afinar detalles de la integración técnica del PLAN DE TRABAJO		**al día 5**																														
2	Entrega del plan de trabajo		al día 6																														
3	Formalización del **Contrato**		**dentro de los 15 días**																														
4	Entrega de Garantía		**dentro del día 10**																														
5	Entrega por parte de la Unidad Médica del listado del **personal a capacitar**		**dentro del día 10**																														
6	Entrega del Programa de Transferencia Del Conocimiento		**dentro del día 12**																														
7	**Capacitación** Previa																								**75 A 90**								
8	Entrega ,**instalación y puesta a punto del equipo**		**90 DIAS**																														
9	Entrega de **Bienes de Consumo básicos**																								**día 75**								
10	Entrega de **Bienes de Consumo Complementarios**																								**día 75**								
11	**Inicio** de la prestación del servicio																																**día 91**

61 FORMATO T 5 "Programación de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Médicos e Instrumental"

PROVEEDOR:	NÚMERO DE CONTRATO:			
UNIDAD MÉDICA:	DÍA	MES	AÑO	

PERIODICIDAD RECOMENDADA POR EL FABRICANTE:

NOMBRE DEL EQUIPO o INSTRUMENTAL	MANTENIMIENTO PREVENTIVO (según recomendación del fabricante) 202_					Observaciones
	MES	MES	MES	MES	MES	
Unidad XXXXX	XXX					*Sin incidencias ver chec lista a detalle*
Equi 2		XX				*Pasa a correctivo por detectar fallo en x*
Equi 3		XXX				
set						

El mantenimiento preventivo correrá a cargo del proveedor y la supervisión y control de que se lleve a cabo con oportunidad, calidad y eficacia, es responsabilidad del Área de Conservación de la Unidad Médica, quien emitirá reporte al Administrador del Contrato.

Nombre y firma del Jefe de Servicio/Conservación.	Nombre y firma por parte del Proveedor.	Nombre y firma del Técnico quien realizó el mantenimiento.

62 FORMATO T6 "Reporte de Mantenimiento Correctivo de los Equipos Médicos e Instrumental"

PROVEEDOR:	FECHA DEL REPORTE		
	DÍA:	MES:	AÑO:
	FECHA DE REALIZACIÓN DEL MANTENIMIENTO		
	DÍA:	MES:	AÑO:
	FOLIO DEL REPORTE:		
NÚMERO DE CONTRATO:			
EQUIPO (S) O INSTRUMENTAL SUJETO A MANTENIMIENTO CORRECTIVO			
NOMBRE DEL EQUIPO:			
CLAVE DEL CUADRO BÁSICO:			
MARCA Y MODELO:			
NÚMERO DE SERIE:			
DETALLAR EL TRABAJO REALIZADO POR EL LICITANTE ADJUDICADO:			
ESPECIFICAR SI HUBO SUSTITUCIÓN DE ACCESORIOS, PIEZAS, SISTEMAS O REFACCIONES U OTROS:			
El mantenimiento correctivo correrá a cargo del proveedor y la supervisión y control de que se lleve a cabo con oportunidad, calidad y eficacia, es responsabilidad del Área de Conservación de la Unidad Médica, quien emitirá reporte al Administrador del Contrato.			

Nombre y Firma del Jefe de Servicio o Conservación	Nombre y Firma del Proveedor	Nombre y Firma del Técnico que Realizó el Mantenimiento

63 FORMATO T7 "Entrega /Recepción de Equipos"

PROVEEDOR:	FECHA :
	UNIDAD MÉDICA:
	NÚMERO DE CONTRATO:
FECHA DE MANUFACTURA DE LOS EQUIPOS:	
FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA:	
FECHA DE TÉRMINO DE LA VIGENCIA:	
NOMBRE GENÉRICO DEL EQUIPO:	
CLAVE DE CUADRO BÁSICO:	
MARCA:	
MODELO:	
NÚMERO DE SERIE:	

Las características de los equipos corresponden a las mismas que fueron establecidas en la Convocatoria, aceptadas durante la junta de aclaraciones y acorde a la propuesta, sustentadas ampliamente en la oferta técnica del licitante y aceptadas durante el proceso de evaluación de las propuestas técnicas:

La marca y modelo de los equipos son acordes a las contenidas en el contrato y el número de serie corresponde a cada equipo.

Se levantó Acta Informativa, señale el motivo:

1-Existe diferencia de los datos de la lista de cotejo de la recepción o éstos no correspondan a los contenidos en el contrato.	
2-No se encuentran en plena capacidad de funcionamiento.	
3-Las acciones de adecuación no se encuentran dentro de lo solicitado.	
4-Se identificó riesgo potencial para los usuarios y los pacientes.	
5-Otro, especifique:	

CARACTERÍSTICAS TECNOLÓGICAS DE RELEVANCIA Y/O OBSERVACIÓN (S):

Se recibió empacado de origen:	SI	NO
Se instaló por técnico especializado:	SI	NO
Incluye accesorios:	SI	NO

Jefe de Servicio o Coordinador Clínico de la Unidad Médica o Administrador de la Unidad Médica

Jefe de conservación de la unidad

Supervisor por parte del proveedor

64 FORMATO T7.1 "Entrega/Recepción de Sets de instrumental"

PROVEEDOR:	FECHA :
	UNIDAD MÉDICA:
	NÚMERO DE CONTRATO:
FECHA DE MANUFACTURA DEL INSTRUMENTAL	
FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA:	
FECHA DE TÉRMINO DE LA VIGENCIA:	
NOMBRE GENÉRICO DEL INSTRUMENTAL:	Lista por Set: 1.xxx 2.xxx 3. xxx
CLAVE DE CUADRO BÁSICO:	
MARCA:	
La marca y dimensiones son acordes a las contenidas en el contrato	

Las características de los Sets de Instrumental corresponden a las mismas que fueron establecidas en la Convocatoria, aceptadas durante la junta de aclaraciones y acorde a la propuesta, sustentadas ampliamente en la oferta técnica del licitante y aceptadas durante el proceso de evaluación de las propuestas técnicas:

Se levantó Acta Informativa, señale el motivo:

1-Existe diferencia de los datos de la lista de cotejo de la recepción o éstos no correspondan a los contenidos en el contrato.

2-No se encuentran en plena capacidad de funcionamiento o se encuentra incompleta la charola del Set: Nombre: XXXX

3-Se identificó riesgo potencial para los usuarios y los pacientes.	
5-Otro, especifique:	
CARACTERÍSTICAS TECNOLÓGICAS DE RELEVANCIA Y/O OBSERVACIÓN (S):	

Se recibió empacado de origen:

CARACTERÍSTICAS TECNOLÓGICAS DE RELEVANCIA Y/O OBSERVACIÓN (S):

Se presentaron ordenadas las piezas del Set de Instrumental	SI	NO
Se presenta charola rotulada y enumera su contenido:	SI	NO
Se presenta la Charola del Set lavada y lista para ser esterilizada en CEYE	SI	NO

Jefe de Servicio o Coordinador Clínico de la Unidad Médica o Administrador de la Unidad Médica

Jefe de conservación de la unidad

Supervisor por parte del proveedor

65 FORMATO T8 "Programa de transferencia del conocimiento"

PROVEEDOR:	
UNIDAD MEDICA:	

EQUIPO/INSTRUMENTAL/BIEN DE CONSUMO: _____

FECHA	*HORA*	*TEMA*	*PONENTE*	*MATERIAL DIDÁCTICO*

_____
Nombre y Firma del Jefe de Servicio o Coordinador Clínico de la Unidad Médica

_____
Nombre y Firma del Responsable del Programa de Capacitación*

_____
Nombre y Firma del Administrador de la Unidad Médica

_____
Nombre y Firma del Director de la Unidad Médica

66 **FORMATO T9 "Registro de Asistencia de transferencia del conocimiento"**

PROVEEDOR:		
UNIDAD MEDICA:		**FECHA:**

EQUIPO/INSTRUMENTAL/BIEN DE CONSUMO: _____

NOMBRE	MATRÍCULA	CATEGORÍA	SERVICIO	TURNO	FIRMA

Nombre y Firma del Jefe de Servicio o Coordinador Clínico de la Unidad Médica

Nombre y Firma del Responsable del Programa de Capacitación*

Nombre y Firma del Director de la Unidad Médica

NOTA: Este formato deberá ser llenado o elaborado por el técnico para su control interno de los bienes de consumo y en relación a la programación de SMI para PMI

67 FORMATO T13 "Control de Entrega Recepción de Bienes de Consumo Básicos"

UNIDAD MÉDICA		
PROVEEDOR:		
NO. DE CONTRATO:		
SEMANA:	MES:	AÑO:

Clave de procedimiento	Fecha*	Cantidad	Nombre del Técnico	Firma	Responsable de la Unidad	Firma

Nombre y Firma del Jefe de Servicio o Coordinador Clínico de la Unidad Médica quién recibe

Nombre y Firma del Técnico responsable de la entrega

68 FORMATO T14 "Reporte Individual De Procedimientos Y Bienes De Consumo Complementarios"

OOAD/UMAE :		NO. DE CONTRATO:			
UNIDAD MÉDICA:		FECHA:	DIA:	MES:	AÑO:
PROVEEDOR:		NO. DE FOLIO:			

Datos del Paciente:

Nombre completo:		Sexo:	F	M
NSS (a diez dígitos o posiciones):				
Agregado Médico :		Edad:		
Diagnóstico :				

Datos del Procedimiento(s):

No.	Clave del procedimiento	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Importe

Bien(es) de Consumo Básico(s) no Utilizado(s) (Solo en caso de ocurrir esta eventualidad)

No.	Clave del procedimiento	Descripción del Bien de Consumo Básico	Cantidad

Inclusión de Bien de Consumo Complementario:

No.	Clave del bien de consumo complementario	Descripción y Lote	Cantidad	Precio Unitario	Importe
		TOTAL			

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE		DATOS COMPLEMENTARIOS
NOMBRE :		
MATRICULA :		
FIRMA :		ELABORO : (Nombre y firma)

ETIQUETAS

69 FORMATO T15 "Reporte Mensual de Procedimientos y Bienes de Consumo Utilizados"

UNIDAD MÉDICA:	NÚMERO DE CONTRATO:
PERÍODO: del	al
PROVEEDOR	

Total de procedimientos realizados por mes

Clave CPIM	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Importe
		SUBTOTAL		
		IVA		
		TOTAL		

Total de Bienes de Consumo Complementarios utilizados por mes

Clave CPIM	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Importe
		SUBTOTAL		
		IVA		
		TOTAL		

Director de la Unidad Médica
Nombre y Firma

Jefe de Servicio o Coordinador Clínico de la Unidad Médica
Nombre y Firma

Administrador de la Unidad Médica
Nombre y Firma

Técnico asistente del proveedor
Nombre y Firma

70 FORMATO T15.1 "Notificación de Pena Convencional Aplicable"

Mediante el presente documento se notifica **al Administrador del Contrato** de la pena convencional aplicable.

El cual el proveedor es acreedor toda vez que el Servicio Integral de Procedimientos de Mínima Invasión ha identificado el incumplimiento siguiente:

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENA APLICABLE %	COMENTARIO / OBSERVACIÓN	DOCUMENTO SOPORTE

Lo anterior para su cálculo, notificación y aplicación de la pena convencional aplicable reportada en el presente documento.

Nota: Anexar copia de Documento Soporte.

Administrador de Contrato,
NOMBRE Y FIRMA

71 FORMATO T15.2 "Notificación de Deductivas"

OOAD/UMAE :		NO. DE CONTRATO:	
UNIDAD MÉDICA:		INFORMACION CORRESPONDIENTE AL MES DE:	

Mediante el presente documento se notifica **al administrador del contrato** de la deducción aplicable.

El cual el proveedor es acreedor toda vez que el Servicio Integral de Procedimientos de Mínima Invasión ha identificado el incumplimiento siguiente:

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	DEDUCCIÓN %	COMENTARIO / OBSERVACIÓN	DOCUMENTO SOPORTE

Lo anterior para su cálculo, notificación y aplicación de la deducción aplicable reportada en el presente documento.

Nota: Anexar copia de Documento Soporte.

Administrador de Contrato

NOMBRE Y FIRMA

72 FORMATO T16 "Reporte de Incidencias"

REPORTE DE INCIDENCIAS					
Proveedor:					
Domicilio:				C.P.	
Teléfono:					
Unidad Médica:		Número de contrato:		Folio de reporte:	
Fecha del reporte:		Hora del reporte:			
Nombre (s) de la persona que reporta:					
Falla reportada de:					
Equipo médico:	Nombre	Serie	Marca	Modelo	
Descripción de la falla:					
Instrumental:	Nombre		Marca		
Descripción de la falla:					
Bien de Consumo Básico o Complementario:	Nombre	Marca y lote			
Descripción de la falla:					
Cierre de reporte					
Fecha del cierre del reporte:		Hora del cierre del reporte:			
Por parte del Instituto firman de conformidad para el cierre de la incidencia					
Nombre(s) el Director, Administrador, Jefe de Servicio, Coordinador Clínico de la Unidad					
Matrícula:					
Cargo:					
Firma:					

REPORTES ANTERIORES	FOLIO	FECHA	MOTIVOS (resumen)
PRIMER REPORTE:			
SEGUNDO REPORTE:			
TERCER REPORTE:			
COMENTARIOS/OBSERVACIONES:			

NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL QUE REPORTA INCIDENCIA (Auxiliar del Contrato)

NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO ASIGNADO PROVEEDOR

*Papel membretado del proveedor

73 FORMATO T17 "Relación de Marcas, Modelos y Manual del Fabricante del Equipo Médico"

LICITANTE ADJUDICADO:	
UNIDAD MÉDICA:	

No.	NOMBRE DEL EQUIPO MÉDICO A OFERTAR	MARCAS:	MODELO:	MANUAL EN ESPAÑOL DEL FABRICANTE:
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

"LOCALIDAD" (Estado) A ___ DEL MES DE _____ DEL 20___

_____

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL LICITANTE

_____

Nombre y Firma del Jefe de Servicio o Coordinador Clínico de la Unidad Médica quién recibe

*Dirección y teléfonos de la proveeduría (membretado

_____

Nombre y Firma del Técnico responsable de la entrega

74 FORMATO T18 "Control de Entrega Recepción de Bienes de Consumo Complementarios"

LICITANTE:				
No.	**NOMBRE DEL BIEN DE CONSUMO**	**MARCA:**	**LOTE:**	**CONTACTO DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE**

75 FORMATO T19 "Designación de Supervisor en Instalación y Mantenimiento"

(Carta En Original, Papel Membretado Y Firma Autógrafa Del Licitante)

_____de _____de_____

_____

Presente.

En mi carácter de representante legal de _____, y con el propósito de dar cumplimiento a los requisitos establecidos para la presentación de la propuesta técnica de la Licitación Pública_____ adjunto en formato los datos de las personas designadas como Supervisor en Instalación y Mantenimiento en cada uno de las Unidades Médicas del Instituto en que se prestará el servicio, a fin de verificar el adecuado funcionamiento de los equipos suministrados.

Nombre	
Título académico	
Teléfono de oficina	
Teléfono celular	
Correo electrónico	
Unidad Médica que supervisará	
Identificación oficial	
Firma autógrafa de aceptación	

***Repetir el recuadro tantos supervisores considere necesarios.**

ATENTAMENTE.

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA.

76 FORMATO T20 "Designación de Técnicos en sitio"

(Carta En Original, Papel Membretado Y Firma Autógrafa Del Licitante)

_____de _____de_____

_____

P r e s e n t e.

En mi carácter de representante legal de _____, y con el propósito de dar cumplimiento a los requisitos establecidos para la presentación de la propuesta técnica de la Licitación Pública_____ adjunto en formato los datos de las personas designadas como "Técnicos en sitio" por turno en cada uno de las Unidades Médicas del Instituto en que se prestará el servicio, y del supervisor de operación administrativa que estará a cargo de ellos, proporcionando

Nombre *DEL(OS)TÉCNICO(S) EN SITIO*	
Título académico	
Teléfono de oficina	
Teléfono celular	
Correo electrónico	
Unidad Médica a la que estará adscrito	
turno	
Identificación oficial	
Firma autógrafa de aceptación de la sede	

***Repetir el recuadro tantos supervisores considere necesarios.**

A T E N T A M E N T E.

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA

77 FORMATO: T21"Carta compromiso del Licitante participante en la Instalación de Equipo"

"LOCALIDAD" , a __ de _____ 202_.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Convocante

Licitación _____

P r e s e n t e.

(**_____NOMBRE_____**) en mi carácter de representante legal de la empresa (**_____NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA_____**), manifiesto que:

Respecto de la oferta de la(s) partida(s) _____, mi representada se compromete a cumplir cabalmente para la instalación del (de los) equipo(s) y para la prestación la correcta y oportuna prestación del servicio en el que resulte adjudicada, con todos y cada uno de los requerimientos necesarios, contemplando los espacios físicos del área donde será(n) ubicado(s), así como todas y cada una de las adecuaciones físicas que se requieran para la correcta instalación, el apropiado y óptimo funcionamiento del (de los) equipo(s) ofertado(s), entre ello instalaciones hidrosanitarias y/o de suministro de fluidos y/o energéticos y/o de los espacios físicos necesarios, determinados por el personal de la unidad médica receptora del (de los) bien(es) adjudicado(s) en la partida(s) mencionada(s) y que se encuentren directamente relacionados con el área de instalación del bien y su óptimo funcionamiento.

Adicionalmente mi representada se compromete a coordinarse con el personal de la unidad médica a fin de trabajar sobre la logística, necesaria respecto a la instalación y puesta a punto de los equipos y el inicio de la prestación del servicio en los plazos establecidos en la Convocatoria.

_____

(Nombre y firma del Representante Legal.

78 FORMATO T22. RELACIÓN DE DOCUMENTOS A EVALUAR DEL LICITANTE

LICITANTE:

CAPACIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS

Partida:							
No.	Nombre	Técnico en sitio/Supervisor	Profesión	Conocimientos académicos	Experiencia laboral	Años de experiencia del personal	Dominio de Herramientas (documento que avale)
1							
2							
					Total de años Experiencia Laboral relacionada con el servicio:	0	

Partida:							
No.	Nombre	Técnico en sitio/Supervisor	Profesión	Conocimientos académicos	Experiencia laboral	Años de experiencia del personal	Dominio de Herramientas (documento que avale)
1							
2							
					Total de años Experiencia Laboral relacionada con el servicio:	0	

Partida:							
No.	Nombre	Técnico en sitio/Supervisor	Profesión	Conocimientos académicos	Experiencia laboral	Años de experiencia del personal	Dominio de Herramientas (documento que avale)
1							
2							
					Total de años Experiencia Laboral relacionada con el servicio:	0	

EXPERIENCIA Y ESPECIALIDAD DEL LICITANTE					
Instituciones o personas morales	No. De Contrato	Vigencia (periodo comprendido)	Experiencia (años)	Especialidad (contratos)	Cumplimiento (cartas, actas,..)

79 FORMATO T23. PROPUESTA PARA LA EVALUACION TECNICO/ DOCUMENTAL:

***Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por característica, Equipo, instrumental, o bien de consumo básico o complementario.**

Formato T23 Propuesta de equipos

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por característica de equipo.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						PARTIDA(S)
NUMERAL	EQUIPO	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	MODELO	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA (Folio o Página) DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	
GRUPO ETARIO ADULTO														
1.1	**531.564.0267 Torre de Visualización que incluye: Carro transportador, monitor, endocámara, procesador de video/Unidad de control de cámara, guia de luz o cable de fibra óptica, fuente de luz, insuflador de CO2, sistema de grabación digital, sistema de irrigación/ succión automático y capnógrafo con oximetro.**													
1.1.1	**Carro porta equipo.**													
1.1.2	**Monitor de video para aplicaciones médicas, compatible con endocámara.**													
1.1.2.1	Con alta definición (HD).													
1.1.2.2	De al menos 1920 X 1080 pixeles o mayor según tecnología del fabricante.													
1.1.2.3	Con opción de entradas de video digitales y análogas.													
1.1.2.4	Con pantalla LCD ó según tecnología del fabricante de mayor o igual a 23".													
1.1.3	**Endocámara o cabezal de cámara:**													
1.1.3.1	De 3 chips digitales o equivalente													
1.1.3.2	Resolución mínima para HD de al menos 1920 x 1080 con aspecto 16:9													
1.1.3.3	Con control de balance de blancos.													
1.1.3.4	Con control continuo de brillo o ganancia.													
1.1.3.5	Zoom óptico con anillo o digital con botón.													
1.1.4	**Procesador de video/Unidad de control de cámara:**													
1.1.4.1	Control automático de brillo o autoiluminación (según tecnología del fabricante.)													
1.1.4.2	Balance de blancos.													
1.1.4.3	Con al menos dos salidas de video digital.													
1.1.5	**Guía de luz o cable de fibra óptica en el**													

	rango de 3.0 a 6.5 mm de diámetro del haz de luz.													
1.1.6	**Fuente de luz: Lámpara de xenón de 300 Watts o de tecnología de LED diseñada para laparoscopia.**													
1.1.6.1	Regulación automática o manual de la intensidad de la luz.													
1.1.6.2	Lámpara de respaldo, de xenón o Halógeno o LED. O Fuente alterna.													
1.1.6.3	Con vida media (solo para el caso de Xenón) de 500 horas mínimo para Xenón.													
1.1.6.4	Con indicador o controlador de horas de uso, según tecnología del fabricante (solo para el caso de Xenón)													
1.1.6.5	Con entrada compatible con guía de luz ofertada de acuerdo a tecnología del fabricante													
1.1.7	**Insuflador de CO2:**													
1.1.7.1	30 a 45 lpm de alto flujo.													
1.1.7.2	Presión intra-abdominal.													
1.1.7.3	Flujo de insuflación y volumen.													
1.1.7.4	Con manguera de alta presión con conector PIN o roscable													
1.1.7.5	Con indicador en panel de: volumen, presión y consumo.													
1.1.7.6	**Caracteristicas de seguridad:**													
1.1.7.6.1	Protección de sobre presión.													
1.1.7.6.2	Sistema de alarmas audibles y visuales para tanque vacío y sobrepresión en la cavidad abdominal.													
1.1.7.6.3	Niveles de flujo preconfigurados para alto y bajo.													
1.1.8	**Sistema de videograbación o almacenamiento en: USB o CD o DVD o disco duro según tecnología del fabricante**													
1.1.9	**Equipo de irrigación automático y/o equipo de aspiración automático:**													
1.1.9.1	Con sistema de rodillos, (o según tecnología del fabricante)													
1.1.10	**Capnógrafo con oximetro:**													
1.1.10.1	Equipo portátil, para la medición y registro continuo de CO2 espirado, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca o frecuencia de pulso. Para aplicación en pacientes: adulto, pediátrico y/o neonatal.													
1.1.10.2	Con capacidad de monitorizar en baja perfusión y en movimiento.													
1.1.10.3	Pantalla: LCD o LED o tecnología superior.													
1.1.10.4	Teclado de membrana o sensible al tacto con simbología internacional o en español.													
1.1.10.5	**Despliegue digital de:**													
1.1.10.6	Concentración de CO2 en el rango de 0 a 70 mmHg como mínimo.													

1.1.10.7	Frecuencia respiratoria.													
1.1.10.8	SpO2 en el rango de 0 a 99 o mayor.													
1.1.10.9	Frecuencia de pulso en el rango de 30 o menor a 200 o mayor.													
1.1.10.10	Alarmas y/o mensajes de error.													
1.1.10.11	Tendencias de CO2 y de SpO2.													
1.1.10.12	Gráfica de capnografía y pletismografía.													
1.1.10.13	Muestreo de la señal CO2 de 50 ml/min como mínimo, o velocidad de flujo del capnógrafo de 120 +/- 20ml por minuto.													
1.1.10.14	Tiempo de registro de la medición de CO2 de 30 seg. o menor.													
1.1.10.15	Precisión de la señal SpO2 de 70 a 100 ± 2%.													
1.1.10.16	**Alarmas:**													
1.1.10.16.1	Visibles y audibles: Alta/Baja de CO2 (o ETCO), SpO2, frecuencia respiratoria, frecuencia de pulso o frecuencia cardiaca, apnea, batería Baja, para cada sensor SpO2 y/o CO2 desconectado o en mal estado y/o mensajes de error.													
1.1.10.16.2	Silenciadas temporalmente.													
1.1.10.16.3	Autoprogramadas y/o seleccionables por el usuario.													
1.1.10.16.4	Oclusión de la línea de CO2.													
1.1.10.17	**Sensor SpO2 para paciente adulto/pediátrico y/o neonatal (opción u opciones a elegir por la institución adquiriente según necesidades del servicio):**													
1.1.10.17.1	De dedo reusable.													
1.1.10.17.2	Multisitio reusable.													
1.1.10.17.3	Cargador interno o externo.													
1.1.10.17.4	Para uso con batería interna recargable.													
1.1.10.17.5	Con almacenamiento de datos o memoria.													
1.1.10.17.6	Salidas analógicas o digitales.													
1.1.10.18	**Consumibles:**													
1.1.10.18.1	Adaptador endotraqueal o de vía aérea tamaño adulto, pediátrico neonatal, (desechable un solo uso) para uso de sensores de flujo principal o lateral.													
1.1.10.18.2	Adaptador endotraqueal o de vía aérea tamaño adulto y pediátrico (neonatal opcional), desechable un solo uso para uso de sensores de flujo principal o lateral.													
1.2	**531.431.0102 Unidad de electrocirugía para endoscopía. Electrocoagulador de alta frecuencia para coagulación y corte de tejido, consta de:**													
1.2.1	Unidad de electrocirugía controlada por medio de microprocesadores o microcontrolador con dos salidas monopolares y una salida bipolar.													
1.2.2	**Salida monopolar:**													

1.2.2.1	Con corte puro con potencia mínima de 150 a 300 watts o mayor.													
1.2.2.2	Con mezcla blend y/o modo con potencia en el rango de 100 a 200 watts.													
1.2.2.3	Con al menos dos modos de coagulación monopolar con potencia mínima de 120 watts.													
1.2.3	**Salida bipolar:**													
1.2.3.1	Con coagulación con potencia de salida mínima de 70 watts.													
1.2.3.2	Con control independiente para selección de potencia en modo bipolar o limitación de potencia para coagulación bipolar de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
1.2.4	**Monitorización de la calidad del contacto del electrodo de retorno o control del electrodo neutro, o según la tecnología del fabricante**													
1.2.4.1	Alarma visual y audible que se activa cuando existe un falso contacto del electrodo de retorno con el paciente o que no esté conectado al generador (SEGÚN TECNOLOGÍA DEL FABRICANTE)													
1.2.4.2	Interrupción de la corriente de salida si se detecta una condición de falla (SEGÚN TECNOLOGÍA DEL FABRICANTE).													
1.2.5	**Frecuencia de salida:**													
1.2.5.1	Frecuencia mayor o igual a 300 KHz.													
1.2.6	**Activación de la unidad:**													
1.2.6.1	Por medio del instrumento y/o pedal en salida monopolar.													
1.2.6.2	Por medio del instrumento y/o pedal en salida bipolar.													
1.2.7	**Indicadores digitales de la potencia de salida mono y bipolar.**													
1.2.8	Ajuste por medio de teclado táctil, indicador de función acústico y visual con alarmas.													
1.2.9	**Accesorios:**													
1.2.9.1	Carro para transporte del equipo.													
1.2.9.2	Pedal monopolar, de acuerdo a tecnología del fabricante con las dos funciones (corte y coagulación).													
1.2.9.3	Pedal bipolar. (omitir si se integra al pedal monopolar)													
1.3	**531.355.0013 Bisturí ultrasónico. Sistema quirúrgico de ultrasonido, para corte y coagulación, que dentro de las características más relevantes incluya:**													
1.3.1	Generador ultrasónico **y o dispositivo portátil (se agrega)**													
1.3.2	Utiliza energía ultrasónica.													
1.3.3	En el rango entre 23 hasta 55.5 Kilo Hertz.													
1.3.4	Vibración al accionar función **(opcional, según tecnología)**													

1.3.5	**Accesorios:**													
1.3.5.1	Pinza Laparoscópica para bisturí ultrasónico reusable según tecnología o Disector Ultrasónico Inalámbrico según tecnología del fabricante. (se debe considerar como bien de consumo en caso de ser desechable)													
1.3.5.2	Pieza de mano **y/o sistema ultrasónico según tecnología del fabricante.**													
1.3.5.3	Cable para conexión de la pieza de mano **y/o sistema inalámbrico**													
1.3.5.4	Control de **instrumento de mano** y/o Pie.													
1.4	**531.328.0215 Equipo para sellado de vasos. Conjunto de elementos que utiliza energía eléctrica de alta frecuencia en la banda de radiofrecuencia, para generar calor directamente en las células de los tejidos blandos, a fin de cortarlos o coagularlos durante un procedimiento quirúrgico.**													
1.4.1	Salida para sellado o termofusión de vasos (bipolar modificado o avanzado) con salida independiente, memoria interna para reconocimiento de los instrumentos; formación de sellos que soportan en un rango de 300 mmHg o más.													
1.4.2	Pantalla LCD o tecnología superior.													
1.4.3	Indicadores audibles y visibles al accionar cualquiera de los modos del equipo.													
1.4.4	Alarmas audibles y visibles de: falla en alguno de los modos, falso contacto del electrodo de retorno con el paciente o que no esté conectado a la unidad, interrupción del ciclo de sellado de vasos.													
1.4.5	**Accesorios:**													
1.4.5.1	Carro para soporte y traslado del equipo.													
1.5	**531.584.0198 Litotriptor neumático. Equipo para fragmentar cálculos localizados en vías urinarias mediante la generación de ondas de choque balística o neumática.**													
1.5.1	**Onda de choque neumática:**													
1.5.2	Frecuencia de operación mínima de 2 Hz o equivalente de acuerdo a tecnología del fabricante.													
1.5.3	Presión de trabajo de 2 Bar, de onda ultrasónica conforme a la tecnología del fabricante.													
1.5.4	Presión de suministro de 8 Bar, para el caso de requerirse un compresor.													
1.5.5	Selector de pulsos individuales o continuos o funcionamiento de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
1.5.6	Ondas producidas por energía neumática, electrocinética o ultrasónica													
1.5.7	Varilla de litotriptor de 0.8mm. o 0.9 mm o de													

	medida de acuerdo a tecnología del fabricante.													
1.5.8	Varilla de litotriptor de 2.0mm para litotricia percutánea.													
1.5.9	**Accesorios:**													
1.5.9.1	Interruptor de pedal o en la pieza de mano.													
1.5.9.2	Carro porta equipo o Carro litotriptor.													
1.5.9.3	Piezas de mano, o transductor de control de acuerdo a tecnología del fabricante.													
1.5.9.4	Cables de conexión.													
1.5.9.5	Tapas para esterilización.													
1.5.9.6	Adaptador para endoscopio (opcional)													
1.5.9.7	Compresor de aire en caso de ser neumático.													
1.6	**531.350.0133 Láser quirúrgico de Holmio. Equipo que proporciona la potencia óptima para tratamientos de piedras y de tejido suave. Para tratamiento en procedimiento urológicos de: Litotricia renal, uretral y cálculos de vejiga, litotricia de cálculos impactados, estenosis uretral, tumores en vejiga y uretrales, carcinomas de vejiga.** ***Equipo Itinerante 531.350.0133 Equipo para excisión, incisión, ablación y vaporización de tejidos sin sangrado, además de fragmentación de cálculos, consta de:**													
1.6.1	Laser quirúrgico Holmio													
1.6.2	Medio activo: Holmio YAG													
1.6.3	**Láser con longitud de onda del haz de tratamiento en el rango de 2000 a 2100 nm.**													
1.6.4	Láser aplicado a través de fibra óptica con diámetros entre 200 a 1000 um.													
1.6.5	Luz guía o haz de puntería de láser.													
1.6.6	**Potencia de salida del pulso**													
1.6.6.1	Para uso de litotricia, ablación y vaporación de tejido blandos con potencia de 20 W a 50W.													
1.6.6.2	Rango de energía por pulso de 200 a 3500 mJ o mayor de acuerdo a tecnología del fabricante.													
1.6.6.3	Frecuencia de pulsos en un rango de 3 mínimo a 20 Hz, o mayor.													
1.6.6.4	Duración el pulso de 150 useg o menor a 350 useg o mayor, o Ajuste automético de ancho de pulso de 95 a 1500 ms según tecnología del fabricante.													
1.6.6.5	Forma de onda pulsada.													
1.6.7	Panel de control con pantalla sensible al tacto para el despliegue y ajuste de los siguientes parámetros: potencia, frecuencia del pulso, duración y activación del láser.													
1.6.8	Despliegue de pantalla de valor numérico de la energía liberada en el paciente, en caso de uso													

	de fibras ópticas reusables el número de usos y el calibre de la misma, (o un sistema de identificación de acuerdo a tecnología del fabricante)													
1.6.9	Disparo del láser activado por pedal.													
1.6.10	Pedal de activación con cable o inalámbrico según tecnología del fabricante.													
1.6.11	Sistema de enfriamiento.													
1.6.12	Función de auto prueba del equipo con despliegue de mensajes de error.													
1.6.13	Botón de bloqueo activado por el usuario en caso de situaciones de emergencia.													
1.6.14	Botón de activación y reposo del disparo.													
1.6.15	**Accesorios:**													
1.6.15.1	Lentes o Googles de protección.													
1.6.15.2	Cortador de Fibras ópticas													
1.6.15.3	Pelador de fibras ópticas													
1.7	**537.277.0015 Microdebridador eléctrico para oído y nariz.**													
1.7.1	**Sistema rasurador con bomba de irrigación:**													
1.7.1.1	Con pieza de mano (según tecnología del fabricante).													
1.7.1.2	Para puntas desechables. Con diferentes funciones, diámetros y curvaturas, que permitan aspirar y remover diferentes tejidos.													
1.7.1.3	De alta velocidad en el rango 3,000 a 60,000 **rpm.**													
1.7.1.4	Que conste de consola para control de las revoluciones, adelante, atrás y oscilatorio.													
1.7.1.5	Con succión e irrigación													
1.7.2	**Accesorios:**													
1.7.2.1	Pedal multifunciones.													
1.7.3	**Mango eléctrico para Fresado de hueso (según tecnología del fabricante).**													
1.9	**531.072.0064 Equipo de artroscopia. Equipo para el diagnóstico y tratamiento de padecimientos articulares por mínima invasión, consta de:**													
1.9.1	**Rasurador:**													
1.9.2	**Unidad de control:**													
1.9.2.1	Con funciones de adelante, atrás y oscilación.													
1.9.2.2	Con funciones de control de velocidad.													
1.9.2.3	Despliegue de funciones.													
1.9.3	**Pieza de mano:**													
1.9.3.1	Con control de succión integrado.													
1.9.3.2	Con intervalo de velocidad en el rango, entre 500 y 10000 o mayor **RPM** para avance y retroceso.													
1.9.3.3	Con intervalo de velocidad en el rango, entre 500 a **3000** RPM mínimo en oscilación.													
1.9.3.4	Con funciones de adelante, atrás y oscilación en													

	botones en pieza de mano. (o a través del pedal opcional)													
1.9.4	**Bomba de irrigación para artroscopía.**													
1.9.4.1	Con intervalo de control de presión entre 10 y 150 mm Hg mínimo.													
1.9.4.2	Flujo entre el rango 0.25 a 2.5 lpm.													
1.9.4.3	Pantalla para programar y desplegar valores presión nominal y real.													
1.9.4.4	Botón de aumento de flujo rápido o de lavado.													
1.9.4.5	Alarmas.													
1.9.5	**Equipo de radiofrecuencia o plasma para artroscopia según tecnología del fabricante**													
1.9.5.1	**Unidad de control:**													
1.9.5.1.1	Bipolar.													
1.9.5.1.2	Con control de potencia.													
1.9.5.1.3	Con funciones de corte y coagulación niveles preconfigurables (ajustables).													
1.9.5.1.4	Con sistema de alarmas de errores visuales y audibles.													
1.9.5.1.5	Con cable de conexión integrado a la pieza de mano.													
1.9.5.1.6	Pantalla para despliegue de parámetros.													
1.9.6	**Pieza de mano reusable o desechable (según tecnología del fabricante) en caso de ser desechable considerarlo como bien de consumo de acuerdo a requerimientos.**													
1.9.7	**Artroscopio:**													
1.9.7.1	**Óptica:**													
1.9.7.2	Una lente de 30° *ó* ***70°***													
1.9.7.3	De 4 mm de diámetro y mínimo 140 mm.													
1.9.7.4	Esterilizable en autoclave *de acuerdo a tecnología del fabricante.*													
1.9.7.5	Para el caso de pequeñas articulaciones el lente debe de ser en el rango de 2.3 a 2.7 mm.													
1.9.8	**Camisas compatibles con la óptica:**													
1.9.8.1	Rotatoria.													
1.9.8.2	Doble vía o dos válvulas.													
1.9.8.3	Con sistema de bloqueo o de aseguramiento de la óptica o roscado.													
1.9.8.4	Con dos obturadores cortante y romo.													
1.9.9	**Cables de corriente para todas las partes.**													
1.9.10	**Sujetador de piernas universal:**													
1.9.10.1	Adaptador universal a mesa quirúrgica.													
1.9.10.2	Adaptable al mango de isquemia.													
2.1	**SCCB Torre básica de visualización endoscópica de tubo digestivo adulto que incluye: carro transportador, un videogastroscopio y un videocolonoscopio y un electrocoagulador básico.**													
2.1.1	**Carro porta equipo:**													
2.1.1.1	Colgador de endoscopios incorporado.													

2.1.2	**Monitor:**													
2.1.2.1	Pantalla LCD *ó según tecnología del fabricante* de 19" o mayor, a color.													
2.2.2.2	Con resolución de 1600x1200 pixeles o mayor. S.D.													
2.2.2.3	Con opción de entradas de video digitales. (se dejan fuera las análogas)													
2.1.3	**Procesador de video con:**													
2.1.3.1	Control de brillo manual o automático.													
2.1.3.2	Ajuste de color.													
2.1.3.3	Balance de blancos.													
2.1.3.4	Con al menos una salida de video digital.													
2.1.3.5	Congelamiento de la imagen.													
2.1.3.6	Teclado para introducción de datos del paciente.													
2.1.3.7	Capacidad de almacenamiento de imágenes a través de memoria interna o externa.													
2.1.3.8	Protección contra descargas.													
2.1.4	**Fuente de iluminación**													
2.1.4.1	Lámpara de xenón de 300 Watts o LED.													
2.1.4.2	Lámpara de emergencia de acuerdo a tecnología del fabricante.													
2.1.4.3	Función de transiluminación o incremento de luminosidad, según tecnología del fabricante.													
2.1.4.4	Ajuste de salida de luz. O Ajuste de luz automático.													
2.1.4.5	Indicador de vida de lámpara según tecnología del fabricante.													
2.1.4.6	Suministro de aire ajustable con al menos tres niveles.													
2.1.4.7	Con contenedor para alimentación de agua, y/o de aire de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
2.1.5	**Sistema de videograbación o almacenamiento USB o CD o DVD o disco duro.**													
2.1.5.1	Computadora y/o Software o Sistema de Captura de imágenes.													
2.1.6	**Impresora de calidad fotográfica.**													
2.1.7	Backup de energía de al menos 15 minutos de respaldo.													
2.1.8	Probador de impermeabilidad, estanqueidad o fuga.													
2.1.9	Contenedor de líquidos para irrigación.													
2.1.10	**Bomba de irrigación (opcional)**													
2.2	**531.447.0120 Videogastroscopio con las siguientes características: Compatibilidad con el modelo ofertado de fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca y generación.**													
2.2.1	Diámetro exterior del tubo de inserción en el rango de 9 a 13 mm.													
2.2.2	Diámetro del canal de trabajo 2.8 mm. O mayor													

2.2.3	**Angulación en 4 direcciones:**													
2.2.3.1	Al menos 300° de angulación total arriba/abajo.													
2.2.3.2	Al menos 200° de angulación total derecha/izquierda.													
2.2.4	Campo de visión de 120° o mayor.													
2.2.5	Con dirección de observación frontal o recto.													
2.2.6	Con profundidad en el campo de observación ≤ a 5 mm. o 6mm. hasta 100 mm.													
2.2.7	**Longitud:**													
2.2.7.1	Longitud de trabajo mayor o igual de 1030 mm.													
2.2.7.2	Marcas a lo largo de la longitud de trabajo.													
2.2.8	Con chips CCD o según tecnología del fabricante.													
2.2.9	Al menos dos botones configurables en el control de mando.													
2.2.10	**Debe incluir:**													
2.2.10.1	Boquilla protectora.													
2.2.10.2	Set de limpieza **que incluya cepillo largo, corto y válvulas de irrigación (Se agrega)**													
2.2.10.3	Set de tapones para canal de trabajo, set de válvulas de aspiración, con o sin tapón hermético para desinfección de alto nivel													
2.2.10.4	Con probador de impermeabilidad o Probador de fugas.													
2.3	**531.217.0235 Videocolonoscopio con las siguientes características: Compatibilidad con el modelo ofertado de fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca y generación.**													
2.3.1	Diámetro exterior del tubo de inserción en el rango de 12 o mayor.													
2.3.2	Diámetro del canal de trabajo mayor o igual a 3.7 mm.													
2.3.3	**Angulación en 4 direcciones:**													
2.3.3.1	Al menos 360° de angulación total arriba/abajo.													
2.3.3.2	Al menos 320° de angulación total derecha/izquierda.													
2.3.4	Campo de visión de 120°ó mayor.													
2.3.5	Con dirección de observación frontal o recto.													
2.3.6	Con profundidad en el campo de observación menor o igual a 7 mm hasta 100 mm.													
2.3.7	**Longitud:**													
2.3.7.1	Longitud de trabajo mayor de 1330 mm.													
2.3.7.2	Marcas a lo largo de la longitud de trabajo.													
2.3.8	Con chips CCD o según tecnología del fabricante.													
2.3.9	Al menos dos botones configurables en el control de mando.													
2.3.10	**Debe incluir:**													
2.3.10.1	Set de limpieza que incluya cepillo largo, corto y válvulas de irrigación.													

2.3.10.2	Set de tapones para canal de trabajo, set de válvulas de aspiración, con o sin tapón hermético para desinfección de alto nivel													
2.3.10.3	Comprobador de impermeabilidad													
2.4	**531.431.0102 Unidad de electrocirugía para endoscopía. Electrocoagulador de alta frecuencia para coagulación y corte de tejido, que dentro de las características más relevantes, incluya:**													
2.4.1	Unidad de electrocirugía controlada por medio de microprocesadores o microcontrolador con dos salidas monopolares y una salida bipolar.													
2.4.2	**Salida monopolar:**													
2.4.2.1	Con corte puro con potencia **máxima** de 300 watts.													
2.4.2.2	Con mezcla blend y/o modo con potencia mínima de **100 watts. (antes 200 w)**													
2.4.2.3	Con al menos dos modos de coagulación monopolar con potencia mínima de 120 watts, o tres modos; coagulación suave, forzada y spray													
2.4.3	**Salida bipolar:**													
2.4.3.1	Con coagulación con potencia de salida mínima de 70 **a 120 watts.**													
2.4.3.2	Con control independiente para selección de potencia en modo bipolar o Limitación de potencia para coagulación bipolar.													
2.4.4	**Monitorización de la calidad del contacto del electrodo de retorno o sistema de control del electrodo neutro de acuerdo a la tecnología del fabricante.**													
2.4.4.1	Alarma visual y audible que se activa cuando existe un falso contacto del electrodo de retorno con el paciente o que no esté conectado al generador.													
2.4.4.2	Interrupción de la corriente de salida si se detecta una condición de falla.													
2.4.5	**Frecuencia de salida:**													
2.4.5.1	Frecuencia mayor o igual a 300 KHz.													
2.4.6	**Activación de la unidad:**													
2.4.6.1	Por medio del instrumento y/o pedal en salida monopolar.													
2.4.6.2	Por medio del instrumento y/o pedal en salida bipolar.													
2.4.6.3	Indicadores digitales para modo monopolar y bipolar.													
2.4.7	**Indicadores digitales de la potencia de salida mono y bipolar.**													
2.4.8	Ajuste por medio de teclado táctil, indicador de función acústico y visual con alarmas.													
2.4.9	**Accesorios:**													
2.4.9.1	Carro para transporte del equipo													
2.4.9.2	Pedal o Pedal doble con funciones para corte y													

	coagulación y bipolares.													
2.5	**Torre de visualización endoscópica de alta especialidad para tubo digestivo adulto que incluye: un videogastroscopio, un videocolonoscopio, un videoduodenoscopio terapéutico y unidad de electrocirugía con coagulación de argón.**													
2.5.1	**Carro porta equipo con:**													
2.5.1.1	Con brazo colgador para los videoendoscopios.													
2.5.2	**Monitor:**													
2.5.2.1	Pantalla LCD o según tecnología del fabricante de 19" o mayor, a color													
2.5.2.2	De al menos 1920 X 1080 pixeles o mayor según tecnología del fabricante.													
2.5.2.3	Con opción de entradas de video digitales.													
2.5.3	**Procesador digital de video para endoscopia:**													
2.5.3.1	Con zoom electrónico o digital mínimo 1.5X.													
2.5.3.2	Control de brillo manual o automático.													
2.5.3.3	Balance de blancos.													
2.5.3.4	Opción de salida de video que asegure la capacidad de HD.													
2.5.3.5	Capacidad de almacenamiento de imágenes en dispositivo extraíble.													
2.5.3.6	Teclado para introducción de datos del paciente.													
2.5.3.7	Tonalidad de color ajustable.													
2.5.3.8	Con función de cromoendoscopia Digital o Función de Banda Angosta o longitud de onda.													
2.5.3.9	Congelamiento de la imagen.													
2.5.3.10	Con teclado para introducción de datos del paciente y para el control de las funciones principales.													
2.5.4	**Fuente de luz:**													
2.5.4.1	Lámpara xenón o LED.													
2.5.4.2	Intensidad de 300 watts separada o integrada al procesador.													
2.5.4.3	Función de transiluminación o incremento de la luminosidad.													
2.5.4.4	Control de luz manual y/o automático.													
2.5.4.5	Con lámpara de emergencia de xenón o halógeno de acuerdo a la tecnología del fabricante													
2.5.4.6	Bomba de aire con dos niveles de regulación como mínimo.													
2.5.4.7	Protección contra descargas.													
2.5.5	**Sistema de videograbación o almacenamiento USB o CD o DVD o disco duro.**													
2.5.5.1	Computadora y software.													
2.5.5.2	Impresora de calidad fotográfica.													
2.5.6	Backup de energía de al menos 15 minutos de respaldo													

2.5.7	Probador de impermeabilidad, estanqueidad o Probador de fugas.													
2.5.8	Contenedor de líquidos para irrigación.													
2.5.9	**Insuflador de CO2 (Opcional conforme a la tecnología del fabricante).**													
2.5.9.1	30 a 45 lpm de alto flujo. (Opcional conforme a la tecnología del fabricante).													
2.5.9.2	Flujo de insuflación y volumen. (Opcional conforme a la tecnología del fabricante).													
2.5.9.3	Con manguera de alta presión con conector de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
2.5.9.4	Con Indicador en Panel o de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
2.5.9.5.1	**Características de seguridad:**													
2.5.9.5.1.1	Protección de sobre presión o Sensor de Presión de acuerdo a la tecnología del fabricante													
2.5.9.5.1.2	Sistema de alarmas audibles y visuales para tanque vacío y sobrepresión en la cavidad abdominal. (Opcional)													
2.5.9.5.1.3	Filtro bacterial (opcional)													
2.5.9.5.1.4	Niveles de flujo alto y/o bajo.													
2.5.9.6	**Bomba de irrigación (Opcional)**													
2.6	**531.447.0120 Videogastroscopio con las siguientes características: Compatibilidad con el modelo ofertado de fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca y generación.**													
2.6.1	Diámetro exterior del tubo de inserción en el rango de 9 a 13 mm.													
2.6.2	Diámetro del canal de trabajo de 2.8 mm. O mayor.													
2.6.3	**Angulación en 4 direcciones:**													
2.6.3.1	Al menos 300° de angulación total arriba/abajo.													
2.6.3.2	Al menos 200° de angulación total derecha/izquierda.													
2.6.4	Campo de visión de 120° o mayor													
2.6.5	Con dirección de observación frontal o recto.													
2.6.6	Con profundidad en el campo de observación ≤ a 5 mm o 6mm hasta 100 mm													
2.6.7	**Longitud.**													
2.6.7.1	Longitud de trabajo mayor o igual de 1030 mm.													
2.6.7.2	Marcas a lo largo de la longitud de trabajo.													
2.6.8	Con chips CCD o según tecnología del fabricante.													
2.6.9	Al menos dos botones configurables en el control de mando.													
2.6.10	Con Zoom óptico													
2.6.11	Con función de cromoendoscopia Digital o Función de Banda Angosta. O longitud de onda en el videoendoscopio o en el videoprocesador													

	(según tecnología del fabricante)													
2.6.13	**Debe incluir:**													
2.6.13.1	Boquilla protectora.													
2.6.13.2	Set de limpieza que incluya cepillo largo, cepillo corto, válvulas de irrigación													
2.6.13.3	Set de tapones para canal de trabajo (opcional), set de válvulas de aspiración, con o sin tapón hermético para desinfección de alto nivel													
2.7	**531.217.0235 Videocolonoscopio con las siguientes características: Compatibilidad con el modelo ofertado de fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca y generación.**													
2.7.1	Diámetro exterior del tubo de inserción en el rango de 12.2 o mayor.													
2.7.2	Diámetro del canal de trabajo mayor o igual a 3.7 mm.													
2.7.3	**Angulación en 4 direcciones:**													
2.7.3.1	Al menos 360° de angulación total arriba/abajo.													
2.7.3.2	Al menos 320° de angulación total derecha/izquierda.													
2.7.4	Campo de visión de 140°o mayor.													
2.7.5	Con dirección de observación frontal o recto.													
2.7.6	Con profundidad en el campo de observación ≤ 7 mm hasta 100 mm.													
2.7.7	**Longitud:**													
2.7.7.1	Longitud de trabajo mayor de 1330 mm.													
2.7.7.2	Marcas a lo largo de la longitud de trabajo.													
2.7.8	Con chips CCD o según tecnolcgía del fabricante.													
2.7.9	Al menos dos botones configurables en el control de mando.													
2.7.10	Con Zoom óptico u Observación Óptico Digital.													
2.7.11	Con función de cromoendoscopia Digital o Función de Banda Angosta. O longitud de onda o según tecnología del fabricante en el videoendoscopio o en el videoprocesador													
2.7.13	**Debe incluir:**													
2.7.13.1	Set de limpieza que incluya cepillo largo, corto y válvulas de irrigación.													
2.7.13.2	Set de tapones para canal de trabajo, set de válvulas de aspiración, con o sin tapón hermético para desinfección de alto nivel													
2.7.13.3	Comprobador de impermeabilidad o probador de fugas.													
2.8	**531.316.0094 Videoduodenoscopio terapéutico con las siguientes características: Endoscopio con porción flexible que es usado para la examen visual y tratamiento del ámpula de Váter en el duodeno que transmite imágenes al usuario por medio de un monitor utilizando un**													

	sistema de video CCD para torre de endoscopia básica.													
2.8.1	Diámetro exterior del tubo de inserción en el rango de 10.8 o mayor.													
2.8.2	Diámetro del canal de trabajo mayor o igual a 4.2 mm.													
2.8.3	**Angulación en 4 direcciones:**													
2.8.3.1	Al menos 200° de angulación total arriba/abajo.													
2.8.3.2	Al menos 195° o mayor de angulación total derecha/izquierda.													
2.8.4	Campo de visión de 98°ó mayor.													
2.8.5	Con dirección de observación lateral.													
2.8.6	Con profundidad en el campo de observación ≤ 5 mm hasta 60 mm.													
2.8.7	**Longitud:**													
2.8.7.1	Longitud de trabajo mayor de 1240 mm.													
2.8.7.2	Marcas a lo largo de la longitud de trabajo.													
2.8.8	Con chips CCD o según tecnología del fabricante													
2.8.9	Al menos dos botones configurables en el control de mando.													
2.8.10	**Debe incluir:**													
2.8.10.1	Boquilla protectora.													
2.8.10.2	Set de limpieza.													
2.9	**531.328.0165 Unidad de electrocirugía con coagulación de argón.**													
2.9.1	Equipo electrónico para corte y hemostasia de tejidos por medio de alta frecuencia durante el acto quirúrgico, que usa argón para la coagulación del tejido.													
2.9.2	Unidad de electrocirugía controlada por medio de microprocesadores o microcontrolador con tres a cuatro salidas monopolares y bipolares.													
2.9.3	**Salida monopolar:**													
2.9.3.1	Con corte puro con potencia mínima de 300 watts.													
2.9.3.2	Con mezcla blend y/o modo con potencia mínima de 200 watts.													
2.9.3.3	Con al menos dos modos de coagulación monopolar con potencia mínima de 120 watts, *o tres modos: coagulación suave, forzada y spray.*													
2.9.4	**Salida bipolar:**													
2.9.4.1	Con coagulación con potencia de salida mínima de *70 hasta 120* watts.													
2.9.4.2	Con control independiente para selección de potencia en modo bipolar.													
2.9.5	**Monitorización de la calidad del contacto del electrodo de retorno o Control de los electrodos neutros de acuerdo a la tecnología del fabricante**													
2.9.5.1	Alarma visual y audible que se activa cuando													

	existe un falso contacto del electrodo de retorno con el paciente o que no esté conectado al generador.													
2.9.5.2	Interrupción de la corriente de salida si se detecta una condición de falla.													
2.9.6	**Frecuencia de salida:**													
2.9.6.1	Frecuencia mayor o igual a 300 KHz.													
2.9.7	**Activación de la unidad:**													
2.9.7.1	Por medio del instrumento y/o pedal en salida monopolar.													
2.9.7.2	Por medio del instrumento y/o pedal en salida bipolar.													
2.9.8	**Indicadores digitales para modo monopolar y bipolar.**													
2.9.9	**Coagulador de argón o Equipo de Argón.**													
2.9.9.1	Modulo externo o integrado a la unidad principal.													
2.9.9.2	Con regulación o control del flujo de gas argón de acuerdo al instrumento utilizado o tecnología del fabricante.													
2.9.9.3	Con capacidad mínima de conexión de un tanque de argón con purga de la línea.													
2.9.10.4	Con alarma audible o visual de nivel bajo de gas.													
2.9.10	**Tanque contenedor de gas argón de acuerdo al equipo ofertado.**													
2.9.11	Regulador de presión de gas argón de acuerdo al equipo ofertado.													
2.9.12	**Accesorios:**													
2.9.12.1	Carro para transporte del equipo.													
2.9.12.2	Pedal monopolar para corte y coagulación o electrocoagulador.													
2.9.12.3	Sonda para aplicación endoscópica flexible con cable de conexión (con tres modos de salida **según tecnología del fabricante**), en el caso de ser desechable manifestarlo en su referenciación)													
2.9.12.4	Placa de retorno de paciente con cable de conexión reusable, o desechable (opcional) de acuerdo a edad y complexión del paciente.													
2.10	**531.923.0321 Ultrasonido endoscópico. Equipo que permite la visualización ultrasonográfica y endoscópica del tubo digestivo, que dentro de las características más relevantes, incluya:**													
2.10.1.1	El procesador de video endoscópico.													
2.10.1.2	El endoscopio de ultrasonido lineal y radial de transductor electrónico.													
2.10.2	**Modos de escaneo:**													
2.10.2.1	Modo B.													
2.10.2.2	Modo M (opcional).													
2.10.2.3	Con escaneo digital radial y lineal.													

2.10.3	Frecuencia en niveles en el rango de 5 a 12 MHz. (ajustable en cuatro niveles como mínimo).													
2.10.4	Debe mostrar los diferentes parámetros y datos en la pantalla.													
2.10.5	Con entrada de video digital.													
2.10.6	Con salida de video digital.													
2.10.7	**Gastrovideoendoscopio ultrasónico radial.**													
2.10.7.1	Compatible con los procesadores de endoscopía y de ultrasonido endoscópico.													
2.10.7.2	Con modo de escaneo radial.													
2.10.7.3	Campo de visión en el rango de 100 a 140°.													
2.10.7.4	Dirección de observación frontal u oblicua													
2.10.7.5	Con profundidad en el campo de observación de 3 mm a 4 mm hasta 100 mm													
2.10.7.6	Diámetro del tubo de inserción en el rango 11.4 mm.o menor a 12.1 mm o mayor													
2.10.7.7	Canal de trabajo en el rango de 2.2 a 2.8mm o mayor.													
2.10.8	**Angulación en cuatro 4 direcciones:**													
2.10.8.1	Arriba en el rango de 130° a 190° / abajo: en el rango de 60° a 90°.													
2.10.8.2	Izquierda en el rango de 60° a 100°/ derecha en el rango de 60° a 100°.													
2.10.8.3	Longitud útil de 1250 mm. o mayor													
2.10.8.4	Rango de escaneo de 360°.													
2.10.9.	**Modos de escaneo:**													
2.10.9.1	Modo B.													
2.10.9.2	Modo M (opcional).													
2.10.9.3	Frecuencia en niveles en el rango de 5 hasta 12 MHz. (ajustable en cuatro niveles como mínimo)													
2.10.10	**Gastrovideoendoscopio ultrasónico lineal:**													
2.10.10.1	De visión lateral u oblicua compatible con balón endoscópico de ultrasonido radial.													
2.10.10.2	Compatible con los procesadores de endoscopía y de ultrasonido endoscópico.													
2.10.10.3	Modo de escaneo lineal o radial.													
2.10.10.4	Campo de visión en el rango de 100 a 140°.													
2.10.10.5	Dirección de observación frontal oblicua en el rango de 40° a 55°													
2.10.10.6	Profundidad de campo de observación de 5 o menor a 100 mm mayor.													
2.10.10.7	Diámetro del tubo de inserción entre 10.8 o menor a 12.8 mm.o mayor													
2.10.10.8	Diámetro del extremo distal entre 9.9 o menor a 14.6 mm.o mayor													
2.10.10.9	Canal de trabajo de 3.7 mm. mayor													
2.10.11.	**Angulaciones en cuatro 4 direcciones:**													
2.10.11.1	Arriba / Abajo: 130 a 160° / 90 a 160°.													
2.10.11.2	Izquierda / Derecha: 90 a 120° / 90 a 120°.													
2.10.11.3	Longitud útil de 1250 mm.													
2.10.11.4	Rango de escaneo de entre 110° a 180°.													

2.10.12	**Modos de escaneo:**													
2.10.12.1	Doppler Color													
2.10.12.2	Modo B													
2.10.12.3	Elastografía (opcional).													
2.10.12.4	Frecuencia en niveles en el rango de 5 a 12 MHz. (ajustable en cuatro niveles como mínimo)													
2.11	**SCCB Torre para endoscopía avanzada de aparato respiratorio adulto, que incluye: torre de visualización endoscópica y un broncoscopio.**													
2.11.1	**Carro porta equipo:**													
2.11.1.1	Colgador de endoscopios incorporado o brazo colgador.													
2.12.2	**Monitor:**													
2.11.2.1	Pantalla LCD según tecnología del fabricante de 19' o mayor, a color.													
2.11.2.2	Con resolución de 1600x1200 pixeles o mayor. S.D.													
2.11.2.3	Con opción de entradas de video digitales.													
2.11.3	**Procesador de video con:**													
2.11.3.1	Control de brillo manual o automático.													
2.11.3.2	Ajuste de color.													
2.11.3.3	Balance de blancos.													
2.11.3.4	Con al menos una salida de video digital.													
2.11.3.5	Congelamiento de la imagen.													
2.11.3.6	Teclado para introducción de datos del paciente.													
2.11.3.7	Capacidad de almacenamiento de imágenes a través de memoria interna o externa.													
2.11.3.8	Protección contra descargas.													
2.11.4	**Fuente de iluminación o Fuente de Luz:**													
2.11.4.1	Lámpara de Xenón de 300 Watts o LED.													
2.11.4.2	Lampara de emergencia de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
2.11.4.3	Función de transiluminación o incremento de luminosidad, según tecnología del fabricante.													
2.11.4.4	Ajuste de salida de luz o Ajuste de luz automático.													
2.11.4.5	Indicador de vida de lámpara según tecnología del fabricante.													
2.11.4.6	Suministro de aire ajustable con al menos tres niveles.													
2.11.4.7	Con contenedor para alimentación de aire y agua de acuerdo a tecnología del fabricante.													
2.11.5	**Sistema de videograbación o almacenamiento USB o CD o DVD o disco duro.**													
2.11.6	**Computadora y software.**													
2.11.7	**Impresora de calidad fotográfica.**													
2.11.8	**Backup de energía de al menos 15 minutos de respaldo.**													
2.11.5	**Probador de impermeabilidad, estanqueidad**													

	o fuga.													
2.11.4	**Contenedor de líquidos para irrigación.**													
2.11.3	**Bomba de irrigación (opcional)**													
2.12	**531.146.1544 Videobroncoscopio. Equipo computarizado, con video procesador de imágenes de alta definición, invasivo, utilizado para el diagnóstico y tratamiento de vías respiratorias altas:** **Compatibilidad con el modelo ofertado de fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca y generación.**													
2.12.1	Diámetro exterior del tubo de inserción en el rango de 3.9 hasta 6.3 mm.													
2.12.2	Diámetro del canal de trabajo en el rango de 2 a 3.2 mm.													
2.12.3	**Angulación en dos direcciones:**													
2.12.3.1	Al menos 280 grados de angulación total de arriba abajo (Antes era de al menos 300 grades. Se abre a que entre desde los 280 grados)													
2.12.4	Campo de visión de 120° o mayor													
2.12.5	Dirección de observación frontal													
2.12.6	Con profundidad de campo dentro del rango de mínimo 3 y hasta 100 mm.													
2.12.7	**Longitud:**													
2.12.7.1	Longitud de trabajo ≥ a 600 mm.													
2.12.7.2	Marcas a lo largo de la longitud de trabajo.													
2.12.8	Con chips CCD o según tecnología del fabricante.													
2.12.9	Con al menos dos botones configurables en el control de mando.													
2.12.10	**Debe incluir:**													
2.12.10.1	Set de limpieza que incluya cepillo largo, cepillo corto, válvulas de irrigación. (opcional)													
2.12.10.2	Set de tapones para canal de trabajo, set de válvulas de aspiración, con o sin tapón hermético para desinfección de alto nivel													
2.12.10.3	Comprobador de impermeabilidad o Probador de Fugas													
2.13	**SCCB Enteroscopio asistido con balón. Enteroscopio de uno o dos balones: Equipo para Enteroscopía de uno o dos balones, utilizado para la observación, el diagnóstico y tratamiento del intestino delgado.**													
2.13.1	Enteroscopio de uno o de doble balón en el rango de 8.5 a 11.6 mm. de diámetro externo.													
2.13.2	Canal de trabajo en el rango de 2.8 mm. O mayor													
2.13.3	Ángulos de flexión de la punta arriba/abajo y derecha izquierda.													
2.13.4	Longitud total de 2000 mm. o mayor.													
2.13.5	Rango de observación en el rango de 3 - 100													

	mm. o de 5 – 100 mm. como mínimo.													
2.13.6	Campo visual en el rango de 120° a 140°.													
2.13.7	Bomba controladora automática con mando a distancia según tecnología.													
2.13.8	Presión de balón de 5.4 a 5.6 Kpa +/- 2.6 Kpa.													
2.13.9	Globo para insuflación y avance del enteroscopio, opcional según tecnología.													
3.1	**531.661.0079 Unidad de Facoemulsificación.**													
3.1.1	Aparato para extracción de catarata por facofragmentación y vitrectomía anterior.													
3.1.2	Punta de facoemulsificación en el rango de 15° a 45 °.													
3.1.3	**Pieza de mano para Sistema de ultrasonido.**													
3.1.3.1	Para facoemulsificación:													
3.1.3.2	Tipo piezoeléctrico, según tecnología del fabricante.													
3.1.3.3	Titanio.													
3.1.3.4	Esterilizable.													
3.1.4	**Con sistema de enfriamiento para la pieza de mano y la punta.**													
3.1.5	**Sistema de ultrasonido:**													
3.1.5.1	Frecuencia en el rango de 28 a 60 KHz.													
3.1.5.2	Modo de pulso.													
3.1.6	**Modos de operación:**													
3.1.6.1	Pulsado.													
3.1.6.2	Lineal.													
3.1.6.3	Oscilación. (opcional).													
3.1.6.4	Modo Burst o incremento.													
3.1.7	**Sistema de irrigación y aspiración:**													
3.1.7.1	Pieza de mano irrigación aspiración de punta intercambiable con manga o camisa de silicón:													
3.1.7.2	Diámetro de puerto de aspiración de 0.2-0.5 mm.													
3.1.7.3	Punta con puerto curva de I/A.													
3.1.7.4	Punta con puerto a 90° de I/A o Punta de I/A con ángulo de 45°.													
3.1.7.5	Bomba Peristáltica y/o de vacío vs flujo (ó Tipo Venturi).													
3.1.8.1	**Irrigación:**													
3.1.8.1	Gravedad y/o infusión forzada o presurizada.													
3.1.8.2	Poste de infusión controlado por pedal.													
3.1.8.3	Despliegue visual y/o auditivo de bajo flujo o baja presión.													
3.1.9	Máximo vacío entre 500 a 700 mmHg.													
3.1.10	Método de reflujo asistido.													
3.1.11	**Vitrectomía anterior.**													
3.1.11.1	Ocutomo o vitrector tipo guillotina, según tecnología del fabricante.													
3.1.11.2	Velocidad de corte variable programable por el operador.													
3.1.12	**Modos de operación:**													

3.1.12.1	Irrigación continua.													
3.1.12.2	Diatermia bipolar (opcional).													
3.1.12.3	Pedal que permita el control de funciones del equipo.													
3.1.12.4	Despliegue de parámetros en pantalla táctil o matriz activa.													
3.1.12.5	Alarmas audibles y visuales de error o falla durante la operación.													
3.1.13	**Accesorios:**													
3.1.13.1	Llave(s) o pinza(s) para puntas de facoemulsificación e irrigación y aspiración según tecnología del fabricante.													
3.1.13.2	Soporte rodable con poste de infusión.													
3.1.13.3	Estuche para guarda y esterilización o según tecnología del fabricante.													
3.1.13.4	Pedal que permita el control de funciones.													
3.2	**531.626.0115 Microscopio quirúrgico oftalmológico avanzado. Equipo electro médico rodable que se utiliza como apoyo en el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías de imágenes microscópicas y/o microquirúrgicas, por método no invasivo, consta de:**													
3.2.1	**Equipo con visión: estereoscópica, binocular o tridimensional.**													
3.2.2	Estativo fijo o rodable como parte del sistema													
3.2.3	**Características de la pantalla de control:**													
3.2.3.1	Táctil o LCD o según tecnología del fabricante.													
3.2.3.2	Integrada en el estativo.													
3.2.4	Sistema modular que permita adaptar accesorios necesarios o deseados.													
3.2.5	Pedal impermeable inalámbrico de control con cable de respaldo (opcional).													
3.2.6	Respaldo de energía eléctrica (UPS) de al menos 30 minutos en caso de corte de suministro eléctrico.													
3.2.7	**Características del estativo:**													
3.2.7.1	Columna-estativo rodable o fijo:													
3.2.7.2	**Primer brazo, brazo de soporte o brazo móvil:**													
3.2.7.2.1	Longitud según tecnología del fabricante													
3.2.7.2.2	Ángulo de giro de al menos 270° o ±135°.													
3.2.7.3	**Segundo brazo, brazo basculante o brazo auto compensado o brazo elevador o conforme a la tecnología del fabricante:**													
3.2.7.3.1	Longitud según tecnología del fabricante													
3.2.7.3.2	Ángulo de giro de al menos 270° o ±135°.													
3.2.7.4	Sistema auto compensado o según tecnología del fabricante.													
3.2.7.5	Sistema de frenos de fricción o manuales. O según tecnología del fabricante													

3.2.7.6	Carrera vertical de al menos 640 mm o ±320 mm o Carrera: +360 mm / -360 mm o conforme a la tecnología del fabricante.													
3.2.7.7	**Sistema XY motorizado con pre-centrado automático:**													
3.2.7.7.1	De al menos 40 mm en X.													
3.2.7.7.2	De al menos 40 mm en Y.													
3.2.7.7.3	Soporte o gancho para pedal.													
3.2.8	**Características de la base:**													
3.2.8.1	Base con al menos 4 ruedas.													
3.2.8.2	Sistemas de frenos en al menos 2 ruedas.													
3.2.9	**Características del microscopio o cabezal, Características de la óptica:**													
3.2.9.1	Apocromática de gran campo.													
3.2.9.2	Sistema de aumento motorizado con relación de 1:6 o mayor. O con aumentos desde 4.2 hasta 21X.													
3.2.9.3	Controlable desde el pedal.													
3.2.9.4	Continuo.													
3.2.9.5	Con velocidad ajustable.													
3.2.9.6	Sistema de área de enfoque fino motorizado de 45 mm o mayor. Con botón de reinicio.													
3.2.10	**Características del tubo binocular:**													
3.2.10.1	Tubo binocular oblicuo de 45° con una inclinación variable de al menos 45° a 90 ° o según tecnología del fabricante.													
3.2.10.2	Con ajuste de la distancia interpupilar.													
3.2.10.3	Oculares de 10 X o mayor.													
3.2.10.4	Con compensación de ametropías de ± 5 dioptrías o mayor.													
3.2.10.5	Concha ocular integrada ajustable.													
3.2.10.6	Objetivo con distancia de trabajo de 175 mm o mayor.													
3.2.11	**Características de la co-observación:**													
3.2.11.1	Características del tubo binocular:													
3.2.11.2	Tubo inclinable (ó con angulación de 45°).													
3.2.11.3	Con ajuste de la distancia interpupilar.													
3.2.11.4	Oculares con la misma magnificación a los configurados en el tubo binocular principal.													
3.2.11.5	Con compensación de ametropías de ± 5 dioptrías o mayor.													
3.2.11.6	Divisor óptico de haces 50:50 o Divisor de rayos.													
3.2.11.7	Concha ocular integrada ajustable.													
3.2.12	**Basculación o inclinación del microscopio:**													
3.2.12.1	De -50° o menor.													
3.2.12.2	De +15° o mayor.													
3.2.13	**Características del sistema de iluminación:**													
3.2.13.1	Luz LED o combinadas con Xenón o Halógeno de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
3.2.13.2	Sistema para la obtención del reflejo rojo con intensidad regulable.													

3.2.13.3	Filtro contra radiación UV.													
3.2.13.4	Filtro para protección de retina.													
3.2.13.5	Fuente de luz de repuesto en caso de que la fuente de luz principal falle.													
3.2.14	**Sistema de iluminación coaxial directa o por medio de fibra óptica (luz fría).**													
3.2.14.1	Sistema de cambio rápido para la luz de repuesto. (Para Xenón o Halógeno)													
3.2.15	**Accesorios incluidos:**													
3.2.15.1	Cable de respaldo del pedal inalámbrico incluido (opcional).													
3.2.15.2	Respaldo de energía (UPS) de al menos 30 minutos.													
3.2.15.3	Al menos 3 juegos de capuchones re-esterilizables incluidos.													
3.2.15.5	Lámpara de repuesto.													
3.2.15.6	**Sistema de videograbación o almacenamiento USB o CD o DVD o disco duro compatible con el equipo ofertado (opcional).**													
3.3	**Equipo de Facovitrectomía. Equipo de Facovitrectomía. Equipo para extracción de catarata por facofragmentación así como para extraer el humor vítreo del segmento anterior y posterior del globo ocular con fines de tratamiento con técnica invasiva**													
3.3.1	**Pieza de mano para Sistema de ultrasonido.**													
3.3.2	Para facoemulsificación:													
3.3.2.1	Tipo piezoeléctrico o piezas de mano de potencia de ultrasonido (U/S) ó con transductores según tecnología del fabricante.													
3.3.2.2	Titanio.													
3.3.2.3	Esterilizable.													
3.3.3	**Con sistema de enfriamiento para la pieza de mano y punta.**													
3.3.4	**Sistema de ultrasonido:**													
3.3.4.1	Frecuencia en el rango de 28 a 45 KHz													
3.3.4.2	Modo de pulso.													
3.3.5	**Modos de operación:**													
3.3.5.1	Pulsado.													
3.3.5.2	Lineal.													
3.3.6	**Oscilación. (opcional)**													
3.3.6.1	Modo Burst o incremento.													
3.3.7	**Sistema de irrigación y aspiración:**													
3.3.7.1	Pieza de mano irrigación aspiración de punta intercambiable con manga o camisa de silicón:													
3.3.7.1.1	Diámetro de puerto de aspiración 0.2-0.5 mm.													
3.3.7.1.2	Punta con puerto curva de I/A.													
3.3.7.1.3	Punta con puerto a 90° de I/A o Punta de I/A con ángulo de 45°.													
3.3.8	**Bomba de aspiración o vacío:**													

3.3.8.1	Tipo Venturi o Tipo Venturi y Peristáltica o desplazamiento de flujo según tecnología del fabricante													
3.3.9	**Aspiración:**													
3.3.9.1	Lineal.													
3.3.9.2	Fijo.													
3.3.10.1	**Irrigación:**													
3.3.10.1.1	Gravedad.													
3.3.10.1.2	Poste de infusión controlado por pedal.													
3.3.10.1.3	Despliegue visual y/o auditivo de bajo flujo o baja presión.													
3.3.10.1.4	Máximo vacío entre 500 y 700 mmHg.													
3.3.10.1.5	Método de reflujo asistido.													
3.3.11	**Vitrectomía anterior.**													
3.3.11.1	**Ocutomo o vitrector anterior tipo guillotina.**													
3.3.11.1.1	Velocidad de corte variable programable por el operador.													
3.3.12	**Vitrectomía:**													
3.3.12.1	**Programación de velocidad de corte controlado por el operador:**													
3.3.12.1.1	Lineal.													
3.3.12.1.2	Fija.													
3.3.13	**Pieza de mano posterior u ocutomo posterior o Sonda de vitrectomía o Vitrectomo neumático de alta velocidad**													
3.3.13.1	Tipo guillotina según tecnología del fabricante, velocidad de corte desde 5000 a 8000 CPM.													
3.3.14	**Pieza de mano anterior u Ocutomo anterior:**													
3.3.14.1	Tipo guillotina, según tecnología del fabricante.													
3.3.14.2	Endoiluminación por fibra óptica xenón o LED													
3.3.14.3	Coagulación bipolar o diatermia intraocular.													
3.3.15.	**Pinzas bipolares:**													
3.3.15.1	Recta.													
3.3.15.2	Angulada ó curvada.													
3.3.16	**Control programable de fluidos viscosos o silicón.**													
3.3.17	**Pedal:**													
3.3.17.1	Control de las funciones mínimas de irrigación, aspiración, vitrectomía y diatermia.													
3.3.17.2	Con protección contra agua.													
3.3.18	**Alarmas audibles y visibles de error o falla durante la operación.**													
3.3.19	**Pieza de mano o fragmentador para segmento posterior.**													
3.3.20	**Accesorios:**													
3.3.20.1	Soporte rodable con poste de infusión.													
3.3.20.2	Estuche para guarda y esterilización.													
3.4	**Microscopio para oftalmocirugía de alta especialidad. Equipo rodable no invasivo de precisión en microscopía oftalmológica, empleado como auxiliar en el tratamiento**													

	quirúrgico.													
3.4.1	**Equipo con visión: estereoscópica, binocular o tridimensional.**													
3.4.2	Estativo fijo o rodable como parte del sistema.													
3.4.3	**Características de la pantalla de control:**													
3.4.3.1	Táctil. *Opcional según tecnología del fabricante.*													
3.4.3.2	Integrada en el estativo.													
3.4.3.3	Con un tamaño de 5 pulgadas o mayor.													
3.4.4	Sistema modular que permita adaptar accesorios necesarios o deseados.													
3.4.5	Capacidad para programación de al menos 10 usuarios como mínimo. (opcional)													
3.4.6	Pedal impermeable inalámbrico de control (de al menos 14 funciones programables por usuario) con cable de respaldo.													
3.4.7	Respaldo de energía eléctrica (UPS) de al menos 30 minutos en caso de corte de suministro eléctrico.													
3.4.8	**Características del estativo:**													
3.4.8.1	Columna-estativo rodable o fijo.													
3.4.8.1.1	Primer brazo, brazo de soporte o brazo móvil.													
3.4.8.1.2	Longitud *según tecnología del fabricante*													
3.4.8.1.3	Ángulo de giro de al menos 270° o ±135°.													
3.4.8.2	Segundo brazo, brazo basculante o brazo auto compensado:													
3.4.8.2.1	Longitud *según tecnología del fabricante*													
3.4.8.2.2	Ángulo de giro de al menos 270° o ±135°.													
3.4.8.2.3	Sistema auto compensado. O según tecnología del fabricante.													
3.4.8.2.4	Sistema de frenos electromagnéticos.													
3.4.8.2.5	Carrera vertical de al menos 600 mm o ±360 mm.													
3.4.9	**Sistema XY motorizado con pre-centrado automático:**													
3.4.9.1	De al menos 50 mm o más en X.													
3.4.9.2	De al menos 50 mm o más en Y.													
3.4.9.3	Soporte o gancho para pedal.													
3.4.10	**Características de la base:**													
3.4.10.1	Base con al menos 4 ruedas.													
3.4.10.2	Sistemas de frenos en al menos 2 ruedas.													
3.4.11	**Características del microscopio o cabezal, Características de la óptica:**													
3.4.11.1	Apocromática de gran campo.													
3.4.11.2	Sistema de aumento motorizado con relación de 1:6 o mayor. *O con aumentos desde 4.2 hasta 21x*													
3.4.11.3	Controlable desde el pedal.													
3.4.11.4	Continuo.													
3.4.11.5	Con velocidad ajustable.													
3.4.11.6	Sistema de área de enfoque fino motorizado de 50 mm o mayor. Con botón de reinicio													

3.4.12	**Características del tubo binocular:**													
3.4.12.1	Tubo binocular oblicuo 45° con una inclinación variable de al menos 45° a 90 ° o de acuerdo a tecnología del fabricante o de acuerdo a tecnología del fabricante.													
3.4.12.2	Con ajuste de la distancia interpupilar.													
3.4.12.3	Oculares de 10 X o mayor.													
3.4.12.4	Con compensación de ametropías de ± 5 dioptrías o mayor.													
3.4.12.5	Concha ocular integrada ajustable.													
3.4.12.6	Objetivo con distancia de trabajo de 175 mm o mayor.													
3.4.13	**Características del asistente integrado:**													
3.4.13.1	Características del tubo binocular:													
3.4.13.2	Tubo binocular oblicuo 45° con una inclinación variable de al menos 45° a 90 ° o de acuerdo a tecnología del fabricante.													
3.4.13.3	Con ajuste de la distancia interpupilar.													
3.4.13.4	Oculares con la misma magnificación a los configurados en el tubo binocular principal.													
3.4.13.5	Con compensación de ametropías de ± 5 dioptrías o mayor.													
3.4.13.6	Concha ocular integrada ajustable.													
3.4.13.7	Dispositivo de enfoque independiente.													
3.4.13.8	Sistema de aumento dependiente o independiente.													
3.4.14	**Basculación o sistema de balanceo de brazo:**													
3.4.14.1	De -20° o menor.													
3.4.14.2	De +15° o mayor.													
3.4.14.3	Filtro para protección de retina *(de acuerdo a tecnología del fabricante)*													
3.4.15	**Características del sistema de iluminación:**													
3.4.15.1	Luz LED Xenón; HALOGENO o combinadas.													
3.4.15.2	Sistema para la obtención del reflejo rojo con intensidad regulable.													
3.4.15.3	Filtro contra radiación UV.													
3.4.15.4	Fuente de luz de repuesto en caso de que la fuente de luz principal falle.													
3.4.16	**Sistema de iluminación coaxial directa o por medio de fibra óptica (luz fría).**													
3.4.16.1	Con regulación de la intensidad luminosa en forma continua.													
3.4.16.2	Sistema de cambio rápido para la luz de repuesto.													
3.4.17	**Cable de respaldo del pedal inalámbrico incluido (opcional)**													
3.4.18	Respaldo de energía (UPS) de al menos 30 minutos.													
3.4.19	Al menos 3 juegos de capuchones re-esterilizables incluidos.													
3.4.20	Lámpara de repuesto. *Compatible con el equipo*													

	ofertado.													
3.4.21	Set de baterías recargables para el pedal inalámbrico. (opcional)													
3.4.23	**Accesorios para cirugía de retina:**													
3.4.23.1	Invertidores de imagen *según tecnología del fabricante.*													
3.4.23.2	Sistema de lentes aéreo con lentes en el rango de 60D a 90D y 120D a 132D.													
3.4.24	**Sistema de videograbación o almacenamiento USB o CD o DVD o disco duro compatible con el equipo ofertado (opcional)**													
3.5	**531.430.0061 Fotocoagulador integral para Retina, estado sólido.**													
3.5.1	Equipo oftalmológico de láser endofotocoagulador.													
3.5.2	Medio activo: diodo láser de estado sólido de frecuencia doblada.													
3.5.3	Láser con una longitud de onda continua del haz de tratamiento en el rango de *514 a* 532 nm.													
3.5.4	Láser aplicado a través de endosonda.													
3.5.5	Luz guía o haz de puntería de 635 nm. *o mayor.*													
3.5.6	Potencia máxima en la córnea de 1.5 W o 2 W.													
3.5.7	Duración del pulso, seleccionable en forma continua de 10 ms (milisegundos) a 2000 ms o mayor.													
3.5.8	Intervalo entre pulsos de 100 ms o menor a 800 ms o mayor.													
3.5.9	Panel de control con pantalla para el despliegue y ajuste de los siguientes parámetros: potencia, intervalo entre pulsos, duración, activación del láser y contador de disparos.													
3.5.10	Disparo del láser activado por pedal.													
3.5.11	Sistema de enfriamiento termoeléctrico o de aire *según tecnología del fabricante.*													
3.5.12	**Sistema de seguridad del equipo:**													
3.5.12.1	Botón de bloqueo activado por el usuario, en caso de situaciones de emergencia.													
3.5.12.2	Sistema de bloqueo del disparo del láser en caso de que algún parámetro se encuentre fuera del rango establecido.													
3.5.13	**Accesorios:**													
3.5.13.1	Dos googles de protección.													
3.5.13.2	Filtro fijo protector para el cirujano adaptable al microscopio.													
3.5.13.3	Regulador de voltaje.													
3.6	**531.660.0095 Oftalmoscopio Binocular indirecto. Inalámbrico**													
3.6.1	**Sistema de óptica sellado:**													
3.6.1.1	Cabezal ajustable en perímetro y altura.													
3.6.1.2	Ajuste de distancia interpupilar.													

3.6.1.3	Filtro azul cobalto para angioscopía fluorescente.													
3.6.1.4	Filtro UV.													
3.6.1.5	Filtro verde aneritra.													
3.6.2	**Lente anesférico de cristal de + 20 Dioptrías.**													
3.6.2.1	+2D lupa *de +20D.*													
3.6.3	**Lámpara de halógeno de 6v /10w. o LED.**													
3.6.3.1	Ajuste de haz de luz.													
3.6.3.2	Dispositivo de espejo de enseñanza.													
3.6.3.3	Control de intensidad de luz.													
3.6.3.4	Estuche para guarda.													
3.6.4	**Accesorios:**													
3.6.4.1	Espejo de enseñanza.													
3.6.4.2	Depresor escleral.													
3.6.4.3	Maletín de guarda y transporte.													
3.6.4.4	unidad de carga o Transformador de mesa de conexión a 120v/60hz.													
3.6.5	**Consumibles:**													
3.6.5.1	Tarjetas para diagnóstico de fondo.													
3.6.5.2	Focos de halógeno 6v/10w o LED													
3.6.5.3	Batería de repuesto													
3.7	**531.325.0069 Unidad para ultrasonografía oftalmológica. Equipo auxiliar en el diagnóstico de retinopatías en pacientes diabéticos, lesiones o tumores oculares.**													
3.7.1	**Ultrasonido ocular con pantalla interconstruida blanco y negro, 64 niveles de gris o mayor y teclado alfanumérico o características superiores de acuerdo a tecnología del fabricante:**													
3.7.2	**Con modos de operación A, B.**													
3.7.2.1	Modo A para cálculos de:													
3.7.2.2	Longitud axial.													
3.7.2.3	Longitud del vítreo.													
3.7.2.4	Profundidad de cámara anterior.													
3.7.2.5	Espesor de lentes.													
3.7.2.6	Función para cálculo de lentes intraoculares de acuerdo a:													
3.7.2.7	SRK II ó regresión II, Haigis Hofer Q,													
3.7.2.8	SRK/T ó regresión-T, Holladay como mínimo.													
3.7.2.9	Herramientas de medición (medición de distancia y área, según tecnología de cada fabricante).													
3.7.3	**Ángulo de escaneo de 0° a 60° o mayor.**													
3.7.4	Frecuencia de rastreo 10 MHz. Para Modo A.													
3.7.5	Intervalo medible de 15 mm o menor, 39 mm o mayor o mediciones de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
3.7.6	Ganancia variable.													
3.7.7	Transductor y sonda con frecuencia de 10 MHz o mayor con ángulo de rastreo en modo B.													

3.7.8	Porta transductores.													
3.7.9	**Accesorios:**													
3.7.9.1	Software, sistema operativo y manejador de base de datos en español (según tecnología de cada fabricante, que garantice el almacenamiento de la información).													
3.7.9.2	Software para cálculo de lente intraocular con las fórmulas antes descritas.													
3.7.9.3	Unidad grabadora CD y DVD +-RW *o puertos USB.*													
3.7.9.4	Pantalla LCD *ó según tecnología del fabricante* de 10" o mayor.													
3.7.9.5	Teclado en español y mouse o tecnología superior (touch).													
3.7.9.6	Unidad de energía ininterrumpida (UPS) con respaldo de 15 minutos como mínimo.													
3.7.9.7	Carro de transporte con sistema de fijación de equipo, ruedas con freno y espacio para todos los componentes o Base con Soporte posterior.													
3.7.9.8	Impresora de inyección de tinta blanco y negro *o térmica con consumibles o Láser (B/N).*													
3.7.9.9	Calidad fotográfica.													
3.7.9.10	Copa de inmersión para Biometría.													
3.7.9.11	**Accesorios Especiales (aplica únicamente para UMAE)**													
3.7.9.11.1	Modo UBM para detección de lesiones en:													
3.7.9.11.2	Cámara anterior y retina periférica.													
3.7.9.11.3	Frecuencia de 35Mhz *(opcional)* y 50 MHz.													
3.7.9.11.4	Transductor y sonda con frecuencia de 35 *(opcional)* y 50 MHz.													
3.7.9.11.5	Estación de trabajo de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
3.8	**531.385.1080 Esterilizador de vapor. Equipo semiportátil para esterilizar por medio de vapor autogenerado, instrumental y material empleado durante la atención, oftalmológica.**													
3.8.1	Controlado por microprocesador.													
3.8.2	Tipo gabinete o sobremesa.													
3.8.3	Cámara de esterilización con charola o casete.													
3.8.4	Con depósito de agua autónomo.													
3.8.5	Salida automática de vapor a botella de condensación o salida de agua residual.													
3.8.6	Equipo con depósito de agua integrado con sistema de recuperación de condensaciones y válvulas de desagüe.													
3.8.7	Despliegue digital de presión, temperatura, tiempo de esterilización y progreso de ciclo.													
3.8.8	Selección de programas por medio de teclado *o pantalla táctil (opcional)*													
3.8.9	Control automático de todo el proceso de esterilización, indicando el proceso de													

	esterilización y fin de ciclo.													
3.8.10	Sistema de seguridad.													
3.8.11	**Accesorios:**													
3.8.11.1	Charola en acero inoxidable o casete.													
3.9	**531.772.0265 Refractor y Queratómetro Automático: aparato que realiza autorefracción y queratometría en diferente tipo de pacientes (aún con catarata o lente intraocular)**													
3.9.1	**Panel de control:**													
3.9.1.1	Panelk de control con posición a 90 o 180°													
3.9.2	**Con alineamiento automático o inicio automático**													
3.9.2.1	Con rango de esfera de -17D a+20D en pasos de 0.12 dioptrías a 0.25 dioptrías													
3.9.2.2	Rango de cilindro de -7 D a + 7 D con pasos de 0.12 dioptrías a 0.25 dioptrías													
3.9.2.3	Rango del eje de 0 a 180° en pasos de 1°													
3.9.2.4	Líneas de Agudeza de 20/15 a 20/400 o Marcas de alineación.													
3.9.2.5	Distancia al Vértice Distancia al Vértice de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
3.9.3	**Rangos de Queratometria**													
3.9.3.1	De 30.00 o 33.00 dioptrías a 67.50 dioptrías con pasos de 0.12 a 0.25 dioptrías.													
3.9.3.2	Eje de 0 o 1 a 180° en pasos de 1°													
3.9.4	**Pantalla:**													
3.9.4.1	De 5" o mayor													
3.9.4.2	CRT, interface, RS-232C, Video ó salidas USB													
3.9.5	Eléctrico de 90-264 VAC o 100-240 VAC, 50-60 Hz o de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
3.9.7	Impresión de refracción, objetiva, subjetiva, visión cercana, agudeza visual, bajo contraste, queratometria, distancia al Vértice y distancia interpupilar													
3.9.8	Mesa de altura eléctrica													
3.10	**531.247.0023 Equipo de Criocirugia Oftalmológica: equipo portátil utilizado como tratamiento a través de congelación de tejidos en cirugia oftálmica.**													
3.10.1	Con despliegue digital de temperatura													
3.10.2	Con despliegue digital de tiempo de congelación													
3.10.3	Con interruptor de pie (a prueba de explosiones													
3.10.4	Con sistema de congelación													
3.10.5	Congelación rápida o instantánea													
3.10.6	**Accesorios:**													
3.10.6.1	Los necesarios para realizar el procedimiento													
4.1	**531.316.0102 Equipo de cápsula endoscópica para visualización del tracto digestivo. Capaz de interactuar con cápsulas de esófago, intestino delgado y/o de colon, que, dentro**													

	de las características más relevantes, incluya: *Equipo Itinerante													
4.1.1	Sistema de cápsula endoscópica en diagnósticos del esófago, intestino delgado y/o colon, toma de imágenes del tracto gastrointestinal y transmite los datos de imagen (segun tecnología del fabricante). Consta de: cápsula endoscópica, unidad de grabación, el visor a tiempo real y la estación de trabajo.													
4.1.2	Capaz de trabajar con sistema de 8 sensores o antenas y sensor de cinturón para la recepción de imágenes.													
4.1.3	Con pantalla para visualización del sistema de alertas y para visualización del procedimiento en tiempo real.													
4.1.4	Compatible con software de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
4.1.5	Sistema para visualización del esófago, intestino delgado y/o colon o cápsula que visualice la totalidad del tubo digestivo.													
4.1.6	Estación de trabajo con monitor a color, teclado y mouse.													
4.1.7	Cápsulas endoscópicas compatibles con el equipo ofertado.													
5.1	**537.336.0212 Grabador de pH con impedancia esofágico 24 Hrs. Equipo de medición de pH-metería con impedancia ambulatoria de 24 Hrs. para esófago que dentro de las características mas relevantes incluya:**													
5.1.1	Equipo para realizar pruebas de reflujo ambulatorias de 24 horas y medir niveles de pH intraesofágico e intragástrico.													
5.1.2	Con funciones de marcación de eventos y síntomas.													
5.1.3	Con grabador o registrador de datos.													
5.1.4	**Software**													
5.1.4.1	Software que pueda analizar estudios de pH alámbrico y que permita personalizar los informes.													
5.1.4.2	Software de pH que permite informar puntuaciones de adulto (De Meester & Johnson) e infantiles (Boix Ochoa), además de gráficas percentiles normales, correlación de síntomas de reflujo, índice de síntomas y probabilidad de asociación de síntomas. o *Software de pH según tecnología del fabricante.*													
5.1.4.3	Grafica de percentiles Normales o Visualización por trazado lineal de la impedancia y medición de pH.													
5.1.4.4	Correlación de Síntomas de reflujo													
5.1.4.5	Índice de síntomas y probabilidad de asociación													

	de síntomas													
5.1.4.6	Protocolo que permita configuración de acuerdo a las necesidades de cada paciente													
5.1.4.7	Software de interpretación, PC o laptop con impresora a color.													
5.1.5	**Incluye sensor o catéter de antimonio para Phmetría esofágica, de acuerdo a tecnología de la fabricante ofertada con soluciones búfer y catéteres convencionales de uno o dos sensores con medición de impedancia**													
5.1.6	**Consumibles:**													
5.1.6.1	Papel fotográfico para impresión de reportes.													
5.2	**531.606.0275 Manómetro esofágico/ano-rectal de alta resolución *Equipo itinerante. Equipo para medir la motilidad del tracto digestivo alto (esófago) y bajo (recto) a través de un catéter de estado sólido de 32 sensores para esófago y otro catéter de 8 sensores para anorrecto. Contiene los siguientes elementos y características:**													
5.2.1	**Módulo de control o equivalente.**													
5.2.1.1	Con capacidad de medir 32 puntos de presión mínimo para esófago y 8 para anorrecto según tecnología del fabricante.													
5.2.2	**Software:**													
5.2.2.1	Capaz de crear protocolos de acuerdo a las necesidades individuales del usuario para cada procedimiento.													
5.2.3	**Esófago:**													
5.2.3.1	Análisis de la velocidad de contracción del esófago en cada trago.													
5.2.3.2	Análisis de la integral contráctil distal. (DCI).													
5.2.3.3	Análisis de la presión del bolo (IBP).													
5.2.3.4	Capacidad de detectar el punto de inversión respiratoria en forma gráfica. (IRP).													
5.2.4	**Anorrecto:**													
5.2.4.1	Análisis del reflejo recto anal inhibitorio o Catéter Ano-rectal Adulto.													
5.2.4.2	Análisis de umbral sensorial, contracciones y reposoo revisión de un estudio en forma remota													
5.2.4.3	Con función de bioretroalimentación.													
5.2.5	**Computadora:**													
5.2.5.1	Sistema Operativo Windows Xp o superior.													
5.2.5.2	Unidad lectora y escritora de CD/DVD.													
5.2.5.3	Puertos USB.													
5.2.5.4	Tarjeta de RED o conector de red o wifi (según tecnología de cada fabricante)													
5.2.5.5	Modem integrado. (según tegnología de cada fabricante)													
5.2.5.6	Teclado y mouse.													
5.2.6	Monitor													

5.2.7	Impresora a color de inyección de tinta o laser.													
5.2.8	**Accesorios:**													
5.2.8.1	Fundas de plástico para el catéter (esofágico y anorectal)													
5.2.8.2	Set de calibración para catéter o Marcadores de posición y longitud de esfínteres.													
5.2.8.3	Carro transportador													
5.2.9	**Consumibles:**													
5.2.9.1	Papel fotográfico para impresión de reportes.													
GRUPO ETARIO PEDIATRIA														
1.1	**531.564.0267 Torre de Visualización que incluye: Carro transportador, monitor, endocámara, procesador de video/Unidad de control de cámara, guía de luz o cable de fibra óptica, fuente de luz, insuflador de CO2, sistema de grabación digital, sistema de irrigación/ succión automática, capnógrafo con oximetro.**													
1.1.1	**Carro porta equipo.**													
1.1.2	**Monitor de video para aplicaciones médicas, compatible con endocámara.**													
1.1.2.1	Con alta definición (HD)													
1.1.2.2	De al menos 1920 X 1080 pixeles o mayor según tecnología del fabricante.													
1.1.2.3	Con opción de entradas de video digitales y análogas.													
1.1.2.4	Con pantalla LCD ó según tecnología del fabricante de mayor o igual a 23".													
1.1.3	**Endocámara o cabezal de cámara:**													
1.1.3.1	De 3 chips digitales o tecnología superior según fabricante.													
1.1.3.2	Resolución mínima para HD de al menos 1920 x 1080 con aspecto 16:9.													
1.1.3.3	Con control de balance de blancos.													
1.1.3.4	Con control continuo de brillo o ganancia.													
1.1.3.7	Zoom óptico con anillo o digital con botón													
1.1.4	**Procesador de video/Unidad de control de cámara:**													
1.1.4.1	Control automático de brillo o autoiluminación													
1.1.4.2	Balance de blancos.													
1.1.4.3	Con al menos una salida de video digital y una salida análoga.													
1.1.5	**Guía de luz o cable de fibra óptica en el rango de 3.0 a 6.5 mm de diámetro del haz de luz.**													
1.1.6	**Fuente de luz: Lámpara de xenón de 300 Watts o de tecnología de LED diseñada para laparoscopia.**													
1.1.6.1	Regulación automática o manual de la intensidad de la luz.													
1.1.6.2	Lámpara de respaldo, de xenón, Halógeno o													

	LED. O Fuente alterna de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
1.1.6.3	Con vida media de 500 horas mínimo solo para el caso de Xenón.													
1.1.6.4	Para el caso de Xenón: Con indicador o controlador de horas de uso o según tecnología del fabricante.													
1.1.6.5	Con entrada compatible con guía de luz ofertada.													
1.1.7	**Insuflador de CO2:**													
1.1.7.1	30 a 45 lpm de alto flujo.													
1.1.7.2	Presión intra-abdominal.													
1.1.7.3	Flujo de insuflación y volumen.													
1.1.7.4	Con manguera de alta presión con conector PIN o roscable.													
1.1.7.5	Con indicador en panel de: volumen, presión y consumo.													
1.1.7.6	**Características de seguridad:**													
1.1.7.6.1	Protección de sobre presión.													
1.1.7.6.2	Sistema de alarmas audibles y visuales para tanque vacío y sobrepresión en la cavidad abdominal.													
1.1.7.6.3	Niveles de flujo preconfigurados para alto y bajo.													
1.1.8	**Sistema de videograbación o almacenamiento en: USB o CD o DVD o disco duro según tecnología del fabricante**													
1.1.9	**Equipo de irrigación automático y/o equipo de aspiración automático:**													
1.1.9.1	Con sistema de rodillos, (o según tecnología del fabricante)													
1.1.10	**Capnógrafo con oximetro:**													
1.1.10.1	Equipo portátil, para la medición y registro continuo de CO2 espirado, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca o frecuencia de pulso. Para aplicación en pacientes: adulto, pediátrico y/o neonatal.													
1.1.10.2	Con capacidad de monitorizar en baja perfusión y en movimiento. O función equivalente según tecnología de cada fabricante.													
1.1.10.3	Pantalla: LCD o LED o tecnología superior.													
1.1.10.4	Teclado de membrana o sensible al tacto con simbología internacional o en español.													
1.1.10.5	**Despliegue digital de:**													
1.1.10.6	Concentración de CO2 en el rango de 0 a 70 mmHg como mínimo.													
1.1.10.7	Frecuencia respiratoria.													
1.1.10.8	SpO2 en el rango de 0 a 99 o mayor.													
1.1.10.9	Frecuencia de pulso en el rango de 30 o menor a 200 o mayor.													
1.1.10.10	Alarmas y/o mensajes de error.													
1.1.10.11	Tendencias de CO2 y de SpO2.													

1.1.10.12	Gráfica de capnografía y pletismografía.													
1.1.10.13	Muestreo de la señal CO2 de 50 ml/min como mínimo o velocidad de flujo del capnógrafo de 120 +/- 20ml por minuto.													
1.1.10.14	Tiempo de registro de la medición de CO2 de 30 seg. o menor.													
1.1.10.15	Precisión de la señal SpO2 de 70 a 100 ± 2%.													
1.1.10.16	**Alarmas:**													
1.1.10.16.1	Visibles y audibles: Alta/Baja de CO2, SpO2, frecuencia respiratoria o apnea (o respiración menor a límite inferior), frecuencia de pulso o frecuencia cardiaca, batería Baja, para cada sensor SpO2 y/o CO2 desconectado o en mal estado y/o mensajes de error.													
1.1.10.16.2	Silenciadas temporalmente.													
1.1.10.16.3	Autoprogramadas y/o seleccionables por el usuario.													
1.1.10.16.4	Oclusión de la línea de CO2.													
1.1.10.17	**Sensor SpO2 para paciente adulto/pediátrico y/o neonatal (opción u opciones a elegir por la institución adquiriente según necesidades del servicio):**													
1.1.10.17.1	De dedo reusable.													
1.1.10.17.2	Multisitio reusable.													
1.1.10.17.3	Cargador interno o externo.													
1.1.10.17.4	Para uso con batería interna recargable.													
1.1.10.17.5	Con almacenamiento de datos o memoria.													
1.1.10.17.6	Salidas analógicas o digitales.													
1.1.10.18	**Consumibles:**													
1.1.10.18.1	Adaptador endotraqueal o de vía aérea tamaño adulto, pediátrico y neonatal, de un sólo uso para uso de sensores de flujo principal.													
1.1.10.18.2	Adaptador endotraqueal o de vía aérea tamaño adulto, pediátrico y neonatal (desechable un solo uso) para uso de sensores de flujo principal o lateral Ó adaptador de línea de ventilación para adultos y niños. Uso para un solo paciente													
1.2	**531.431.0102 Unidad de electrocirugía para endoscopía. Electrocoagulador de alta frecuencia para coagulación y corte de tejido, consta de: Equipo de alta frecuencia para coagulación y corte de tejido, a través del endoscopio. Electrocoagulador para endoscopía, con corte y coagulación regulados automáticamente en base a microprocesador**													
1.2.1	Unidad de electrocirugía controlada por medio de microprocesadores o microcontrolador con dos salidas monopolares y una salida bipolar o según tecnología del fabricante.													
1.2.2	**Salida monopolar:**													
1.2.2.1	Con corte puro con potencia máxima de 300													

	watts.													
1.2.2.2	Con mezcla blend y/o modo con potencia máxima de 200 watts.													
1.2.2.3	Con al menos dos modos de coagulación monopolar con potencia mínima de 120 watts													
1.2.3	**Salida bipolar:**													
1.2.3.1	Con coagulación con potencia de salida mínima de 70 watts.													
1.2.3.2	Con control independiente para selección de potencia en modo bipolar o Limitación de potencia para coagulación bipolar.													
1.2.4	**Monitorización de la calidad del contacto del electrodo de retorno o Control de los electrodos neutros de acuerdo a la tecnología del fabricante**													
1.2.4.1	Alarma visual y audible que se activa cuando existe un falso contacto del electrodo de retorno con el paciente o que no esté conectado al generador.													
1.2.4.2	Interrupción de la corriente de salida si se detecta una condición de falla.													
1.2.5	**Frecuencia de salida:**													
1.2.5.1	Frecuencia mayor o igual a 300 KHz.													
1.2.6	**Activación de la unidad:**													
1.2.6.1	Por medio del instrumento y/o pedal en salida monopolar.													
1.2.6.2	Por medio del instrumento y/o pedal en salida bipolar.													
1.2.7	**Indicadores digitales de la potencia de salida mono y bipolar.**													
1.2.8	Ajuste por medio de teclado táctil, indicador de función acústico y visual con alarmas.													
1.2.10	**Accesorios:**													
1.2.10.1	Carro para transporte del equipo.													
1.2.10.2	Cable y Pedal monopolar, de acuerdo a tecnología del fabricante con las dos funciones (corte y coagulación).													
1.2.10.3	Pedal bipolar conforme a la tecnología del fabricante.													
1.3	**531.355.0013 Bisturí ultrasónico. Equipo quirúrgico de ultrasonido, para corte y coagulación, que dentro de las características más relevantes incluya:**													
1.3.1	Generador ultrasónico y o dispositivo portátil.													
1.3.2	Utiliza energía ultrasónica.													
1.3.3	En el rango entre 23 hasta 55.5 Kilo Hertz													
1.3.4	Vibración al accionar función (opcional, según tecnología)													
1.3.5	**Accesorios:**													
1.3.5.1	Pinza Laparoscópica para bisturí ultrasónico reusable según tecnología o Disector													

	Ultrasónico Inalámbrico según tecnología del fabricante. (se debe considerar como bien de consumo en caso de ser desechable)													
1.3.5.2	Pieza de mano y/o sistema ultrasónico según tecnología del fabricante.													
1.3.5.3	Cable para conexión de la pieza de mano y/o sistema inalámbrico													
1.3.5.4	Control de instrumento de mano y/o Pie.													
1.5	**531.584.0198 Litotriptor neumático. Equipo para fragmentar cálculos localizados en vías urinarias mediante la generación de ondas de choque balística o neumática.**													
1.5.1	**Onda de choque neumática:**													
1.5.2	Frecuencia de operación mínima de 2 Hz o equivalente de acuerdo a tecnología del fabricante.													
1.5.3	Presión de trabajo de 2 Bar, de onda ultrasónica conforme a la tecnología del fabricante.													
1.5.4	Presión de suministro de 8 Bar, para el caso de requerirse un compresor.													
1.5.5	Selector de pulsos individuales o continuos o funcionamiento de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
1.5.6	Ondas producidas por energía neumática, electrocinética o ultrasónica													
1.5.7	Varilla de litotriptor de 0.8mm, o 0.9 mm o de medida de acuerdo a tecnología del fabricante.													
1.5.8	**Accesorios:**													
1.5.8.1	Interruptor de pedal o en la pieza de mano.													
1.5.8.2	Carro porta equipo o Carro litotriptor.													
1.5.8.3	Piezas de mano, o transductor de control de acuerdo a tecnología del fabricante.													
1.5.8.4	Cables de conexión.													
1.5.8.5	Tapas para esterilización.													
1.5.8.6	Adaptador para endoscopio (opcional)													
1.5.8.7	Compresor de aire en caso de ser neumático.													
1.7	**537.277.0015 Microdebridador eléctrico para oído y nariz.**													
1.7.1	Sistema rasurador con bomba de irrigación.													
1.7.1.1	Con pieza de mano.													
1.7.1.2	Para puntas desechables, Con diferentes funciones, diámetros y curvaturas, que permitan aspirar y remover diferentes tejidos.													
1.7.1.3	De alta velocidad en el rango 3,000 a 60,000 rpm.													
1.7.1.4	Que conste de consola para control de las revoluciones, adelante, atrás y oscilatorio.													
1.7.1.5	Con succión e irrigación													
1.7.2	**Accesorios:**													
1.7.2.1	Pedal multifunciones.													
1.7.3	**Mango eléctrico para Fresado de hueso.**													

	(Según tecnología de cada fabricante)													
2.5	**SCCB Torre de alta especialidad para endoscopía pediátrica de tubo digestivo que incluye: Torre de visualización endoscópica que consta de: un videogastroscopio, un videoduodenoscopio, un videogastroscopio neonatal, un videogastroscopio pediátrico, un videocolonoscopio pediátrico y electro coagulador de argón.**													
2.5.1	**Carro porta equipo con:**													
2.5.1.1	Con brazo colgador para los videoendoscopios.													
2.5.2	**Monitor:**													
2.5.2.1	Pantalla LCD ó según tecnología del fabricante de 19" o mayor, a color.													
2.5.2.2	De al menos 1920 X 1080 pixeles o mayor según tecnología del fabricante													
2.5.2.3	Con opción de entradas de video digitales.													
2.5.3	**Procesador digital de video para endoscopia:**													
2.5.3.1	Con zoom electrónico o digital (según tecnología de cada fabricante) de 1.5x o mayor													
2.5.3.2	Con Zoom óptico electrónico u Observación Óptico Digital. (según tecnología de cada fabricante)													
2.5.3.3	Control de brillo manual o automático.													
2.5.3.4	Balance de blancos.													
2.5.3.5	Opción de salida de video que asegure la capacidad de HD.													
2.5.3.6	Capacidad de almacenamiento de imágenes en dispositivo extraíble.													
2.5.3.7	Teclado para introducción de datos del paciente.													
2.5.3.8	Tonalidad de color ajustable.													
2.5.3.9	Con función de cromoendoscopia Digital o Función de Banda Angosta o longitud de onda													
2.5.3.10	Congelamiento de la imagen.													
2.5.3.11	Con teclado para introducción de datos del paciente y para el control de las funciones principales.													
2.5.4	Fuente de luz:													
2.5.4.1	Lámpara Xenón o LED													
2.5.4.2	Intensidad de 300 Watts separada o integrada del procesador (para Xenón)													
2.5.4.3	Función de transiluminación o incremento de la luminosidad.													
2.5.4.4	Control de luz o intensidad manual y/o automático.													
2.5.4.5	Lámpara de emergencia de Xenón o Halógeno de acuerdo a la tecnología de cada fabricante													
2.5.4.6	Bomba de aire con dos niveles de regulación como mínimo.													
2.5.4.7	Protección contra descargas.													
2.5.5	**Sistema de videograbación o**													

	almacenamiento USB o CD o DVD o disco duro.													
2.5.5.1	Computadora y software.													
2.5.5.2	Impresora de calidad fotográfica.													
2.5.6	Backup de energía de al menos 15 minutos de respaldo.													
2.5.7	Probador de impermeabilidad, estanqueidad o fuga.													
2.5.8	Contenedor de líquidos para irrigación.													
2.5.9	**Características de seguridad:**													
2.5.10	**Bomba de irrigación (opcional)**													
2.6	**531.447.0120 Videogastroscopio con las siguientes características: Compatibilidad con el modelo ofertado de fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca y generación.**													
2.6.1	Diámetro exterior del tubo de inserción en el rango de 9 a 13 mm.													
2.6.2	Diámetro del canal de trabajo igual a 2.8 mm o mayor.													
2.6.3	**Angulación en 4 direcciones:**													
2.6.3.1	Al menos 300° de angulación total arriba/abajo.													
2.6.3.2	Al menos 200° de angulación total derecha/izquierda.													
2.6.4	Campo de visión de 120° o mayor													
2.6.5	Con dirección de observación frontal o recto.													
2.6.6	Con profundidad en el campo de observación ≤ a 5 mm a 6mm hasta 100 mm													
2.6.7	**Longitud.**													
2.6.7.1	Longitud de trabajo mayor o igual de 1030 mm.													
2.6.7.2	Marcas a lo largo de la longitud de trabajo.													
2.6.8	Con chips CCD o según tecnología del fabricante.													
2.6.9	Al menos dos botones configurables en el control de mando.													
2.6.10	Con zoom electrónico o digital (según tecnología de cada fabricante) de 1.5x o mayor													
2.6.11	Con Zoom óptico electrónico u Observación Óptico Digital (según tecnología de cada fabricante).													
2.6.12	Con función de cromoendoscopia Digital o Función de Banda Angosta o Longitud de onda (según tecnología de cada fabricante).													
2.6.13	**Debe incluir:**													
2.6.13.1	Boquilla protectora.													
2.6.13.2	Set de limpieza que incluya cepillo largo, cepillo corto, válvulas de irrigación													
2.6.13.3	Set de tapones para canal de trabajo (opcional), set de válvulas de aspiración, con o sin tapón hermético para desinfección de alto nivel.													
2.14	**SCCB Videogastroscopio neonatal.**													

	Compatibilidad con el modelo ofertado de fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca y generación.													
2.14.1	**Campo de visión de 120° o mayor:**													
2.14.1.1	Dirección de observación frontal o recta													
2.14.1.2	Con profundidad en el campo de observación ≤ a 5 mm o 6mm hasta 100 mm													
2.14.1.3	Diámetro externo del tubo de inserción (o sección flexible) de 5.5 a 5.9 mm.													
2.14.2	**Angulaciones en cuatro 4 direcciones:**													
2.14.2.1	Al menos 300° de angulación total arriba/abajo.													
2.14.2.2	Al menos 200° de angulación total derecha/izquierda.													
2.14.2.3	Longitud de trabajo en el rango de 1030 mm. o mayor.													
2.14.2.4	Con canal de trabajo de 2.0 a 2.4 mm. Diámetro													
2.14.2.5	Longitud total en el rango de 1300 mm. o mayor.													
2.14.3	**Debe incluir:**													
2.14.3.1	Boquilla protectora.													
2.14.3.2	Set de limpieza que incluya cepillo largo, cepillo corto, válvulas de irrigación													
2.14.3.3	Set de tapones para canal de trabajo (opcional), set de válvulas de aspiración, tapón hermético para desinfección de alto nivel													
2.15	**SCCB Videogastroscopio pediátrico.**													
2.15.1	**Campo de visión de 140°:**													
2.15.1.1	Dirección de observación frontal o recta													
2.15.1.2	Con profundidad en el campo de observación ≤ a 5 mm o 6 mm hasta 100 mm													
2.15.2	**Angulaciones en cuatro 4 direcciones:**													
2.15.2.1	Al menos 300° de angulación total arriba/abajo.													
2.15.2.2	Al menos 200° de angulación total derecha/izquierda.													
2.15.2.3	Diámetro externo del tubo de inserción en el rango de 5.4 a 9.0 mm.													
2.15.2.4	Canal de trabajo de 2.2 mm. O mayor de diámetro.													
2.152.5	Longitud de trabajo en el rango de 1000 mm. a 1300 mm.													
2.15.2.6	Longitud total en el rango de 1300 mm. o mayor.													
2.15.3	**Compatibilidad con el modelo ofertado de fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca y generación.**													
2.15.4	**Debe incluir:**													
2.15.4.1	Boquilla protectora.													
2.15.4.2	Set de limpieza que incluya cepillo largo, cepillo corto, válvulas de irrigación													
2.15.4.3	Set de tapones para canal de trabajo (opcional), set de válvulas de aspiración, tapón hermético para desinfección de alto nivel													
2.17	**531.217.0243 Videocolonoscopio pediátrico.**													

	Compatible con fuente de luz y procesador de video de la misma marca													
2.17.1	Diámetro exterior del tubo de inserción ≤ 12.8 mm.													
2.17.1.1	Diámetro del canal de trabajo de 3.2 mm a 3.8mm.													
2.17.2	**Angulaciones en 4 direcciones:**													
2.17.2.1	Al menos 360 grados de angulación total arriba/abajo.													
2.17.2.2	Al menos 320 grados de angulación total derecha/izquierda.													
2.17.2.3	Campo de visión de 140° o mayor.													
2.17.2.4	Con dirección de observación frontal.													
2.17.2.5	Con profundidad en el campo de observación ≤ 5 mm a 100 mm.													
2.17.3	**Longitud:**													
2.17.3.1	Longitud de trabajo mayor de 1330 mm.													
2.17.3.2	Marcas a lo largo de la longitud de trabajo.													
2.17.3.3	Con chip CCD a color (ó con chip de memoria interna) con Resolución de 410,000 pixeles o mayor.													
2.17.3.4	Al menos dos botones configurables en el control de mando.													
2.17.4	**Debe incluir:**													
2.17.4.1	Set de limpieza que incluya cepillo largo, cepillo corto, válvulas de irrigación.													
2.17.4.2	Set de tapones para canal de trabajo, set de válvulas de aspiración, tapón hermético para esterilizar.													
2.17.4.3	Comprobador de impermeabilidad													
2.9	**531.328.0165 Unidad de electrocirugía con coagulación de argón. Equipo electrónico para corte y hemostasia de tejidos por medio de alta frecuencia durante el acto quirúrgico, que usa argón para la coagulación del tejido.**													
2.9.2	Unidad de electrocirugía controlada por medio de microprocesadores o microcontrolador con tres a cuatro salidas monopolares y bipolares.													
2.9.3	**Salida monopolar:**													
2.9.3.1	Con corte puro con potencia mínima de 300 watts.													
2.9.3.2	Con mezcla blend y/o modo con potencia mínima de 200 watts.													
2.9.3.3	Con al menos dos modos de coagulación monopolar con potencia mínima de 120 watts, *o tres modos: coagulación suave, forzada y spray.*													
2.9.4	**Salida bipolar:**													
2.9.4.1	Con coagulación con potencia de salida mínima de *70 hasta 120* watts.													
2.9.4.2	Con control independiente para selección de													

	potencia en modo bipolar, según tecnología del fabricante.													
2.9.5	**Monitorización de la calidad del contacto del electrodo de retorno o Control de los electrodos neutros de acuerdo a la tecnología del fabricante**													
2.9.5.1	Alarma visual y audible que se activa cuando existe un falso contacto del electrodo de retorno con el paciente o que no esté conectado al generador.													
2.9.5.2	Interrupción de la corriente de salida si se detecta una condición de falla.													
2.9.6	**Frecuencia de salida:**													
2.9.6.1	Frecuencia mayor o igual a 300 KHz.													
2.9.7	**Activación de la unidad:**													
2.9.7.1	Por medio del instrumento y/o pedal en salida monopolar.													
2.9.7.2	Por medio del instrumento y/o pedal en salida bipolar.													
2.9.8	**Indicadores digitales para modo monopolar y bipolar.**													
2.9.9	**Coagulador de argón o Equipo de Argón.**													
2.9.9.1	Modulo externo o integrado a la unidad principal.													
2.9.9.2	Con regulación o control del flujo de gas argón de acuerdo al instrumento utilizado o tecnología del fabricante.													
2.9.9.3	Con capacidad mínima de conexión de un tanque de argón con purga de la línea.													
2.9.10.4	Con alarma audible o visual de nivel bajo de gas.													
2.9.10	**Tanque contenedor de gas argón de acuerdo al equipo ofertado.**													
2.9.11	Regulador de presión de gas argón de acuerdo al equipo ofertado.													
2.9.12	**Accesorios:**													
2.9.12.1	Carro para transporte del equipo.													
2.9.12.2	Pedal monopolar para corte y coagulación o electrocoagulador.													
2.9.12.3	Sonda para aplicación endoscópica flexible con cable de conexión, según tecnología del fabricante (con 3 modos de salida)													
2.9.12.4	Placa de retorno de paciente con cable de conexión reusable, o desechable (opcional) de acuerdo a edad y complexión del paciente.													
2.11	**SCCB Torre para endoscopia alta especialidad de aparato respiratorio pediátrico, que incluye: torre de visualización endoscópica y tres broncoscopios (con los siguientes diámetros: 2.8 mm, 3.4 a 3.8 y 4.9 mm)**													
2.11.1	**Carro porta equipo con:**													
2.11.1.1	Colgador de endoscopios incorporado o brazo													

	colgador.													
2.11.2	**Monitor:**													
2.11.2.1	Pantalla LCD ó según tecnología del fabricante de 19" o mayor, a color.													
2.11.2.2	De al menos 1920 X 1080 pixeles o mayor según tecnología del fabricante.													
2.11.2.3	Con opción de entradas de video digitales.													
2.11.3	**Procesador de video con:**													
2.11.3.1	Control de brillo manual o automático.													
2.11.3.2	Ajuste de color.													
2.11.3.3	Balance de blancos.													
2.11.3.4	Opción de salida de video que asegure la capacidad de HD.													
2.11.3.5	Congelamiento de la imagen.													
2.11.3.6	Teclado para introducción de datos del paciente.													
2.11.3.7	Capacidad de almacenamiento de imágenes a través de memoria interna o externa.													
2.11.3.8	Protección contra descargas.													
2.11.4	**Fuente de iluminación o Fuente de Luz:**													
2.11.4.1	Lámpara xenón.													
2.11.4.2	Intensidad de 300 watts separada o integrada al procesador.													
2.11.4.3	Función de transiluminación o incremento de luminosidad, según tecnología del fabricante.													
2.11.4.4	Ajuste de salida de luz o Ajuste de luz automático.													
2.11.4.5	Indicador de vida de lámpara según tecnología del fabricante.													
2.11.4.6	Suministro de aire ajustable con al menos tres niveles.													
2.11.4.7	Con contenedor para alimentación de aire y agua de acuerdo a tecnología del fabricante.													
2.11.5	**Sistema de videograbación o almacenamiento USB o CD o DVD o disco duro.**													
2.11.6	**Computadora y software.**													
2.11.7	**Impresora de calidad fotográfica.**													
2.11.6	**Backup de energía de al menos 15 minutos de respaldo.**													
2.11.5	**Probador de impermeabilidad, estanqueidad o fuga.**													
2.11.6	**Contenedor de líquidos para irrigación.**													
2.11.7	**Bomba de irrigación (opcional)**													
2.18	**SCCB Videobroncoscopios neonatal: Equipo computarizado, con video procesador de imágenes de alta definición, para observar tráquea y bronquios, invasivo, utilizado para el diagnóstico y tratamiento de vías respiratorias altas: Un broncoscopio con diámetro de 2.8 mm.**													

	Compatible con fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca													
2.18.1	Diámetro de tubo de inserción que corresponda al broncoscopio solicitado.													
2.18.1.1	Diámetro de la punta distal que correspondan al broncoscopio solicitado.													
2.18.1.2	Profundidad en el campo de observación de menor o igual 2 o 3 a 50 o 100 mm.													
2.18.1.3	Longitud de trabajo de 550 mm. a 600 mm.													
2.18.1.4	Canal de trabajo de 1.0 a 1.2 mm. de diámetro, según broncoscopio ofertado y utilizado.													
2.18.2	**Angulaciones:**													
2.18.2.1	Arriba: de 180° a 210°.													
2.18.2.2	Abajo: 130° con mínimo.													
2.18.2.3	Ángulo de visión desde 100° a 120°.													
2.18.3	**Debe incluir:**													
2.18.3.1	Set de limpieza que incluya cepillo largo, cepillo corto.													
2.18.3.2	Set de tapones para canal de trabajo, set de válvulas de aspiración, tapón hermético para esterilizar.													
2.18.3.3	Comprobador de impermeabilidad o Probador de Fugas													
2.19	**SCCB Videobroncoscopio pediátrico. Equipo computarizado, con video procesador de imágenes de alta definición, invasivo, utilizado para el diagnóstico y tratamiento de vías respiratorias altas: Un broncoscopio con diámetro en el rango de 3.4 a 3.8** **Compatible con fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca**													
2.19.1	Diámetro exterior del tubo de inserción en el rango de 3.4 a 3.8 mm.													
2.19.1.1	Diámetro del canal de trabajo mayor o igual a 1.2 mm.													
2.19.2	**Angulación en dos direcciones**													
2.19.2.1	Al menos 300 grados de angulación total de arriba abajo													
2.19.2.2	Campo de visión de 120° o mayor													
2.19.2.3	Dirección de observación frontal													
2.19.2.4	Con profundidad en el campo de observación menor o igual 3 mm. a 50 mm o 100mm.													
2.19.3	**Longitud:**													
2.19.3.1	Longitud de trabajo mayor o igual a 600 mm.													
2.19.3.2	Marcas a lo largo de la longitud de trabajo.													
2.19.3.3	Con Chip CCD a color o resolución de 410,000 pixeles o mayor.													
2.19.3.4	Con al menos dos botones configurables en el control de mando.													
2.22.4	**Debe incluir:**													

2.19.4.1	Set de limpieza que incluya cepillo largo, cepillo corto.													
2.19.4.2	Set de tapones para canal de trabajo, set de válvulas de aspiración, tapón hermético para esterilizar.													
2.19.4.3	Comprobador de impermeabilidad o Probador de Fugas													
2.20	**SCCB Videobroncoscopio:** **Equipo computarizado, con video procesador de imágenes de alta definición, para observar tráquea y bronquios, invasivo, utilizado para el diagnóstico y tratamiento de vías respiratorias altas:** **Un broncoscopio con diámetro en el rango de 4.9 mm a 5.2mm.** **Compatible con fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca**													
2.20.1	Diámetro de tubo de inserción que corresponda al broncoscopio solicitado.													
2.20.1.1	Diámetro de la punta distal que correspondan al broncoscopio solicitado.													
2.20.1.2	Profundidad en el campo de observación de menor o igual a 3 a 100 mm.													
2.20.1.3	Longitud de trabajo de 550 a 600 mm.													
2.20.1.4	Canal de trabajo de 2mm o mayor de diámetro, según broncoscopio ofertado y utilizado.													
2.23.2	**Angulaciones:**													
2.20.2.1	Arriba: de 180° a 210°.													
2.20.2.2	Abajo: 130° como mínimo.													
2.20.2.3	Ángulo de visión de 120°.													
2.20.3	**Debe incluir:**													
2.20.3.1	Set de limpieza que incluya cepillo largo, cepillo corto.													
2.20.3.2	Set de tapones para canal de trabajo, set de válvulas de aspiración, tapón hermético para esterilizar.													
2.20.3.3	Comprobador de impermeabilidad o Probador de Fugas													
4.1	**531.316.0102 Equipo de cápsula endoscópica para visualización del tracto digestivo. Capaz de interactuar con cápsulas de esófago, intestino delgado y/o de colon, que, dentro de las características más relevantes, incluya: *Equipo Itinerante**													
4.1.1	Sistema de cápsula endoscópica en diagnósticos del esófago, intestino delgado y/o colon, toma de imágenes del tracto gastrointestinal y transmite los datos de imagen (según tecnología del fabricante). Consta de: cápsula endoscópica, unidad de grabación, el													

	visor a tiempo real y la estación de trabajo.													
4.1.2	Capaz de trabajar con sistema de 8 sensores o antenas y sensor de cinturón para la recepción de imágenes.													
4.1.3	Con pantalla para visualización del sistema de alertas y para visualización del procedimiento en tiempo real.													
4.1.4	Compatible con software de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
4.1.5	Sistema para visualización del esófago, intestino delgado y/o colon o cápsula que visualice la totalidad del tubo digestivo.													
4.1.6	Estación de trabajo con monitor a color, teclado y mouse.													
4.1.7	Cápsulas endoscópicas compatibles con el equipo ofertado.													
5.1	**537.336.0212 Grabador de pH con impedancia esofágico 24 Hrs. Equipo de medición de pH-metería con impedancia ambulatoria de 24 Hrs. para esófago que dentro de las características más relevantes incluya:**													
5.1.1	Equipo para realizar pruebas de reflujo ambulatorias de 24 horas y medir niveles de pH intraesofágico e intragástrico.													
5.1.2	Con funciones de marcación de eventos y síntomas.													
5.1.3	Con grabador o registrador de datos.													
5.1.4	**Software**													
5.1.4.1	Software que pueda analizar estudios de pH alámbrico y que permita personalizar los informes.													
5.1.4.2	Software de pH que permite informar puntuaciones de adulto (De Meester & Johnson) e infantiles (Boix Ochoa), además de gráficas percentiles normales, correlación de síntomas de reflujo, índice de síntomas y probabilidad de asociación de síntomas. o *Software de pH según tecnología del fabricante.*													
5.1.4.3	Grafica de percentiles Normales o Visualización por trazado lineal de la impedancia y medición de pH.													
5.1.4.4	Correlación de Síntomas de reflujo													
5.1.4.5	Índice de síntomas y probabilidad de asociación de síntomas													
5.1.4.6	Protocolo que permita configuración de acuerdo a las necesidades de cada paciente													
5.1.4.7	Software de interpretación, PC o laptop con impresora a color.													
5.1.5	**Compatible con sensor o catéter de antimonio para Phmetría esofágica reusable (o desechable), de acuerdo a tecnología**													

	ofertada													
5.1.6	**Consumibles:**													
5.1.6.1	Papel fotográfico para impresión de reportes.													
5.2	**531.606.0275 Manómetro esofágico/ano-rectal de alta resolución *Equipo itinerante. Equipo para medir la motilidad del tracto digestivo alto (esófago) y bajo (recto) a través de un catéter de estado sólido de 32 sensores para esófago y otro catéter de 8 sensores para anorrecto. Contiene los siguientes elementos y características:**													
5.2.1	**Módulo de control o equivalente.**													
5.2.1.1	Con capacidad de medir 32 puntos de presión mínimo para esófago y 8 para anorrecto según tecnología del fabricante.													
5.2.2	**Software:**													
5.2.2.1	Capaz de crear protocolos de acuerdo a las necesidades individuales del usuario para cada procedimiento.													
5.2.3	**Esófago:**													
5.2.3.1	Análisis de la velocidad de contracción del esófago en cada trago.													
5.2.3.2	Análisis de la integral contráctil distal. (DCI).													
5.2.3.3	Análisis de la presión del bolo (IBP).													
5.2.3.4	Capacidad de detectar el punto de inversión respiratoria en forma gráfica. (IRP).													
5.2.4	**Anorrecto:**													
5.2.4.1	Análisis del reflejo recto anal inhibitorio o Catéter Ano-rectal Adulto.													
5.2.4.2	Análisis de umbral sensorial, contracciones y reposoo revisión de un estudio en forma remota.													
5.2.4.3	Con función de bioretroalimentación.													

5.2.5	**Computadora:**													
5.2.5.1	Sistema Operativo Windows Xp o superior.													
5.2.5.2	Unidad lectora y escritora de CD/DVD.													
5.2.5.3	Puertos USB.													
5.2.5.4	Tarjeta de RED. O conector de red o wifi													
5.2.5.5	Modem integrado (según tecnología de cada fabricante)													
5.2.5.6	Teclado y mouse.													
5.2.6	Monitor													
5.2.7	Impresora a color de inyección de tinta o laser.													
5.2.8	**Accesorios:**													
5.2.8.1	Fundas de plástico para el catéter (esofágico y anorectal)													
5.2.8.2	Set de calibración para catéter o Marcadores de posición y longitud de esfínteres.													
5.2.8.3	Carro transportador													
5.2.9	**Consumibles:**													
5.2.9.1	Papel fotográfico para impresión de reportes.													

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
Otorrino 1	**Set de ONG, cirugía endoscópica para el procedimiento: 10.02.003 Cirugía funcional endoscópica de nariz, senos paranasales y estructuras anexas adulto.**														
1	Telescopio o sistema óptico de 0°, de 3 a 4 mm., longitud útil de 14 a 18 cm., autoclavable.														
2	Telescopio o sistema óptico de 30°, de 3 a 4 mm., longitud útil de 14 a 18 cm., autoclavable.														
3	Telescopio o sistema óptico de 45°, de 3 a 4 mm., longitud útil de 14 a 18 cm., autoclavable.														
4	Trócar y camisa para sinoscopia, de diámetro externo de 5 mm. o diámetro interno de 4 mm. Longitud de 8.5 a 9.5 cm., compatible con telescopio o sistema óptico de diámetro de 4 mm.														
5	Tubo de irrigación de Eicken, con adaptador luer-lock, curva corta,														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REGSSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	diámetro externo de 3 mm. longitud útil de 12.5 a 15 cm.														
6	Palpador doble de ostium para área maxilar. Extremos circulares de diámetro en un rango de 1.2 y 2 mm. O de diferente diámetro que permita el procedimiento, con una longitud en el rango de 17 a 22 cm.														
7	Palpador doble de ostium para área frontal. Extremos circulares, longitud útil de 17 a 22 cm.														
8	Cucharilla o legra para área del seno frontal, angulado o curvada con un rango de 75° a 90°, oval, longitud de 19 a 22 cm.														
9	Bisturí curvo, puntiagudo, longitud útil de 15 a 19 cm.														
10	Elevador doble de Freer o Cottle. Semicortante, graduado, longitud útil de 20 a 23 cm.														
11	Pinza sacabocado, retrogrado. Mango giratorio o rotable 360°, longitud útil de 10 a 11 cm.														
12	Pinza de biopsia y														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	agarre Kennedy-Blakesley o Weil-Blakesley. Curva hacia arriba, con aspiración, calibre 1" o según la tecnología del fabricante, longitud útil de 11 a 12.5 cm.														
13	Pinza nasal, recta, tipo Blakelsley o Weil-Blakesley. Calibre "1", quijadas o punta de pinza de 8 a 11 mm de largo por 3 a 3.5mm de ancho de mordida, longitud útil de 11 a 12 cm.														
14	Pinza nasal, recta, tipo Blakelsley. Calibre "0", quijadas o punta de pinza de 7 mm de largo por 3 mm de ancho de mordida, longitud útil de 11 a 12 cm.														
15	Pinza nasal, curva hacia arriba 45°, tipo Blakelsley-Wilde o Weil-Blakesley. Calibre "1", quijadas o punta de pinza de 8 mm de largo por 3 mm de ancho de mordida, longitud útil de 11 cm.(referencia según marca del fabricante)														
16	Pinza nasal, curva hacia arriba 45°, tipo Blakelsley-Wilde o														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL							
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
	Weil-Blakesley. Calibre "0", quijadas o punta de pinza de 7 mm de largo por 3 mm de ancho de mordida, longitud útil de 11 cm. (referencia según marca del fabricante)														
17	Pinza nasal, curva hacia arriba 90°, tipo Blakelsley-Wilde o Weil-Blakesley. Calibre "2", quijadas o punta de pinza de 10 mm de largo por 3 mm de ancho de mordida, longitud útil de 11 a 12 cm.(referencia según marca del fabricante)														
18	Pinza nasal, curva hacia arriba 90°, tipo Blakelsley-Wilde o Weil-Blakesley. Calibre "1" o según la tecnología del fabricante, quijadas o punta de pinza de 8 mm de largo por 3 a 3.6 mm de ancho de mordida, longitud útil de 10 cm.														
19	Pinza de Standberger (o Takahashi), con canal de irrigación de 12.5 a 16 cms														
20	Pinza tipo Hartman de copa de long útil de 12.5 a 18 cms														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
21	Legra o cureta (según tecnología del fabricante para antro), ovalado. Calibre "1", longitud útil de 17 a 19 cm.														
22	Tijera nasal, recta, longitud útil de 10 a 13 cm.														
23	Tijera nasal, curva derecha, longitud útil de 10 a 13 cm.														
24	Tijera nasal, curva izquierda, longitud útil de 10 a 13 cm.														
25	Pinza tipo jirafa de doble cuchara, curva hacia arriba de 45° a 55°. Apertura horizontal, diámetro de copa medina o de 3 mm., longitud útil en el rango de 10 a 12 cm.														
26	Pinza tipo jirafa de doble cuchara, curva hacia arriba de 80° a 90°. Apertura horizontal, diámetro de copa mediano o de 2 mm., longitud útil en el rango de 9 a 13 cm.														
27	Pinza tipo jirafa de doble cuchara, curva hacia arriba de 55° a 70°. Apertura vertical, diámetro copa pequeña o de 3 mm., longitud útil en el rango														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REGSSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	de 10 a 13 cm.														
28	Pinza tipo jirafa de doble cuchara, curva hacia arriba de 70° a 90°. Apertura vertical copa pequeña o de 2 mm., longitud útil en el rango de 10 a 13 cm.														
29	Pinza nasal sacabocado para seno frontal, de corte circular, curvo hacia arriba de 65° a 70°. Diámetro de 3.5 a 5 mm., longitud útil en el rango de 9 a 17 cm.														
30	Pinza nasal sacabocado para seno esfenoidal, de corte circular, recta. Diámetro de 3.5 a 7 mm., longitud útil en el rango de 9 a 18 cm.														
31	Pinza nasal cortante, recta, fina, 6 X 3 mm. Calibre "1" o según la tecnología del fabricante, longitud útil de 13 cm.														
32	Aspirador de Ferguson o Frazier de 8 y 10 Fr														
33	Pinza bipolar tipo bayoneta de 17 a 22 cm.														
34	Contenedor de esterilización compatible con instrumental.														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
Otorrino 2	**Set de ONG, cirugía endoscópica para el procedimiento: 10.02.004 Cirugía de oído adulto.**														
1	Telescopio o sistema óptico de 0°, de 2.7 a 3 mm., longitud útil de 6 a 8cm (o hasta 12cm)., autoclavable.(oído)														
2	Telescopio o sistema óptico de 30°, de 2.7 a 3 mm., longitud útil de 8 a 14 cm (o hasta 15cm) , autoclavable.(oído)														
3	Telescopio o sistema óptico de 45°, de 3 a 4 mm., longitud útil de 8 a 17.5 cm., autoclavable.														
4	Telescopio o sistema óptico de 70°, de 2.7 a3 mm., longitud útil de 8 a 11 cm., autoclavable.														
5	Disector de dos extremos útiles, extremos de curvatura simple a la derecha o a la izquierda , longitud 18 cm														
6	Disector (para oído) dos extremos útiles acodados 90 grados a la derecha o a la izquierda , longitud 16 a 18 cm														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
7	Pinzas otológicas, curva a la derecha, extrafinas, cuchara ovalada de 0.6 a 8 mm, longitud 8 a 10 cm.														
8	Pinzas otológicas, curva a la izquierda, extrafinas, cuchara ovalada de 0.6 mm, longitud 8 a 10 cm.														
9	Pinzas otológicas, curvadas 45 grados aproximadamente hacia arriba, extrafinas, cuchara ovalada de 0.6 mm, longitud útil 8 a 10 cm														
10	Pinzas otológicas, curva hacia abajo, extrafinas, cuchara ovalada de 0.6 a 0.9 mm, longitud 8 a 10 cm														
11	Cánulas de aspiración, curva, Luer-Lock, de 0.9 a 1 mm de diámetro exterior, longitud 8 a 10 cm, cónico o cilíndrico														
12	Cánulas de aspiración, curvatura de 6 mm, Luer-Lock, 1.2 mm de diámetro exterior, cónico (cónico o según cada fabricante)														
13	Cánulas de aspiración, curva, Luer-Lock, hasta 1.5 mm de diámetro exterior, longitud 8 a 10														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REGSSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	cm, cónico o cilíndrico														
14	Cánulas de aspiración, curvatura de 8 mm, Luer-Lock, 1.6 mm de diámetro exterior, longitud 8 a 10 cm, cónico														
15	Cánulas de aspiración, curva, Luer-Lock, hasta 2 mm de diámetro exterior, longitud 8 a 10 cm, cónico o cilíndrico														
16	Mango de aspiración de FISCH, con orificio de interrupción, cono LUER, longitud 5.5 cm, para utilizar con las cánulas de aspiración														
17	Tijeras de Bellucci finas, curvadas a la izquierda, longitud útil 8 cm														
18	Tijeras de Bellucci finas, curvadas a la derecha, longitud útil 8 cm														
19	Pinzas otológicas de Hartmann , muy finas o medio finas, estriadas, longitud útil 8 a 8.5 cm														
20	Aguja de Wullstein leve curvada, longitud 16 a 16.6 cm														
21	Bisturí redondo 45 grados, 1 mm de diámetro, longitud 16 cm														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
22	Bisturí redondo 45 grados, 2 mm de diámetro, longitud 16 cm														
23	Fresas de tungsteno, juego de 14 de 0.5 mm. A 7 mm. de diámetro.537.199.0168 ,(reusables) O Fresas diamantadas, juego de 15 piezas, de 0.6 mm. a 7 mm. de diámetro 537.199.0176 (reusables).														
Gineco 1	**Set de Cirugía ginecológica de alta especialidad, para los procedimientos: 10.06.001 Ablación y resección de endometriosis por laparoscopía, 10.06.021 Histerectomía, 10.06.025 Laparoscopía de ovario, 10.06.027 Laparoscopía etapificadora para cáncer ginecológico, 10.06.028 Laparoscopía para embarazo ectópico, 10.06.033 Miomectomía.**														
1	Aplicador para clip de titanio, mediano-largo. Diámetro 10 mm.,														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REGSSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	longitud en el rango de 31 a 36 cm. autoclavable.														
2	Baja nudo tipo varilla, ojo abierto, diámetro de 5 mm. longitud de 30 a 36 cm.														
3	Cánula de irrigación/aspiración, diámetro de 5 mm. longitud en el rango de 29 a 36 cm. autoclavable.														
4	Coagulador de espátula o cuchara monopolar, reusable, para trócar de 5 a 6 mm. con largo de trabajo dentro del rango de 31 a 37 cm.														
5	Gancho disección/coagulador, con punta en "L", igual o menor a 90° de angulación, monopolar para trócar de 5 a 6 mm. aislado, reusable, con largo de trabajo en el rango de 31 a 37 cm.														
6	Pinza de agarre tipo Caimán, rotable, de doble acción, diámetro de 5 mm. longitud en el rango de 31 a 37 cm. sistema de sujeción, autoclavable.														
7	Pinza de agarre tipo														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	Caimán, rotable, de doble acción, diámetro de 10 mm., longitud en el rango de 31 a 37 cm., sistema de sujeción, autoclavable.														
8	Pinza de biopsia, rotable y desmontable en dos o tres componentes, de doble acción, diámetro de 5 mm., longitud en el rango de 31 a 37 cm., sistema de sujeción, autoclavable.														
9	Pinza tipo Hartman o Cleeve Duck Bill, rotable y desmontable en tres componentes, atraumática, fenestrada, diámetro de 5 a 6 mm., longitud de trabajo en el rango de 31 a 37 cm.														
10	Pinza tipo Maryland, rotable y desmontable en dos o tres componentes, de doble acción, diámetro de 5 mm., longitud en el rango de 31 a 37 cm., autoclavable.														
11	Pinza de agarre y disección tipo Grasper, fenestrado, rotable y desmontable en dos o tres componentes, de doble acción, diámetro														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REGSSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	de 5 mm., longitud en el rango de 31 a 37 cm., sistema de sujeción, autoclavable.														
12	Pinza tipo Babcock, rotable y desmontable en dos o tres componentes, de doble acción, diámetro de 5 mm., longitud en el rango de 31 a 37 cm., autoclavable.														
13	Porta agujas metálico, punta curva, mango con mecanismo axial o Castroviejo, con cremallera, diámetro de 5 mm., longitud de trabajo dentro del rango de 31 a 37 cm.														
14	Telescopio o sistema óptico de 10 mm., longitud de 30 a 33 cm., ángulo o dirección de campo visual de 30°, autoclavable.														
15	Tijera Metzenbaum curva, rotable y desmontable en dos o tres componentes, de doble acción, diámetro de 5 mm., longitud en el rango de 31 a 37 cm., autoclavable.														
16	Manipulador uterino reusable, articulado, con delineador vaginal completo o valvas														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REGSSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	delineadoras, con sistema para bloquear la salida del neumoperitoneo y diferentes puntas de longitud(sonda uterina con escala de longitud), autoclavable.														
17	Tijera tipo gancho, desmontable en dos o tres piezas, diámetro de 5 mm., rotable 360° de acción doble, longitud en el rango de 31 a37 cm., autoclavable.														
18	Contenedor o charola rectangular de esterilización compatible con instrumental ofertado.														
Gineco 2	**Set de Cirugía ginecológica complementario para los procedimientos: 10.06.021 Histerectomía, y 10.06.033 Miomectomía. (sólo procedimientos en cirugía de mínima invasión con diagnóstico benigno)**														
1	Morcelador electrónico alámbrico o inalámbrico de uso laparoscópico a través de trocar que consta														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REGSSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	de los siguientes elementos:														
1.1	Equipo electromecánico														
1.2	Para la remoción de tejido, histerectomía y miomas.														
1.3	Compacto y de peso ligero.														
1.4	Ajuste de uso en el rango de 11 a 12, 15 y 20 (este último opcional) mm.														
1.5	Con bordes cortantes.														
1.6	Controlador que permita dos modos de giro pre seleccionables como mínimo.														
1.7	De 500rpm o mayor.														
1.8	Con cuchillas reusables.														
2	Incluye instrumentos para garantizar el procedimiento de morcelación: pinza con dientes, perforador, trocar, reductores para trocar o sistemas compatibles que eviten fuga de neumoperitoneo, punzón.														
3	Pieza de mano														
4	Tirabuzón o instrumento de punción de 5 y 10 mm., longitud de 32 a 37 cm.														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REGSSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
5	Micropinza o minipinza para biopsia, reusable, aislada, con quijadas de acción simple o doble, diámetro de 5 mm., longitud de trabajo dentro del rango de 32 a 37 cm.														
Endoginecología	**Set de Endoginecología, para los procedimientos: 10.03.001 Histeroscopía básica y 10.03.002 Histeroscopía operatoria.**														
1	Endoscopio rígido, esterilizable, para observar cavidad uterina con fines diagnósticos y terapéuticos, con las siguientes características:														
1.1	Lente en el rango de 2.5 a 4.0 mm. de diámetro y con una visión de 0° a 30°.														
1.2	Longitud de 29 a 31 cm.														
1.3	Autoclavable, con portador de luz de fibra óptica incorporado o imagen ampliada.														
2	Resectoscopio; con elemento de trabajo pasivo para usarse con														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REGSSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	lente de 2.7 a 4.0 mm., de diámetro y de 0° a 30° con:														
2.1	Camisa de resectoscopio compatible con elemento de trabajo.														
2.2	De flujo continuo, con dos válvulas stop-cock, que incluya:														
2.3	Camisa interna que acepte asas y electrodos en el rango de 21 a 24 charr (compatible con la camisa ofertada según tecnología del fabricante)														
2.4	Aislamiento de cerámica.														
2.5	Obturador punta roma o punta distal oblicua.														
3	Histeroscopio; con camisa operatoria interna para histeroscopia de 4 a 5 mm., de diámetro.														
3.1	Con un canal de trabajo de en el rango de 5 a 7 charr.														
3.2	Con dos válvulas, una stop-cock y una válvula luer-lock.														
3.3	Camisa externa para flujo continuo, (compatible con la óptica ofertada según														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	tecnología del fabricante)														
3.4	Para usarse con lente de 2.5 a 4.0 mm.														
4	Pinza de biopsia 5 charr, semirígidas, con abertura unilateral o bilateral.														
5	Tijera 5 charr, semirígidas, romas.														
6	Pinzas de agarre para fragmentos pequeños abertura unilateral, flexibles 5 Charr longitud de mínima de 32cm a 73cm														
7	Cable de alta frecuencia para elemento de trabajo, compatible con 2 modelos distintos de electrocauterio.														
Endouro 1	**Set de Endourología I, para el procedimiento: 10.04.001 Cistoscopia adulto, 10.04.021 Cistoscopia para retiro de catéter doble J.**														
1	531.209.0458 Equipo para urología - Cistouretroscopio. Endoscopio rígido que es usado para la examinación visual y tratamiento de la vejiga y la uretra incluyendo														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	la región de la próstata														
1.1	Cistoscopio:														
1.1.1	Óptica 30°.														
1.1.2	Diámetro de 4 mm.														
1.1.3	Esterilizable en autoclave.														
1.2	Camisas o vainas (incluir obturador):														
1.2.1	1 de diámetro en el rango de 14 a 19 fr. O Charr.														
1.2.2	1 de diámetro en el rango de 21 a 22 fr. O Charr.														
1.3	Puente:														
1.3.1	Doble vía o dos canales.														
1.3.2	Canal de trabajo y de irrigación mínimo de 4 fr. O Charr.														
1.3.3	El siguiente instrumental esterilizable en autoclave de vapor:														
1.3.4	Compatible con el diámetro de las camisas o vainas ofertados.														
1.3.5	Pinza de agarre de 5 a 7 fr. O Charr, longitud mínima de 32.														
1.3.6	Pinza de biopsia de 5 a 7 fr. O Charr.														
Endouro 2	**Set de Endourología 2, para el procedimiento: 10.04.019 Litotricia**														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	vesical adulto.														
2.1	Cistoscopio:														
2.1.1	Óptica 30°.														
2.1.2	Diámetro de 4 mm.														
2.1.3	Esterilizable en autoclave.														
2.2	Camisas o vainas (incluir obturador):														
2.2.1	1 de diámetro en el rango de 14 a 19 fr. O Charr.														
2.2.2	1 de diámetro en el rango de 21 a 22 fr. O Charr.														
2.3	Puente:														
2.3.1	Doble vía o dos canales.														
2.3.2	Canal de trabajo y de irrigación mínimo de 4 fr. O Charr.														
2.4	El siguiente instrumental esterilizable en autoclave de vapor:														
2.4.1	Compatible con el diámetro de las camisas o vainas ofertados.														
2.4.2	Pinza de agarre de 5 a 7 fr. O Charr, longitud mínima de 32.														
2.4.3	Pinza de biopsia de 5 a 7 fr. O Charr.														
2.5	Debe incluir:														
2.5.1	Juego de dilatadores uretrales (tipo Van Buren)														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
Endouro 3	**Set de Endourologia 3, para el procedimiento: 10.04.018 Litotricia ureteral rigida adulto.**														
3.1	Cistoscopio:														
3.1.1	Óptica 30°.														
3.1.2	Diámetro de 4 mm.														
3.1.3	Esterilizable en autoclave.														
3.2	Camisas o vainas (incluir obturador):														
3.2.1	1 de diámetro en el rango de 14 a 19 fr. O Charr.														
3.2.2	1 de diámetro en el rango de 21 a 22 fr. O Charr.														
3.3	Puente:														
3.3.1	Doble vía o dos canales.														
3.3.2	Canal de trabajo y de irrigación mínimo de 4 fr. O Charr.														
3.4	El siguiente instrumental esterilizable en autoclave de vapor:														
3.4.1	Compatible con el diámetro de las camisas o vainas ofertados.														
3.4.2	Pinza de agarre de 5 a 7 fr. O Charr; longitud mínima de 32.														
3.4.3	Pinza de biopsia de 5 a 7 fr. O Charr.														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REGSSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
3.5	Debe incluir:														
4	Juego de dilatadores ureterales (tipo Van Buren)														
5	Ureteroscópio semirrígido: Diámetro en rango de 4.5 a 9.8 fr. o Charr, visión en el rango de 0° a 12°, canal de trabajo en el rango de 2.5 a 5.4 FR. o Charr, longitud útil en el rango de 30 a 45 cm. Canal de irrigación de 3.0 a 4.2 Fr. o Charr.														
Endouro 4	**Set de Endourología 4, para el procedimiento: 10.04.020 Litotricia ureteral flexible adulto. (láser)**														
1	Ureteroscópio flexible: Diámetro externo distal de 6 a 7.5 fr. o Charr, diámetro externo proximal de 6.9 a 8.8 fr. o Charr, visión de 0° a 5°, canal de trabajo de 3.6 fr. o Charr., longitud en el rango de 40 a 70 cm. Con capacidad de angulación total de la punta mínima de 180° hacia arriba y 170° hacia abajo.														
2	Pinza endoscópica														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REGSSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	flexible de 3 a 3.5 fr., tipo Caimán.														
3	Cistoscopio:														
3.1	Óptica 30°.														
3.2	Diámetro de 4 mm.														
3.3	Esterilizable en autoclave.														
3.4	Camisas o vainas (incluir obturador):														
3.4.1	1 de diámetro en el rango de 14 a 19 fr. O Charr.														
3.4.2	1 de diámetro en el rango de 21 a 22 fr. O Charr.														
3.5	Puente:														
3.5.1	Doble vía o dos canales.														
3.5.2	Canal de trabajo y de irrigación mínimo de 4 fr. O Charr.														
3.6	El siguiente instrumental esterilizable en autoclave de vapor:														
3.6.1	Compatible con el diámetro de las camisas o vainas ofertados.														
3.6.2	Pinza de agarre de 5 a 7 fr. O Charr, longitud mínima de 32.														
3.6.3	Pinza de biopsia de 5 a 7 fr. O Charr.														
4	Ureteroscópio semirrígido: Diámetro en rango de 4.5 a 9.8														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	fr. o Charr, visión en el rango de 0° a 12°, canal de trabajo en el rango de 2.5 a 5.4 FR. o Charr, longitud útil en el rango de 30 a 45 cm. Canal de irrigación de 3.0 a 4.2 Fr. o Charr.														
Endouro 5	**Set de Endourología 5, para el procedimiento: 10.04.016 Litotricia percutánea.**														
1	Nefroscópio rígido insertado de manera percutánea, que incluye:														
1.1	Telescopio o sistema óptico de diámetro menor a 7 mm o 22 Fr. Dirección visual de 0° a 30°. Ocular angulado o lateral. Canal de trabajo de 3.5 mm. Autoclavable. Longitud en el rango de 19 a 25 cm.														
1.2	Camisas o vainas de flujo continuo, diámetro de 19.5 a 27 Fr o Charr mínimo, rotatorio, conexión luer-lock, con obturador con lumen y dilatador de fascia, compatible con el nefroscópio percutáneo.														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
3	531.209.0458 Equipo para urología - Cistouretroscopio. Endoscopio rígido que es usado para la examinación visual y tratamiento de la vejiga y la uretra incluyendo la región de la próstata.														
3.1	Cistoscopio:														
3.1.1	Óptica 30°.														
3.1.2	Diámetro de 4 mm.														
3.1.3	Esterilizable en autoclave.														
3.2	Camisas o vainas (incluir obturador):														
3.2.1	1 de diámetro en el rango de 14 a 19 fr. O Charr.														
3.2.2	1 de diámetro en el rango de 21 a 22 fr. O Charr.														
3.3	Puente:														
3.3.1	Doble vía o dos canales.														
3.3.2	Canal de trabajo y de irrigación mínimo de 4 fr. O Charr.														
3.4	El siguiente instrumental esterilizable en autoclave de vapor.														
3.4.1	Compatible con el diámetro de las camisas o vainas ofertados.														
3.4.2	Pinza de agarre de 5 a														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	7 fr. O Charr, longitud mínima de 32.														
3.4.3	Pinza extractora de litos tridente o caimán														
3.5	Debe incluir:														
3.5.1	Juego de dilatadores telescópicos.														
Endouro 6	**Set de Endourologia 6, para el procedimiento: 10.04.011 Resección transuretral de próstata RTUP/RTUV/RTUC.**														
1	Resectoscopio de flujo continuo, rotatorio. Con óptica de 25-30°, con diámetro de 4 mm, autoclavable.														
1.1	Camisas o vainas, diámetro de camisa externa hasta 28.9 fr. o Charr. Camisa interna con obturador. De dos vainas para flujo continuo, con llaves giratorias. Esterilizable en vapor. Compatibilidad entre camisa interna y externa.														
1.2	Con elemento de trabajo de corte pasivo (tipo iglesias) de mango abierto. Monopolar.														
1.3	Cable activo para electrodos de alta														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REGSSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	frecuencia monopolar o bipolar.														
2	Evacuador de granada o de balón.														
3	Set de Dilatadores de tipo Van Buren .														
Endouro 7	**Set de Endourología 7, para el procedimiento: 10.04.015 Uretrotomía interna adulto.**														
1	Uretrotomo de 4 mm de diámetro o 12 fr., con canal de trabajo de a 5 fr. O Charr Incluye:														
1.1	Camisa o vaina y obturador de diámetro mínimo de 20.5 fr. o Charr. Y telescopio para cistouretroscopía, con ángulo de visión de 0° o 12°, autoclavable, con llave de paso.														
Uro 1	**Set de Urología laparoscópica 1 de alta especialidad, para los procedimientos: 10.06.035 Nefrectomía adulto, 10.06.047 Prostatectomía laparoscópica, 10.06.050 Resección de quiste renal laparoscópico adulto, 10.06.053**														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	Suprarenalectomia no asistida, 10.06.060 Pieloplastía adulto y 10.06.061 Reimplante uretero vesical laparoscópico adulto.														
1	Aplicador para clip de titanio, mediano-largo. Diámetro 5 a 10 mm., longitud en el rango de 31 a 36 cm., autoclavable														
2	Aplicador para clip de polímero, largo.														
3	Aplicador para clip de polímero , extra-largo.														
4	Sistema de irrigación/succión, con cánula de 5 mm., tipo pistola o trompeta, de tres orificios en la punta como mínimo.														
5	Coagulador de espátula o cuchara monopolar, reusable, diámetro de 5 a 6 mm., longitud 31 a 37 cm.														
6	Gancho disección/coagulador, de 5 mm., con punta en "L" igual o menor a 90° de angulación. Monopolar, aislado, reusable con largo de trabajo en el rango de 32 a 37 cm.														
7	Laparoscópico: un telescopio o sistema														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL							
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REGSSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
	óptico de 10 mm., ángulo o dirección de campo visual de 0° o 30°, longitud de trabajo dentro del rango de 30 a 37 cm., esterilizable.														
8	Pinza Babcock, fenestrada 10 mm., aislada, reusable, rotable, con longitud de trabajo dentro del rango de 31 a 37 cm.														
9	Pinza baja nudos (tipo Gazayerli o Shedid), con longitud de trabajo de 31 a 36 cm., reusable.														
10	Pinza tipo Mixter sin cremallera de ángulo recto, de 5 mm.														
11	Pinza tipo Mixter sin cremallera de ángulo recto, de 10 mm.														
12	Pinza de extracción o de garra rotable y desmontable, reusable, dentada, diámetro de 10 mm., largo de trabajo en el rango de 31 a 36 cm.														
13	Pinza atraumática tipo Debekey de 5 mm., diámetro en el rango de 31 a 43 cm., de longitud.														
14	Pinza Maryland, rotable y desmontable en dos o tres														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	componentes, de 5 mm., con largo de trabajo en el rango de 31 a 36 cm.														
15	Pinza de agarre atraumática y disección, tipo Grasper fenestrado, desmontable en dos o tres componentes. Diámetro de 5 mm., rotable, de doble acción, longitud de 32 a 36 cm., con sistema de sujeción, autoclavable.														
16	Porta agujas metálico, de 5 mm., de diámetro, reusable, con mango con mecanismo axial o Castroviejo de botón, de punta curva, con longitud de trabajo en el rango de 31 a 36 cm														
17	Separador o retractor de hígado, (articulado o rígido), apertura en forma de abanico. Diámetro de 5 mm., de 3 a 9 valvas, longitud en el rango de 31 a 36 cm., con puerto de lavado, autoclavable														
18	Tijera Metzembaun de 5 mm., curva, monopolar (opcional bipolar), rotable y														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	desmontable. Puntas redondeadas, longitud en el rango de 31 a 36 cm., reusable.														
19	Pinza Maryland bipolar con cable, 5 mm.														
20	Pinza intestinal con dos ramas atraumáticas, 05 mm., de diámetro y con una longitud de 31 a 36 cm., de longitud., sin línea dentada interior														
21	Pinza de agarre y disección tipo cuchara. Diámetro de 3.4 a 5 mm., de doble acción, longitud en el rango de 30 a 36 cm. Sistema de sujeción Autoclavable.														
22	Pinza vascular larga de Debakey.														
23	Contenedor de esterilización compatible con instrumental ofertado.														
Uro 2	**Set de Urología laparoscópica 2, para los procedimientos: 10.06.039 Pieloureterolitotomía por laparoscopia adulto y 10.06.060 Pieloplastia adulto.**														
1	Aplicador para clip de titanio, mediano-largo. Diámetro 5 a 10 mm.,														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	longitud en el rango de 31 a 36 cm., autoclavable.														
2	Aplicador para clip de polímero, largo.														
3	Aplicador para clip de polímero , extra-largo.														
4	Sistema de irrigación/succión, con cánula de 5 mm., tipo pistola o trompeta, de tres orificios en la punta como mínimo.														
5	Coagulador de espátula o cuchara monopolar, reusable, diámetro de 5 a 6 mm., longitud 31 a 37 cm.														
6	Gancho disección/coagulador, de 5 mm., con punta en "L", igual o menor a 90° de angulación. Monopolar, aislado, reusable con longitud de trabajo en el rango de 32 a 37 cm.														
7	Laparoscópico: un telescopio o sistema óptico de 10 mm., ángulo o dirección de campo visual de 0° o 30°, longitud de trabajo dentro del rango de 30 a 37 cm., esterilizable.														
8	Pinza Babcock, fenestrada 10 mm., aislada, reusable,														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL							
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REGSSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
	rotable, con longitud de trabajo dentro del rango de 31 a 37 cm.														
9	Pinza baja nudos (tipo Gazayerli o Shedid), con longitud de trabajo de 31 a 36 cm., reusable.														
10	Pinza tipo Mixter sin cremallera de ángulo recto, de 5 mm.														
11	Pinza tipo Mixter sin cremallera de ángulo recto, de 10 mm.														
12	Pinza de extracción o de garra rotable y desmontable, reusable, dentada, diámetro de 10 mm., largo de trabajo en el rango de 31 a 36 cm.														
13	Pinza atraumática tipo Debekey de 5 mm., diámetro en el rango de 31 a 43 cm., de longitud.														
14	Pinza Maryland, rotable y desmontable en dos o tres componentes, de 5 mm., con largo de trabajo en el rango de 31 a 36 cm.														
15	Pinza de agarre atraumática y disección, tipo Grasper fenestrado, desmontable en dos o														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	tres componentes. Diámetro de 5 mm., rotable, de doble acción, longitud de 32 a 36 cm., con sistema de sujeción, autoclavable.														
16	Porta agujas metálico, de 5 mm., de diámetro, reusable, con mango con mecanismo axial o Castroviejo de botón, de punta curva, con longitud de trabajo en el rango de 31 a 36 cm.														
17	Separador o retractor de hígado, (articulado o rígido), apertura en forma de abanico. Diámetro de 5 mm., de 3 a 9 valvas, longitud en el rango de 31 a 36 cm., con puerto de lavado, autoclavable.														
18	Tijera Metzembaun de 5 mm., curva, monopolar (opcional bipolar), rotable y desmontable. Puntas redondeadas, longitud en el rango de 31 a 36 cm., reusable.														
19	Pinza Maryland bipolar con cable, 5 mm.														
Cirugía 1	**Set de Cirugía general 1 de alta especialidad, para los**														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL							
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REGSSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
	procedimientos: 10.06.013 Colectomia no asistida, 10.06.055 Cirugia Laparoscópica de órgano sólido abdominal adulto, 10.06. 056 Laparoscopia con resección de tubo digestivo adulto, 10.06.058 Plastia de hernia diafragmática adulto y 10.06.059 Plastia de hernia ventral.														
1	Aplicador para clip de titanio, mediano-largo o largo, autoclavable, rotable, diámetro 10 mm., longitud en el rango de 31 a 36 cm.														
2	Aplicador para clip de polímero, largo.														
3	Aplicador para clip de polímero , extra-largo.														
4	Sistema de irrigación/succión, con cánula de 5 mm., tipo pistola o trompeta.														
5	Coagulador de espátula o cuchara monopolar, reusable, de 5 mm., longitud en el rango de 31 a 37 cm.														
6	Gancho disección/coagulador,														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	de 5 mm, con punta en "L" igual o menor a 90° de angulación, monopolar, aislado, reusable con longitud de trabajo en el rango de 31 a 37 cm.														
7	Telescopio o sistema óptico de 10 mm., ángulo o dirección de campo visual de 0° y 30°, longitud en el rango de 31 a 37 cm., esterilizable.														
8	Pinza Babcock fenestrada, 10 mm., de diámetro, aislada, reusable, rotable, con longitud en el rango de 31 a 36 cm.														
9	Pinza tipo Babcock, diámetro de 5 mm., reusable, rotable, desmontable en dos o tres piezas, de doble acción, longitud en el rango de 31 a 43, sistema de sujeción.														
10	Pinza baja nudos (tipo Gazayerli o Shedid), reusable, de 5 mm.														
11	Pinza de disección tipo Mixter reusable, rotable y desmontable, con punta angulada, diámetro de 5 mm., longitud de trabajo en el rango de 31a 37 cm.														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
12	Pinza de extracción dentada de 10 mm., de garra rotable y desmontable en el rango de 31 a 45 cm de longitud														
13	Pinza tipo Maryland, reusable, girable y desmontable, diámetro de 5 mm., longitud en el rango de 31 a 45 cm.														
14	Pinza de agarre tipo Grasper, reusable, rotable y desmontable, de doble acción, 5 mm., de diámetro y con un rango de 31 a 36 cm., de longitud.														
15	Porta agujas metálico, de 5 mm., de diámetro, reusable, con mango con mecanismo axial o Castro viejo con cremallera, punta recta, longitud en el rango de 31 a 45 cm.														
16	Separador de hígado o retractor, (articulado o rígido), apertura en forma de abanico, diámetro de 10 mm., 5 valvas, longitud de de 33 a 38 cm., con puerto de lavado, autoclavable.														
17	Tijera Metzembaun curva bipolar, reusable,														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	rotable y desmontable, 5 mm., de diámetro, longitud de trabajo en el rango de 31 a 36 cm.														
18	Pinza intestinal con dos ramas atraumáticas, 10 mm., de diámetro y con una longitud de 31 a 36 cm., de longitud., sin línea dentada interior														
19	Pinza de ángulo recto tipo Mixter para disección, larga 10 mm., de diámetro por 31 a 36 cm., de longitud.														
20	Contenedor de esterilización compatible con instrumental ofertado.														
Cirugía 2	**Set de Cirugía general 2 adulto, para los procedimientos: 10.06.002 Apendicetomía laparoscópica adulto, 10.06.004 Cirugía de hiato esofágico adulto, 10.06.006 Cirugía de quiste hepático adulto, 10.06.010 Colecistectomía laparoscópica adulto, 10.06.011 Colecistectomía con**														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	exploración de vía biliar adulto, 10.06.017 Esplenectomía no asistida adulto, 10.06.024 Laparoscopía con toma de biopsia adulto, 10.06.026 Laparoscopía diagnóstica adulto y 10.06.044 Plastía inguinal por laparoscopía con prótesis.														
1	Aplicador para clip de titanio, mediano-largo o largo, autoclavable, rotable, diámetro 10 mm., longitud en el rango de 31 a 36 cm.														
2	Aplicador para clip de polímero, largo.														
3	Aplicador para clip de polímero , extra-largo.														
4	Sistema de irrigación/succión, con cánula de 5 mm., tipo pistola o trompeta.														
5	Coagulador de espátula o cuchara monopolar, reusable, de 5 mm., longitud en el rango de 31 a 37 cm.														
6	Gancho disección/coagulador, de 5 mm., con punta														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	en "L" igual o menor a 90° de angulación, monopolar, aislado, reusable con largo de trabajo en el rango de 31 a 37 cm.														
7	Telescopio o sistema óptico de 10 mm., ángulo o dirección de campo visual de 0° y 30°, longitud en el rango de 31 a 37 cm., esterilizable.														
8	Pinza Babcock fenestrada, 10 mm., de diámetro, aislada, reusable, rotable, con longitud de trabajo en el rango de 31 a 36 cm.														
9	Pinza tipo Babcock, diámetro de 5 mm., reusable, rotable, desmontable en dos o tres piezas, de doble acción, longitud en el rango de 31 a 43, sistema de sujeción.														
10	Pinza baja nudos (tipo Gazayerli o Shedid), reusable, de 5 mm.														
11	Pinza de disección tipo Mixter reusable, rotable y desmontable, con punta angulada, diámetro de 5 mm., longitud de trabajo en el rango de 31 a 37														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	cm.														
12	Pinza de extracción de 10 mm., de garra rotable y desmontable, dentada, longitud en el rango de 31 a 45 cm.														
13	Pinza tipo Maryland, reusable, girable y desmontable, diámetro de 5 mm., longitud en el rango de 31 a 45 cm.														
14	Pinza de agarre tipo Grasper, reusable, rotable, desmontable, de doble acción, 5 mm., de diámetro y con un rango de 31 a 36 cm. de longitud.														
15	Porta agujas metálico, de 5 mm., de diámetro, reusable, con mango con mecanismo axial o Castroviejo, con cremallera, punta recta, longitud en el rango de 31 a 45 cm.														
16	Separador o retractor de hígado, (articulado o rígido), apertura en forma de abanico. Diámetro de 10 mm., de 3 a 9 valvas, longitud en el rango de 31 a 36 cm., con puerto de lavado, autoclavable.														
17	Tijera Metzembaun														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	curva monopolar, reusable, rotable y desmontable y puntas redondeadas, 5 mm., de diámetro, longitud de trabajo en el rango de 31 a 36 cm.														
18	Pinza para Colangiografía Laparoscópica, reusable, diámetro 5 mm. de 31 a 45 cm de longitud.														
19	Contenedor de esterilización compatible con instrumental ofertado.														
Cirugía 3	**Set de Cirugía general 3 de alta especialidad, para los procedimientos: 10.06.003 Bypass gástrico, , 10.06.032 Manga gástrica, (Instrumental para cirugía Bariátrica; debe de cumplir con la longitud necesaria para este tipo de procedimientos).**														
1	Aplicador para clip de titanio, mediano-largo o largo, autoclavable, rotable, diámetro 10 mm., longitud en el rango de 31 a 36 cm.														
2	Aplicador para clip de polímero, largo.														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL							
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
3	Aplicador para clip de polímero , extra-largo.														
4	Sistema de irrigación/succión, con cánula de 5 mm., tipo pistola o trompeta.														
5	Coagulador de espátula o cuchara monopolar, reusable, de 5 mm., longitud en el rango de 31 a 37 cm.														
6	Gancho disección/coagulador, de 5 mm, con punta en "L" igual o menor a 90° de angulación, monopolar, aislado, reusable con longitud de trabajo en el rango de 31 a 37 cm.														
7	Telescopio o sistema óptico de 10 mm., ángulo o dirección de campo visual de 0° y 30°, longitud en el rango de 31 a 37 cm., esterilizable.														
8	Pinza Babcock fenestrada, 10 mm., de diámetro, aislada, reusable, rotable, con longitud en el rango de 31 a 36 cm.														
9	Pinza tipo Babcock, diámetro de 5 mm., reusable, rotable, desmontable en dos o														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	tres piezas, de doble acción, longitud en el rango de 31 a 43, sistema de sujeción.														
10	Pinza baja nudos (tipo Gazayerli o Shedid), reusable, de 5 mm.														
11	Pinza de disección tipo Mixter reusable, rotable y desmontable, con punta angulada, diámetro de 5 mm., longitud de trabajo en el rango de 31a 37 cm.														
12	Pinza de extracción dentada de 10 mm., de garra rotable y desmontable en el rango de 31 a 45 cm de longitud.														
13	Pinza tipo Maryland, reusable, girable y desmontable, diámetro de 5 mm., longitud en el rango de 31 a 45 cm.														
14	Pinza de agarre tipo Grasper, reusable, rotable y desmontable, de doble acción, 5 mm., de diámetro y con un rango de 31 a 36 cm., de longitud.														
15	Porta agujas metálico, de 5 mm., de diámetro, reusable, con mango con mecanismo axial o Castro viejo con														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	cremallera, punta recta, longitud en el rango de 31 a 45 cm.														
16	Separador de hígado o retractor, (articulado o rígido), apertura en forma de abanico, diámetro de 10 mm., 5 valvas, longitud de 38 cm., con puerto de lavado, autoclavable.														
17	Tijera Metzembaun curva bipolar, reusable, rotable y desmontable, 5 mm., de diámetro, longitud de trabajo en el rango de 31 a 36 cm.														
18	Pinza intestinal con dos ramas atraumáticas, 10 mm., de diámetro y con una longitud de 31 a 36 cm., de longitud., sin línea dentada interior														
19	Pinza de ángulo recto tipo Mixter, para disección, larga 10 mm., de diámetro por 31 a 36 cm., de longitud.														
20	Contenedor de esterilización compatible con instrumental ofertado.														
Artros 1	**Set de Artroscopia 1 para el procedimiento:**														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	10.01.002 Artroscopía de muñeca/codo/tobillo sin implante.														
1	Gancho palpador, para pequeñas articulaciones, con graduación.														
2	Cánula operativa en el rango de 2.7 a 3.2 mm. corta, con poste.														
3	Extensión de irrigación, con válvula de medidas de acuerdo a bienes y equipo médico ofertado necesarias para el procedimiento														
4	Adaptador de infusión.														
5	Cánula (corta), con puerto de flujo en el rango de 2.7 a 3.2 mm.														
6	Pinza punch, pequeñas articulaciones.														
7	Pinza punta redondeada punch, pequeñas articulaciones.														
8	Pinza grasper (medida fina), pequeñas articulaciones.														
9	Pinza grasper para pequeñas articulaciones.														
10	Contenedor de esterilización compatible con instrumental de														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL							
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
	artroscopía de pequeñas articulaciones.														
Artros 2	**Set de Artroscopia 2 para el procedimiento: 10.01.012 Artroscopia de muñeca/codo/tobillo con implante.**														
1	Drill con guía de colocación, ancla dentro del rango de 1.5 a 3.5 mm o similar según el implante.														
2	Instrumental de acuerdo al implante ofertado según tecnología del fabricante														
Artros 3	**Set de Artroscopia 3 para los procedimientos: 10.01.004 Artroscopia de hombro, 10.01.011 Artroscopia de hombro con implante.**														
1	Gancho palpador graduado.														
2	Pinza pico de pájaro u obturadora en el rango de 22° hasta 45° con angulación hacia arriba.														
3	Pinza pico de pájaro de 45° derecha O Pinza para paso de sutura curva derecha.														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REGSSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
4	Pinza pico de pájaro de 45° izquierda O Pinza para paso de sutura curva izquierda.														
5	Pinza pico de pájaro recta.														
6	Gancho tipo crochet.														
7	Tijera o cortador de sutura con extremo abierto o cerrado según tecnología del fabricante														
8	Pinza pasasutura de mango rotador o equivalente.														
9	Manipulador de nudos abierto o cerrado														
10	Cola de cochino izquierdo o lasso pasa suturas según tecnología del fabricante														
11	Pinza pasasutura rotatoria de mango de cigarro izquierda o Pinza pasasutura y recuperadora en un solo paso para mango rotador o equivalente														
12	Cola de cochino derecho o lasso pasa suturas.														
13	Pinza pasasutura rotatoria de mango de cigarro derecha o equivalente														
14	Pinza recuperadora o														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL							
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
	sujetadora de sutura.														
15	Varilla guía con y sin tope 4.0 mm. o mayor.														
16	Cánulas dilatadoras en el rango de 6.5, a 8.5 mm.														
17	Elevador de periostio recto y angulado.														
18	Escofina en forma de banana o estándar o raspas para debridación artroscópica de hombro.														
19	Guía para anclas con obturador romo y cortante.(según tecnología del fabricante)														
20	Contenedor de esterilización compatible con instrumental de artroscopía de hombro.														
Artros 4	**Set de Artroscopia 4 para el procedimiento: 10.01.008 Artroscopia de rodilla con implante.**														
1	Brocas tibiales desde 6 hasta 10 mm. Incluye brocas intermedias.														
2	Brocas femorales desde 7 hasta 10 mm. Incluye brocas intermedias														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
3	Medidor de injerto o bloque medidor desde 4.5 hasta 12 mm. Incluye tubos medidores intermedios														
4	Pinza recuperadora o sujetadora de sutura														
5	Tenotomo abierto y cerrado de 5.0 a 7 mm. longitud de acuerdo a tecnología del fabricante														
6	Destornillador para tornillo biodegradable.														
7	Destornillador hexagonal de 3.5 mm. Canulado.														
8	Guía o apuntador tibial para ligamento cruzado posterior (LCP).														
9	Guía o apuntador femoral para ligamento cruzado posterior (LCP).														
10	Tope de seguridad para ligamento cruzado posterior (LCP).														
11	Elevador para ligamento cruzado posterior (LCP) con agarrador de alambre (si el sistema proporcionado lo requiere).														
12	Raspa tibial para ligamento cruzado posterior (LCP).														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REGSSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
13	Cureta femoral para ligamento cruzado posterior (LCP).														
14	Cureta abierta en rango de 3 a 10 mm.														
15	Alambre guía para tornillo canulado en el rango de 1.1 a 2 mm. X 30 a 35 cm. de longitud.														
16	Camisa calibrada para broca guía con ojal pasa hilo en el rango de 2 a 2.4 mm. de diámetro X 35 a 40 cm y/o superior de longitud, o bala angulada tibial para broca guía en el rango de 2 a 2.4 mm. de diámetro.														
17	Broca guía con ojal pasa hilo en el rango de 2 a 2.4 mm. de diámetro X 35 a 40 cm. y/o superior de longitud.														
18	Guía tibial para ligamento cruzado anterior (LCA).														
19	Guía femoral para ligamento cruzado anterior (LCA).														
20	Pinza de tejido.														
21	Contenedor de esterilización compatible con instrumental de														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REGSSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	artroscopía de rodilla con implante.														
22	Perforador canulado eléctrico compatible con la sierra sagital con una sola pieza de mano y accesorios														
23	Broca para Sistema de anclaje a superficie corporal, no roscado para plastia de ligamentos cruzados(según tecnología del fabricante)														
24	Alambre pasasuturas														
Artros 5	**Set de Artroscopia 5 para el procedimiento: 10.01.010 Artroscopia de rodilla.**														
1	Gancho palpador graduado.														
2	Pinza de canasta 90° derecha e izquierda.														
3	Pinza de canasta curva hacia arriba.														
4	Pinza de canasta recta.														
5	Pinza de canasta 45° derecha e izquierda.														
6	Pinza de retrograda recta derecha e izquierda.														
7	Pinza de canasta izquierda y derecha.														
8	Pinza sujetadora de tejido ahuecada.														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
9	Pinza grasper de cuerpos extraños.														
10	Cánula diagnóstica en el rango de 3 a 6.5 mm., doble válvula rotatoria.														
11	Tijera recta.														
12	Contenedor de esterilización compatible con instrumental de artroscopia de rodilla.														
13	Microfracturadores en el rango entre 20 a 90 grados														
Artros 6	**Set de Artroscopia 4 para el procedimiento: 10.01.013 Artroscopia de Cadera.**														
1	Varilla de intercambio 4.0, 4.5, canulado con canulado de 1.2 y 4.5 respectivo														
2	Cánulas de acceso desde 4.5 a 5.5 con obturador canulado														
3	Pistola de intercambio														
4	Guia de acceso para portal anterior														
5	Adaptador para cánula de acceso de una y/o dos válvulas														
6	Cuchillo de banana														
7	Mircofracturadores 30°, 45° y 60°														
8	Gancho tipo crochet														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
9	Gancho palpador extralargo														
10	Mango en T para varilla canulada														
11	Pinza de canasta 90° derecha e izquierda														
Artros 7	**Set de Artroscopia 7 para el procedimiento: 10.01.014 Artroscopia de Cadera con implante.**														
1	Dril con guía de colocación ancla dentro del rango de 1.7 a 2.9														
2	Obturadores para cánulas entre 7.0 y 8.5 diámetro, longitudes entre 90 y 110 mm														
3	Cureta Abierta Longitud de cadera														
4	Cortador de Longitud de cadera														
5	Baja nudos Longitud de cadera														
6	Raspa Longitud de cadera														
7	Pinza pico de pájaro recta Longitud de cadera														
8	Gancho crochet Longitud de cadera														
9	Elevador de tejido Longitud de cadera														
Endo Res 1	**Set de Endoscopia aparato respiratorio**														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	1, para los procedimientos: 10.21.002 Broncoscopia con toma de biopsia y cepillado adulto, 10.21.004 Dilataciones traqueales o bronquiales adulto y 10.21.005 Extracción de cuerpo extraño aparato respiratorio adulto.														
1	Pinza para extracción de cuerpo extraño, tipo cacahuatera o similar.														
2	Pinza para extracción de cuerpo extraño, dientes de ratón.														
3	Pinza tipo cocodrilo para extracción de cuerpo extraño o apertura bilateral.														
4	Pinza con mandíbula forma de cuchara redonda u oval para biopsia.														
5	Canastilla útil para la extracción de cuerpo extraño.														
Endo Dig 1	**Set de Endoscopia tubo digestivo 1, para los procedimientos: 10.22.002 Colonoscopia con toma de biopsia adulto, 10.22.003**														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	Enteroscopia, 10.22.006 Panendoscopia con toma de biopsia y cepillado adulto, 10.23.001 Endoscopia de tubo digestivo para lesiones sangrantes no variceales adulto, 10.23.002 Endoscopia de tubo digestivo para lesiones sangrantes variceales esofágicas adulto, 10.23.003 Endoscopia de tubo digestivo para lesiones sangrantes variceales gastrointestinales adulto, 10.23.004 Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con esfinterotomía biliar y/o pancreática , con toma de biopsia y cepillado adulto, 10.23.007 Colangiografía con esfinterotomía biliar y colocación de prótesis biliar, 10.23.008 Dilatación de tubo digestivo alto y/o bajo adulto, 10.23.009 Colangiografía con														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	esfinterotomia biliar y colocación de prótesis biliar y pancreática básica adulto, 10.23.010 Colangiografia con esfinterotomia biliar y litotricia mecánica para coledocolitiasis compleja, 10.23.013 Extracción de cuerpo extraño en tubo digestivo alto y/o bajo adulto, 10.23.015 Gastrostomia endoscópica adulto, 10.23.020 Mucosectomia endoscópica de tubo digestivo, 10.23.022 Polipectomia de tubo digestivo alto y/o bajo adulto, 10.23.023 Colangiografia con esfinterotomia biliar y colocación de prótesis biliar y pancreática compleja, 10.23.024 Colangiografia retrógrada endoscópica para extracción de litos básica adulto y 10.23.025 Drenaje endoscópico de pseudoquiste pancreático.														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REGSSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
1	Pinza para biopsia estándar con copa de forma oval y/o estilete.														
2	Pinza de biopsia caliente.														
3	Pinza para biopsia biliar o pancreática, reusable si esta es desechable se debera incluir en bienes de consumo complementario														
4	Pinza para extracción de cuerpos extraños tipo cocodrilo.														
5	Pinza para extracción de cuerpos extraños, tipo dientes de ratón.														
6	Pinza para extracción de cuerpo extraño trípode o puede ser de cuatro hilos														
7	Canastilla de red para cuerpos extraños reusable o desechable.														
8	Pinza biopsia compatible con enteroscopio ofertado.														
9	Dilatador esofágico de tipo Savari Guilliard set de 16 piezas de 5 a 20 mm de calibre con guía metálica flexible o Dilatador esofágico de 6 a 20 mm con guía metálica según tecnologia de cada fabricante.														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
Oftalmo 1	**Set de Oftalmología 1 de segmento anterior, para el procedimiento: 10.11.001 Facoemulsificación con implante de lente intraocular (LIO) y 10.11.002 Facoemulsificación sin implante de lente intraocular (LIO).**														
1	Inyector para lente ocular plegable reutilizable. Según marca de lente ofertado.														
2	Tijera Wescott o Stevens curva, puntas romas, longitud 110 a 115 mm.														
3	Tijera Stevens, recta, puntas romas, longitud, de 110 a 120 mm.														
4	Blefaróstato de alambre Barraquer 10 a 15mm														
5	Gancho de Sinskey, angulado de 0.15 a 0.25 mm., de diámetro, longitud de 115 a 130 mm.														
6	Micro portagujas Barraquer corto curvo, sin retén, longitud de 110 a 130 mm.														
7	Tijera Vannas, curva, cuello de cisne.														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	longitud 5 a 8.5 cm.														
8	Pinza Tipo Dressing, recta, sin dientes.														
9	Pinza Mc Pherson angulada, sin dientes, con plataforma.														
10	Pinza Castroviejo para sutura, recta, con dientes de 0.12 mm., de ancho, longitud de 100 a 110 mm.														
11	Pinza Bishop-Harmon con dientes 0.3 a 0.5 mm														
12	Choper Seibel														
13	Manipulador de núcleo de Akahoshi o de Sinkey II. O Drysdale														
14	Choper núcleo Nagahara														
15	Pinza Prechopper de Akahoshi combo (o Pinza de acción cruzada)														
16	Pinza capsulorrexis, extremos de agarre ultrafinos, ramas delgadas de 10 a 11 mm., de longitud.														
17	Manipulador de lente Lester con punta angulada.														
18	Caja de esterilización de 5 X 10" o 6 X 10 " pulgadas.														
19	Pinza plegadora de lente o Kellan o Burato														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	según lente ofertado.														
20	Microgancho iris.														
21	Tijera cornoesclerar Castroviejo, hojas pequeñas.														
22	Asa para cristalino														
23	Cánula de Simcoe directa														
24	Blefaróstato Lieberman mediano o Blefaróstato de hojas de 15 mm														
Oftalmo 2	**Set de Oftalmología 2 de segmento posterior, para el procedimiento: 10.12.008 Vitrectomía, 10.12.009 Facovitrectomía, 10.12.010 Vitrectomía con Endofotocoagulación * Y 10.12.011 Facovitrectomía con implante de lente intraocular (LIO) y endoprueba.***														
1	Blefaróstato Lancaster o Kershner. Longitud 7 cm.														
2	Blefaróstato Liberman o Kershner. Longitud 7 cm. o Blefaróstato de hojas de 15 mm														
3	Compás Castroviejo.														
4	Pinza Bishop-Harmon con dientes.														
5	Tijera Wescott curva,														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	puntas romas, longitud 110 a 115 mm.														
6	Pinza Mc Pherson angulada, sin dientes y plataforma.														
7	Pinza Castroviejo, para sutura, recta, con dientes de 0.12 mm., de ancho, longitud de 100 mm.														
8	Pinza Dressing, recta, sin dientes.														
9	Pinza de ILM para la disección de la membrana limitante interna, de 23 y 25 GA (reusable o desechable).														
10	Pinza de membranectomia o tipo cocodrilo de 23, o 25 GA o de agarre para membrana de 23, o 25 GA.														
11	Mango de Backflush de gran capacidad con reserva extragrande o grande 23 Gauges, con punta desechable o reusable														
12	Microtijeras curvas horizontales de 23 o 25 GA. Podrán ofertar solo una tijera de cualquier tamaño solicitado.														
13	Gancho para membrana tipo Eckard														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	angulado 100° aproximadamente con extremo distal cónico , de 23 o25 GA Ó Espátula para membrana angulado de 23 o 25 GA.														
14	Pinza Bonaccolto angulada o Pinza Bonaccolto angulada o recta utilitaria (para manejo de cánulas).														
15	Tijeras horizontales curvas finas para membranectomía con una curvatura horizontal de 12 mm., y 23 G./0.6 .mm., o 25 G./0.5 mm. reusables o desechables.														
16	Caja de esterilización 6 X 10 pulgadas.														
17	Micro pinzas para membrana.														
18	Pinzas vitroretiniales para remover cuerpos extraños el calibre que se sugiere es de 14 Ga.														
Otorrino 3 Ped	**Set de ONG, cirugía endoscópica pediátrica para el procedimiento: 10.02.103 Cirugía funcional endoscópica de nariz , senos paranasales y estructuras anexas**														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	pediátrica.														
1	Telescopio de 0°, 2.7 a 4 mm de diámetro. Longitud de 12 a 14 cm., autoclavable.														
2	Telescopio o sistema óptico de 30°. Diámetro de 2.7 a 4 mm., longitud útil de 12 a 14 cm., autoclavable a elección del cirujano.														
3	Telescopio o sistema óptico de 45° o 70°. Diámetro de 2.7 a 4 mm., longitud útil de 12 a 14 cm., autoclavable.														
4	Trócar y camisa para sinoscopía, de diámetro externo de 5 mm., o diámetro interno en el rango de 2.7 a 4 mm. Longitud de 8.5 a 9.5 cm., compatible con telescopio o sistema óptico de diámetro de 2.7 a 4 mm a elección del cirujano.														
5	Trócar y camisa para sinoscopía, diámetro externo y diámetro interno compatible con los telescopios solicitados de Longitud de 7.5 a 9.5 cm., compatible con telescopio o sistema óptico.														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
6	Tubo de aspiración-irrigación de Eicken, con adaptador luer-lock, curva corta, diámetro externo de 3 mm., longitud útil de 12.5 cm., o mayor.														
7	Palpador doble de ostium para área maxilar. Extremos circulares de diámetro en el rango de 1.2 a 2 mm., o de diferente diámetro que permita el procedimiento con una longitud útil de 17 a 22 cm.														
8	Palpador doble de ostium para área frontal, con 17 a 22 cm., de longitud.														
9	Cucharilla o Legra para seno frontal.														
10	Bisturí curvo, puntiagudo, longitud útil de 15 a 19 cm.														
11	Elevador doble de Freer o Cottle. Semicortante, graduado, longitud útil de 20 a 23 cm.														
12	Pinza sacabocado, retrogrado. Mango giratorio o rotable 360°, longitud útil de 10 a 11 cm.														
13	Pinza de biopsia y agarre Kennedy-														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	Blakesley o Weil-Blakesley. Curva hacia arriba 45°, con aspiración, calibre "1" o según la tecnología del fabricante, quijadas o punta de pinza de 8 mm de largo por 3 a 3.6 mm de ancho de mordida, longitud útil en el rango de 11 a 12.5 cm.														
14	Pinza de biopsia y agarre tipo Kennedy-Lusk pediátrica o Weil-Blakesley. Curva hacia arriba 45°, con canal para aspirar, longitud útil de 12.5 cm.														
15	Pinza de biopsia y agarre tipo Kennedy-Lusk pediátrica o Weil-Blakesley. Recta, con canal para aspirar, longitud útil de 10 a 12.5 cm.														
16	Pinza nasal, recta, tipo Blakelsley o Weil-Blakesley. Calibre "1" o según la tecnología del fabricante, quijadas o punta de pinza de 8 mm de largo por 3 a 3.6 mm de ancho de mordida, quijadas o punta de pinza de 8 mm de largo por 3 a 3.6 mm de ancho de														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	mordida, longitud útil de 11 a 12 cm.														
17	Pinza nasal, recta, tipo Blakelsley. Calibre "0" o según la tecnología del fabricante, quijadas o punta de pinza de 5 a 7 mm de largo por 3 mm de ancho de mordida, longitud útil de 11 a 12 cm.														
18	Pinza nasal, curva hacia arriba 45°, tipo Blakelsley-Wilde o Weil-Blakesley. Calibre "1" o según la tecnología del fabricante, quijadas o punta de pinza de 8 mm de largo por 3 a 3.6 mm de ancho de mordida, longitud útil de 11 cm.														
19	Pinza nasal, curva hacia arriba 45°, tipo Blakelsley-Wilde o Weil-Blakesley. Calibre "0" o según la tecnología del fabricante, quijadas o punta de pinza de 5 a 7 mm de largo por 2.5 a 3 mm de ancho de mordida, longitud útil de 11 cm.														
20	Pinza nasal, curva hacia arriba 90°, tipo Blakelsley-Wilde o														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	Weil-Blakesley. Calibre "2", quijadas o punta de pinza de 10 a 12 mm de largo por 3 a 3.5mm de ancho de mordida, longitud útil de 11 cm.														
21	Pinza nasal, curva hacia arriba 90°, tipo Blakelsley-Wilde o Weil-Blakesley. Calibre "1" o según la tecnología del fabricante, quijadas o punta de pinza de 8 mm de largo por 3 a 3.6 mm de ancho de mordida, longitud útil de 10 a 11 cm.														
22	Pinza de Standberger (o Takahashi), con canal de irrigación de 12.5 a 16 cms														
23	Pinza nasal 45°.														
24	Legra o cureta para antro, ovalado. Calibre "1" (o de acuerdo a tecnología del fabricante) , longitud útil de 17 a 19 cm.														
25	Tijera nasal, recta, longitud útil de 10 a 13 cm con punta fina.														
26	Tijera nasal, curva derecha, longitud útil de 10 a 13 cm con punta fina.														
27	Tijera nasal, curva														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	izquierda, longitud útil de 10 a 13 cm.														
28	Pinza tipo jirafa de doble cuchara, curva hacia arriba de 45° a 55°. Apertura horizontal, diámetro de copa medina o de 3 mm., longitud útil en el rango de 10 a 12 cm.														
29	Pinza tipo jirafa de doble cuchara, curva hacia arriba de 80° a 90°. Apertura horizontal, diámetro de copa mediano o de 2 mm., longitud útil en el rango de 9 a 13 cm.														
30	Pinza tipo jirafa de doble cuchara, curva hacia arriba de 55° a 70°. Apertura vertical, diámetro copa pequeña o de 3 mm., longitud útil en el rango de 10 a 13 cm.														
31	Pinza tipo jirafa de doble cuchara, curva hacia arriba de 70° a 90°. Apertura vertical copa pequeña o de 2 mm., longitud útil en el rango de 10 a 13 cm.														
32	Pinza nasal sacabocado para seno frontal, de corte circular, curvo hacia arriba de 65° a 70°.														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	Diámetro de 3.5 a 5 mm., longitud útil en el rango de 9 a 17 cm.														
33	Pinza nasal sacabocado para seno esfenoidal, de corte circular, recta. Diámetro de 3.5 a 7 mm., longitud útil en el rango de 9 a 18 cm.														
34	Pinza nasal cortante, recta, fina, 8 X 3 mm. Calibre "1" o según la tecnología del fabricante, longitud útil de 13 cm.														
35	Contenedor de esterilización compatible con instrumental ofertado.														
Otorrino 4 Ped	**Set de ONG, cirugía endoscópica para el procedimiento: 10.02.104 Cirugía de oído pediátrica.**														
1	Telescopio o sistema óptico de 0°, de 2.7 a 3 mm., longitud útil de 8 a 14 cm., autoclavable.														
2	Telescopio o sistema óptico de 30°, de 2.7 a 3 mm., longitud útil de 8 a 14 cm., autoclavable.														
3	Telescopio o sistema óptico de 45°, de 3 a 4 mm., longitud útil de 8 a 18 cm., autoclavable.														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REGSSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
4	Telescopio o sistema óptico de 70°, de 2.7 a 3 mm., longitud útil de 8 a 14 cm., autoclavable.														
5	Disector de THOMASSIN o de acuerdo al fabricante, dos extremos útiles, extremos de curvatura simple a la derecha o a la izquierda , longitud 16 a 18 cm														
6	Disector de THOMASSIN, dos extremos útiles, extremos de doble curvatura a la derecho a la izquierda , longitud 16 a 18 cm														
7	Disector de THOMASSIN, dos extremos útiles acodados 90 grados a la derecho a la izquierda , longitud 16 a 18 cm														
8	Pinzas otológicas, curvadas 45 grados a la derecha, extrafinas, cuchara ovalada de 0.6 a 8 mm, longitud útil 10 cm														
9	Pinzas otológicas, curvadas 45 grados a la izquierda, extrafinas, cuchara ovalada de 0.6 mm, longitud útil 10 cm														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL							
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
10	Pinzas otológicas, curvadas 45 grados aproximadamente hacia arriba, extrafinas, cuchara ovalada de 0.6 mm, longitud útil 8 a 10 cm														
11	Pinzas otológicas, curvadas 45 grados aproximadamente hacia abajo, extrafinas, cuchara ovalada de 0.6 a 0.9 mm, longitud útil 8 a 10 cm														
12	Cánulas de aspiración, curvatura de, Luer-Lock, de 0.9 a 1 mm de diámetro exterior, longitud 8 a 10 cm, cónico (cónico o según tecnología del fabricante)														
13	Cánulas de aspiración, curvatura de 6 mm, Luer-Lock, 1.2 mm de diámetro exterior, cónico(cónico o según tecnología del fabricante)														
14	Cánulas de aspiración, con curvatura, Luer-Lock, 1.6 mm de diámetro exterior, cónico(cónico o según tecnología del fabricante)														
15	Mango de aspiración de FISCH, con orificio														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	de interrupción, cono LUER, longitud 5.5 cm, para utilizar con las cánulas de aspiración														
16	Tijeras de Belluccil finas, curvadas a la izquierda, longitud útil 8 cm														
17	Tijeras de Bellucci finas, curvadas a la derecha, longitud útil 8 cm														
18	Pinzas otológicas de Hartmann , muy finas, estriadas, longitud útil 8 a 8.5 cm														
19	Aguja de Wullstein leve curvada, longitud 16 a 16.6 cm														
20	Bisturí redondo 45 grados, 1 mm de diámetro, longitud 16 cm														
21	Bisturí redondo 45 grados, 2 mm de diámetro, longitud 16 cm														
Endouro Ped 1	**Set de Endourología pediátrica 1, para el procedimiento: 10.04.101 Cistoscopia pediátrica.**														
1	Minicistouretroscopio de 7 fr.X 10 A 12 cms O 9 fr. X 20 cms O 16 fr. X 30 cms con visión lateral ó frontal a elección del cirujano														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
1.1	Con óptica de 0° a 30°, de 1 a 2 canales de trabajo.														
1.2	Con longitud de 100 mm., a 200 mm., esterilizable en autoclave ó soluciones.														
Endouro Ped 2	**Set de Endourología 2, para el procedimiento 10.04.119 Litotricia vesical pediátrica.**														
1	Minicistouretroscopio de 7 fr.X 10 cms 9 fr. X 20 cms 16 fr. X 30 cms con visión lateral ó frontal a elección del cirujano														
1.1	Con óptica de 0° a 30°, de 1 a 2 canales de trabajo.														
1.2	Con longitud de 100 mm., a 200 mm., esterilizable en autoclave ó soluciones.														
2	Pinza de extracción de cuerpos extraños vesical de 3 a 5 fr.														
Endouro Ped 3	**Set de Endourología pediátrica 3, para el procedimiento: 10.04.118 Litotricia ureteral pediátrica.**														
1	Ureteroscópio semirrígido.														
1.1	Diámetro de 6 fr. a 7.5 fr., visión de 0° a 6°,														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	canal de trabajo de 3 fr. a 5 fr., longitud de 40 a 45 cm.														
2	Minicistouretroscopio de 7 fr,X 10 cms 9 fr. X 20 cms 16 fr. X 30 cms con visión lateral ó frontal a elección del cirujano														
2.1	Con óptica de 0° a 30°, de 1 a 2 canales de trabajo.														
2.2	Con longitud de 100 a 200 mm., esterilizable en autoclave ó soluciones.														
3	Pinza endoscópica flexible de 3 a 5 fr., tipo caimán.														
Endouro Ped 5	**Set de Endourologia pediátrica 5, para el procedimiento: 10.04.117 Litotricia pielocalicial pediátrica.**														
1	Ureteroscópio semirrigido: Diámetro de 4.5 a 8 fr. o Charr, visión de 0° a 6°, canal de trabajo de 2.5 a 5 FR. o Charr, longitud útil de 300 mm como mínimo. Canal de irrigación de 3.0 a 4.2 Fr. o Charr.														
2	Ureteroscópio flexible de 6 a 7.5 fr., con canal de trabajo de 3 a 5 fr.														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
Endouro Ped 7	**Set de Endourología pediátrica 7, para el procedimiento: 10.04.115 Uretrotomía interna pediátrica.**														
1	Uretrotomo que incluye: Óptica con ángulo de visión de 0° a 5° autoclavable, diámetro de 1.9 a 2.1 mm.														
1.1	Camisa o vaina (incluir obturador) Externa desde 7 fr a 8.5fr (incluir ambas medidas). o Charr.														
1.2	Elemento de trabajo.														
Uro Ped 1	**Set de Urología laparoscópica de alta especialidad pediátrica 1, para los procedimientos: 10.06.114 Criptorquidia abdominal, 10.06.135 Nefrectomía pediátrica, 10.06.139 Pieloureterolitotomía por laparoscopia pediátrica, 10.06.150 Resección de quiste renal laparoscópico pediátrico, 10.06.160 Pieloplastía pediátrica y 10.06.161 Reimplante ureterovesical laparoscópico**														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	pediátrico.														
1	Aplicador para clip de titanio, mediano-largo. Diámetro 5 a 10 mm., longitud en el rango de 20 a 33 cm., autoclavable.														
2	Aplicador para clip absorbible o de polímero mediano o largo.														
3	Aplicador para clip absorbible o de polímero o de titanio , extra-largo.														
4	Sistema de irrigación/succión, con cánula de 3 y 5 mm., tipo trompeta o pistola.														
5	Gancho disección/coagulador, con punta en "L", monopolar, de 3 o 5 mm., de diámetro, aislado, reusable con longitud de 20 a 36 cm.														
6	Telescopio o sistema óptico de 3 o 5 mm., ángulo o dirección de campo visual de 0 y 30°, autoclavable, longitud de 20 a 33 cm.														
7	Pinza intestinal atraumática, de 3 o 5 mm., de diámetro, longitud de 20 a 36 cm.														
8	Pinza Maryland, de 3 o 5 mm., rotable y														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	desmontable, con longitud de 20 a 33 cm.														
9	Porta agujas metálico de 3 o 5 mm., reusable, con mango con mecanismo axial o Castroviejo con cremallera, punta recta, longitud de trabajo de 20 a 33 cm.														
10	Tijera Metzembaun de 3 o 5 mm., reusable, curva, monopolar, rotable y desmontable, longitud de 20 a 36 cm.														
11	Pinza de agarre y disección tipo Grasper fenestrado, 3 o 5 mm., de diámetro, desmontable en dos o tres componentes, rotable, de doble acción, longitud de 20 a 33 cm., sistema de sujeción, autoclavable.														
12	Separador de hígado o retractor, (articulado o rígido), diámetro de 3 o 5 mm., 3 a 9 valvas, apertura en forma de abanico, con puerto de lavado, autoclavable, longitud de 20 a 34 cm.														
13	Contenedor de esterilización compatible con instrumental ofertado.														
Cirugía Ped 1	**Set de Cirugía**														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	general de alta especialidad pediátrica 1, para los procedimientos: 10.06.102 Apendicectomía laparoscópica pediátrica, 10.06.104 Cirugía de hiato esofágico pediátrica, 10.06.106 Cirugía de quiste hepático pediátrico, 10.06.110 Colecistectomía laparoscópica pediátrica, 10.06.111 Colecistectomía con exploración de vía biliar pediátrica, 10.06.124 Laparoscopía con toma de biopsia pediátrica, 10.06.126 Laparoscopía diagnóstica pediátrica, 10.06.156 Laparoscopía con resección del tubo digestivo pediátrica, 10.06.157 Laparoscopía con corrección de malformaciones congénitas de tubo digestivo, 10.06.158 Plastía de hernia diafragmática pediátrica y 10.07.101														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	Toracoscopías con corrección de malformaciones congénitas torácicas, 10.07.102 Toracoscopía diagnóstica, 10.07.103 Toracoscopía con toma de biopsia														
1	Aplicador, de 3 o 5 o 10 mm., para clip de titanio, pequeño, o mediano-largo, autoclavable, rotable, longitud de trabajo 20 a 34 cm.														
2	Aplicador para clip absorbible o de polímero mediano o largo.														
3	Sistema de irrigación/succión con cánula de 3 o 5 mm., tipo pistola o trompeta.														
4	Coagulador de espátula de 3 o 5 mm., monopolar, reusable, de 20 a 36 cm.														
5	Gancho disección/coagulador, de 3 o 5 mm., monopolar, con punta en "L", igual o menor a 90°, aislado, reusable, longitud de 20 a 36 cm.														
6	Telescopio o sistema óptico de 3 o 5 o 5.5 o														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	10 mm. Ángulo o dirección de campo visual de 0° o 30°. Longitud de trabajo de 20 a 33 cm., esterilizable.														
7	Telescopio o sistema óptico de 10 mm. Ángulo o dirección de campo visual de 0° o 30°. Longitud de trabajo de 20 a 33 cm., esterilizable.														
8	Pinza Babcock, fenestrada 5 mm., de diámetro, aislada, reusable, rotable, longitud de trabajo 20 a 33 cm.														
9	Pinza tipo Babcock, 3 o 5 mm., de diámetro, reusable, rotable, desmontable en dos o tres componentes, de doble acción, con sistema de sujeción, longitud de trabajo 20 a 33 cm.														
10	Pinza baja nudos (tipo Gazayerli o Shedid), de 3 o 5 mm., de diámetro, reusable, longitud de trabajo de 20 a 33 cm.														
11	Pinza de disección tipo Mixter de 3 o 5 mm., de diámetro, reusable, rotable y desmontable,														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	con punta angulada, longitud de trabajo 20 a 33 cm.														
12	Pinza de extracción o de garra, 3 a 3.4mm o 5 mm., de diámetro, rotable y desmontable, dentada, reusable, largo de trabajo de 20 a 33 cm.														
13	Pinza tipo Maryland de 3 o 5 mm., reusable, rotable y desmontable, longitud de trabajo de 20 a 33 cm.														
14	Pinza de agarre tipo Grasper, reusable, rotable y desmontable, de doble acción, diámetro de 3 o 5 mm., longitud de 20 a 33 cm.														
15	Porta agujas metálico, de 3 o 5 mm., de diámetro, reusable, con mango con mecanismo axial o Castroviejo, con cremallera, punta recta, longitud de 20 a 33 cm.														
16	Retractor hepático metálico, maleable, articulado, que al activarse adquiere forma triangular o de gancho, diámetro de 5 mm., reusable, longitud de 20 a 34 cm.														
17	Separador de hígado,														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	(articulado o rígido) de 5 mm., de diámetro de 3 a 5 valvas que se abren en abanico, reusable, longitud de 20 a 34 cm.														
18	Tijera Metzembaun de 3 o 5 mm., de diámetro, curva, bipolar, rotable, desmontable, reusable, largo de trabajo de 20 a 36 cm.														
19	Pinza de disección tipo Mixter reusable, rotable y desmontable, con punta angulada, diámetro de 5 mm., longitud de trabajo en el rango de 31a 37 cm.														
20	Pinza intestinal fenestrada, de 5 mm., de diámetro, longitud de 30 a 33 cm.														
21	Pinza intestinal con dos ramas atraumáticas, 10 mm., de diámetro, longitud de 30 a 36 cm.														
22	Pinza de ángulo recto tipo Mixter, para disección, larga 10 mm., de diámetro, longitud de 33 a 36 cm.														
23	Contenedor de esterilización compatible con instrumental ofertado.														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
Cir Ped. 2	**Set de Cirugía pediátrica 2 complementario para los procedimientos: 10.06.117 Esplenectomía no asistida pediátrica 10.06.155 Cirugía laparoscópica de órgano sólido abdominal pediátrica.**														
1	Morcelador electrónico alámbrico o inalámbrico de uso laparoscópico a través de trocar que consta de los siguientes elementos:														
1.1	Equipo electromecánico.														
1.2	Para la remoción de tejido, histerectomía y miomas.														
1.3	Compacto y de peso ligero.														
1.4	Ajuste de uso en el rango de 11 a 12, 15 y 20 (este último opcional) mm.														
1.5	Con bordes cortantes.														
1.6	Controlador que permita dos modos de giro pre seleccionables como mínimo.														
1.7	De 50 rpm o mayor.														
1.8	Con cuchillas reusables.														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
2	Incluye instrumentos para garantizar el procedimiento de morcelación: pinza con dientes, perforador, trocar, reductores para trocar o sistemas compatibles que eviten fuga de neumoperitoneo, punzón.														
3	Pieza de mano														
4	Tirabuzón o instrumento de punción de 5 y 10 mm., longitud de 32 a 37 cm.														
5	Micropinza o minipinza para biopsia, reusable, aislada, con quijadas de acción simple o doble, diámetro de 5 mm., longitud de trabajo dentro del rango de 32 a 37 cm.														
Endo Res 3	**Set de Endoscopia aparato respiratorio pediátrico 3, para los procedimientos: 10.21.102 Broncoscopia con toma de biopsia y cepillado pediátrica, 10.21.105 Extracción de cuerpo extraño aparato respiratorio pediátrica.**														
1	Pinza para extracción de cuerpo extraño, tipo														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	cacahuatera o similar.														
2	Pinza para extracción de cuerpo extraño, dientes de ratón.														
3	Pinza tipo cocodrilo para extracción de cuerpo extraño o apertura bilateral.														
4	Pinza con mandíbula forma de cuchara redonda u oval para biopsia.														
5	Canastilla útil para la extracción de cuerpo extraño.														
Endo Dig 4	**Set de Endoscopia tubo digestivo pediátrico 4, para los procedimientos: 10.22.102 Colonoscopia con toma de biopsia pediátrica, 10.22.106 Panendoscopia con toma de biopsia pediátrica, 10.23.101 Endoscopia de tubo digestivo para lesiones sangrantes no variceales pediátrica, 10.23.102 Endoscopia de tubo digestivo para lesiones sangrantes variceales esofágicas con escleroterapia pediátrica, 10.23.103 Endoscopia de tubo**														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL							
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
	digestivo para lesiones sangrantes varicealesgastrointestinales pediátrica, 10.23.104 Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica con esfinterotomía biliar y/o pancreática, con toma de biopsia y cepillado pediátrica, 10.23.108 Dilatación de tubo digestivo alto y/o bajo pediátrica, 10.23.109 Colangiografia con esfinterotomía biliar y colocación de prótesis biliar y/o pancreática básica pediátrica, 10.23.113 Extracción de cuerpo extraño en tubo digestivo alto y/o bajo pediátrica, 10.23.115 Gastrostomía endoscópica pediátrica, 10.23.122 Polipectomía de tubo digestivo alto y/o bajo pediátrica y 10.23.124 Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica para extracción de litos														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	básica pediátrica.														
1	Pinza para biopsia estándar con copa de forma oval.														
2	Pinza de biopsia caliente.														
3	Pinza para biopsia biliar y pancreática, reusable. (Si es desechable ubicarla en bien de consumo complementario)														
4	Pinza para extracción de cuerpos extraños tipo cocodrilo o apertura bilateral.														
5	Pinza para extracción de cuerpos extraños, tipo dientes de ratón.														
6	Pinza para extracción de cuerpo extraño trípode o puede ser de cuatro hilos.														
7	Canastilla de red para cuerpos extraños reusable o desechable.														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
8	Dilatador esofágico de tipo Savari Guilliard set de 16 piezas de 5 a 20 mm de calibre con guía metálica flexible o Dilatador esofágico de expansión radial controlada de 6 a 20 mm con guía metálica														
Oftalmo Monotemática 1	**Set de Oftalmología 1 de segmento anterior, para el procedimiento: 10.11.001 Facoemulsificación con implante de lente intraocular (LIO) y 10.11.002 Facoemulsificación sin implante de lente intraocular (LIO).**														
1	Inyector para lente ocular plegable reutilizable. Según marca de lente ofertado.														
2	Tijera Wescott o Stevens curva, puntas romas, longitud 110 a 115 mm.														
3	Tijera Stevens, recta, puntas romas, longitud, de 110 a 120 mm.														
4	Blefarostato Barraquer de alambre, de 9mm														
5	Gancho de Sinskey,														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL							
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
	angulado de 0.25 mm., de diámetro, longitud de 110 a 130 mm.														
6	Microportagujas Barraquer corto y curvo, sin retén, hojas delicadas longitud de 120 a 140 mm.														
7	Tijera Vannas, curva, cuello de cisne, longitud 5 a 8 cm.														
8	Pinza Tipo Dressing, recta, sin dientes.														
9	Pinza Mc Pherson angulada, sin dientes, con plataforma.														
10	Pinza Castroviejo para sutura, 0.12mm.														
11	Pinza Bishop-Harmon con dientes0.3 mm														
12	Choper Seibel														
13	Manipulador de núcleo de Akahoshi o de Sinkey II. O Drysdale														
14	Choper núcleo Nagahara.														
15	Pinza Prechopper de Akahoshi combo.														
16	Pinza capsulorrexis, extremos de agarre ultrafinos, ramas delgadas de 10 a 11 mm., de longitud.														
17	Manipulador de lente Lester con punta angulada.														
18	Caja de esterilización														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	de 5 X 10" o 6 X 10 " pulgadas.														
19	Pinza plegadora de lente o Kellan o Burato según lente ofertado.														
20	Microgancho para iris.														
21	Tijera cornoescleral curva fina o cornoesclerar Castroviejo, hojas pequeñas														
22	Asa para cristalino														
23	Cánula de Simcoe directa														
24	Blefaróstato Lieberman mediano.														
Oftalmo Monotemática 2	**Set de Oftalmología 2 de segmento posterior, para el procedimiento: 10.12.008 Vitrectomía, 10.12.009 Facovitrectomía, 10.12.010 Vitrectomía con Endofotocoagulación * Y 10.12.011 Facovitrectomía con implante de lente intraocular (LIO) y endoláser.***														
1	Blefaróstato (Lancaster o Kershner) Longitud 7 cm.														
2	Compás Castroviejo.														
3	Pinza Bishop-Harmon con dientes.														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL							
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
4	Tijera Wescott curva, puntas romas, longitud 110 a 115 mm.														
5	Pinza Mc Pherson angulada, sin dientes y plataforma.														
6	Pinza Castroviejo, para sutura, recta, con dientes de 0.12 mm., de ancho, longitud de 100 mm.														
7	Pinza Dressing, recta, sin dientes.														
8	Pinza de ILM para la disección de la membrana limitante interna, de 23 y 25 GA (reusable o desechable).														
9	Pinza de membranectomía o tipo cocodrilo de 23, o 25 GA.														
10	Mango de Backflush de gran capacidad con reserva extragrande o grande 23 Gauges, con punta desechable o reusable														
11	Microtijeras curvas horizontales de 23 o 25 GA. Podrán ofertar solo una tijera de cualquier tamaño solicitado.														
12	Gancho para membrana tipo Eckard angulado 100°														

Formato T23 Propuesta de instrumental

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por instrumental.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	aproximadamente con extremo distal cónico , de 23 o25 GA..														
13	Pinza Bonaccolto angulada o recta utilitaria														
14	Tijeras horizontales curvas finas para membranectomía con una curvatura horizontal de 12 mm., y 23 G./0.6 .mm., o 25 G./0.5 mm. reusables o desechables.														
15	Caja de esterilización 6 X 10 pulgadas.														
16	Micro pinzas para membrana.														
17	Pinzas vitroretiniales para remover cuerpos extraños el calibre que se sugiere es de 14 Ga.														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
bcb1	Aguja de hemostasia para escleroterapia; aguja de 19 G; extensión máxima de 4 mm. Catéter con diámetro externo de 2.3 mm., longitud de 180 a 240 cm.														
bcb2	Aguja de hemostasia para escleroterapia; aguja de 22G o 23 G; extensión máxima de 4 a 5 mm. Catéter con diámetro externo de 2.3 a 2.5 mm., longitud 180 a 240 cm.														
bcb3	Aguja de hemostasia para escleroterapia; aguja de 25 G; extensión máxima de 4 a 5 mm. Catéter con diámetro externo de 2.3 a 2.5 mm., longitud 180 a 240 cm.														
bcb4	Aguja de punción percutáneo de dos o tres elementos.														
bcb5	Aguja de Veres de 120 a 150 mm., de longitud, desechable.														
bcb6	Aguja para pinza pasasutura.														
bcb7	Asa endoscópica con red para atrapar pólipos de acuerdo al canal de														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	trabajo.														
bcb8	Asa endoscópica para polipectomía de tres medidas diferentes y de 230 cm de longitud. compatible con los tubos ofertados.														
bcb9	Asa para resectoscopio, calibre en el rango de 24 a 27 fr., desechables, ó reusables compatibles con marca y modelo del equipo.														
bcb10	Azul de tripano: Solución tintada para cirugía de catarata al 0.05 a 0.06% (presentación jeringa precargada o fco. Amp.) presentación de 0.5ml o 0.75ml, o 1.0 ml o1.5 ml.														
bcb11	Balón de dilatación biliar hidrostático o hidroneumático entre 4 a 20 mm. de diámetro, con un rango de 2 a 8 cm. de longitud, con manómetro de presión para insuflación.														
bcb12	Balón de dilatación con capacidad de alcanzar diferentes diámetros . Compatible con el canal														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	de trabajo solicitado, en función del equipo.														
bcb13	Balón de silicón o latéx para endoscopio para ultrasonido lineal, compatible con la marca afertada.														
bcb14	Balón de silicón o latéx para endoscopio para ultrasonido radial, compatible con la marca afertada.														
bcb15	Balón O catéter de dilatación esofágica y pilórica de medidas en forma progresiva desde 6 hasta 20 mm., cada balón O catéter deberá ofrecer 3 medidas, con guía y jeringa de 60 cc. Con manómetro integrado para insuflación de balón de dilatación.														
bcb16	Bolsa colectora de espécimen pequeña ó grande según pieza a extraer.														
bcb17	Bolsa contenedora.														
bcb18	Bolsa para recolección de orina, elaborada a base de polivinilo con graduaciones cada 100														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	ml., y capacidad de 2000 ml., sistema cerrado, con válvula antirreflujo.														
bcb19	Botón de repuesto o recambio según calibre solicitado (24 fr.). De diferentes longitudes 0.8 a 3.5 cms.														
bcb20	Cabeza de ocutomo (vitrectomia) de 23 o 25 gauges, con capacidad de corte de 2500 o mayor número cortes por minuto con toma de vacío y corte.														
bcb21	Camisa de acceso ureteral de uno o doble lumen de 35 a 46 cm., de longitud.														
bcb22	Campo quirúrgico oftálmico de 140 cm X 160 a 220 cm., con bolsas a los lados estéril y desechable. Pza. (deberá cubrir por completo al paciente).														
bcb23	Canastilla de dormia de nitinol de 3 a 4.5 fr. y 65cm a 120cm, de longitud, de 4 alambres. y diámetro de canasta de 1 a 2 cm. Compatible con el														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	equipo ofertado														
bcb24	Canastilla para litotricia y extracción de cálculos, 2 a 2.8 mm. de diámetro, con apertura de canasta de 1.5cm a 3 cm presentar medidas intermedias.														
bcb25	Cánula con punta blanda de silicón estéril y desechable (debe ser compatible con la cabeza de ocutomo y lanceta escleral). Pza														
bcb26	Cánula de Infusión desechable (calibre 23 o 25 G, long. 2.5 ó 4.0 ó 6.0 mm.) (compatible con la cabeza de ocutomo y lanceta).														
bcb27	Cánula de irrigación, angulada. 23 o 25 G.														
bcb28	Cánula para hidrodisección estéril y desechable. Pza.														
bcb29	Cánula plástica con obturador para drenaje de hombro con válvula de drenaje que permita cierre y drenaje en forma manual, de 6.0 a 8.30 mm., y de 70 a 90 mm.,														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	de longitud.														
bcb30	Cánula roscada O lisa con obturador de 6.0 a 9.0 mm. presentar medidas intermedias, de diámetro por 7-7.5 cm., de longitud.														
bcb31	Cánula roscada O lisa con obturador de 7 a 8.5 mm de diámetro de 90 a 110 de longitud.														
bcb32	Cápsulas para visualización de tubo digestivo.														
bcb33	Capuchones para hidrodisección endoscópica compatible con el equipo ofertado.														
bcb34	Cartucho 30 a 35, 45, 60 mm., de longitud con grapas de 1.0 a 2.5 mm., de altura.														
bcb35	Cartucho 30 a 35, 45, 60 mm., de longitud con grapas de 1.0 a 4.5 mm., de altura.														
bcb36	Cartucho-inyector de LIO, compatible con el tipo y modelo del LIO según tecnología de cada fabricante.														
bcb37	Cassette con juego de														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	tubería i/A.desechable según tecnología del fabricante.														
bcb38	Catéter con Balón de extracción triple lumen 8.5 a 18 mm (incluir medidas intermedias) Con punta distal, y longitud de 195 a 210 cm., estéril y desechable.														
bcb39	Catéter de colangiografia para la exploración de vías biliares de 5 fr. y longitud según complexión y constitución del paciente.														
bcb40	Catéter de dilatación biliar calibrado (o dilatación circunferencial controlada) en el rango de 6 a 12 mm., con longitud en el rango de 180 a 260 cm.														
bcb41	Catéter de dilatación biliar calibrado en un rango de 6 a 12 fr., con de 180 a 240 cm., de longitud o o Cáteter de dilatación biliar radial controlada con medidas de 6 a 12 mm, longitud de 240 cm.														
bcb42	Catéter para manometría														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	anorectal Reusable según equipo ofertado.														
bcb43	Catéter para manometría esofágica reusable según equipo ofertado.														
bcb44	Cepillo de citología, longitud de trabajo de en el rango de 120 a 140 cm., protegido, compatible con el broncoscopio o gastroscopio ofertado y utilizado.														
bcb45	Cianocrilato vial.														
bcb46	Clip para hemostasia endoscópica.														
bcb47	Clips vasculares de polímero 5 mm. (Pza.)														
bcb48	Clips vasculares de polímero diversas medidas, para ligar vasos y/o tejido de 2 mm a 16 mm de ancho. (por Pza.)														
bcb49	Conector tipo luer con tapones.														
bcb50	Consumibles deacuerdo a tecnología de cada fabricante.														
bcb51	Cuchilla angulada de 12° a 30° de 4.0 a 4.2 mm., de diámetro por 8 a 10.5 cm., de longitud.														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
bcb52	Cuchilla angulada de 30° a 40° de 4.0 a 4.2 mm., de diámetro por 10.5 a 11 cm., de longitud.														
bcb53	Cuchilla angulada de 30° a 40° para hueso de 3.5 a 4.0 mm., de diámetro por 8.0 a 10.5 cm., de longitud.														
bcb54	Cuchilla angulada para incisión corneal estéril y desechable de 2.2 a 3.0 mm. Pza. (las cuchillas deben ser compatibles con las puntas de faco, capuchones y las cánulas de hidrodisección).														
bcb55	Cuchilla angulada para incisión corneal estéril y desechable. Pza. de 2.75 a 3.2 mm.														
bcb56	Cuchilla angulada para tunelización crescent mate estéril y desechable Pza.														
bcb57	Cuchilla cortadora curva con mordida externa O Cuchilla cortadora maleable con mordida externa														
bcb58	Cuchilla cortadora para hueso y tejido suave de														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	3.5 a 4.2 mm., de diámetro, de 10.5 a 12 cm., de longitud.														
bcb59	Cuchilla cortadora para hueso y tejido suave, angulación de 30° a 40°, 3.5 a 4.0 mm., de diámetro por 10.5 a 12 cm., de longitud.														
bcb60	Cuchilla cortadora para hueso y tejido suave, angulación de 30° a 40°, 3.5 a 4.2 mm., de diámetro por 10.5 a 12 cm., de longitud.														
bcb61	Cuchilla para tejido de 2.9 a 4 mm ., de diámetro por 7.5 a 11 cm., de longitud.														
bcb62	Cuchilla recta de 15° para paracentesis estéril y desechable. Pza.														
bcb63	Cuchillo de media luna para uretrotomo compatible con el equipo O														
bcb64	Cuchillo para hidrodiseccion endoscópica tipo I oT u O de 180 a 240 cm de longitud. o Sonda de corte que sean compatibles con el equipo ofertado.														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
bcb65	Cuchillo recto para uretrotomo compatible con el equipo.														
bcb66	Disco CD o DVD o almacenamiento USB para cubrir el evento, según el equipo ofertado, compatible con hardware institucional.														
bcb67	Electrodo de corte, tipo asa, angulado O de tipo barril.														
bcb68	Electrodo de vaporización.														
bcb69	Electrodo punta esférica diámetro de 0.5 a 0.8 mm., y longitud 100 a 110 mm.														
bcb70	Electrodo tipo aguja de 0.5 a 1.5 mm., de diámetro y de 100 a 110 mm., de longitud.														
bcb71	Endoiluminador de luz fría de 23 o 25 Gauges.														
bcb72	Endoprótesis plástica de doble cola de cochino, 4 a 5 cm., de longitud calibre 3 a 10 fr.														
bcb73	Endoprueba curva para endofotocoagulación, calibre 23 y 25, compatible con fuente de														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	endoláser y sistema óptico (filtros).														
bcb74	Engrapadora articulada lineal laparoscópica con corte y cartuchos con rango de 30, 35, 45 y 60 mm., en una sola O por separado.														
bcb75	Engrapadora circular desde 28 a 34 mm., con capuchón.														
bcb76	Engrapadora lineal articulada laparoscópica con corte y cartucho con rango de 30, 35, 45 y 60 mm., en una sola o por separado.														
bcb77	Equipo de cepillo para citología biliar guiado, (incluye: camisa para el cepillo, cepillo con diámetro en el rango de 2 a 3.5 mm., punta flexible en el rango de 2.0 a 3.5 cm. 6 fr. a 9fr., longitud 115 a 200 cm., o mayor.														
bcb78	Esfinterotómo de corte O precorte, de 5 mm., O 7.5 fr.														
bcb79	Esfinterotómo de triple lumen de precorte de 7 a 5 fr.														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
bcb80	Esfinterotómo de triple lumen, 20 mm. 5.5 a 7 fr. 200 a 240 cm o mayor., de longitud.														
bcb81	Esfinterotómo de triple lumen. 30 mm. 5.5 a 7 fr. 200 a 240 cm de longitudo mayor														
bcb82	Fibra láser de 200 O mayor micras. (útil para 10 procedimientos).														
bcb83	Fresa cortante oval o esférica o cilindrica, para hueso duro y cartílago de 3.0 a 4 mm., diámetro por 10.5 a 12.5 cm., de longitud.														
bcb84	Fresa para hueso de 2.8 a 3.0 mm., de diámetro por 7.5 a 12 cm., de longitud.														
bcb85	Fresa para hueso de 3.0 a 3.5 mm., de diámetro por 7.6 a 11 cm., de longitud.														
bcb86	Fresa para hueso de 4.0 a 4.5 mm., de diámetro, con angulación de 45° a 70° y 11.5 a 13.0 cm., de longitud.														
bcb87	Funda para cabezal de cámara endoscópica,														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	longitud de 240 cm., o mayor, estéril.														
bcb88	Funda para mesa de instrumental para equipo, estéril y desechable. Pza.														
bcb89	Funda para pantalla de equipo, estéril y desechable. Pza.														
bcb90	Guía de alambre de nitinol de 0.035" a 0.038". O Guía para catéter ureteral de alambre, con cubierta hidrofílica, calibre dentro del rango de 0.035" a 0.038" pulgadas, longitud de 145 a 150 cm., punta recta flexible de 3 cm.														
bcb91	Guía de alto rendimiento de 0.035" y 450 cm., de longitud.														
bcb92	Guía de alto rendimiento, diámetro dentro del rango de 0.018" a 0.035", con longitud de 230 a 240 cm o mayor.														
bcb93	Guía extrarígida de alambre de 0.035" a 0.038" X 145 cm., de longitud. O Guía para catéter ureteral de alambre, con cubierta														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	hidrofílica, calibre de 0.035" a 0.038" pulgadas, longitud de 145 a 150 cm., punta recta flexible 3 a 8 cm.														
bcb94	Guía para catéter ureteral de alambre, con cubierta hidrofílica, calibre de 0.035" a 0.038" pulgadas, longitud de 145 a 150 cm., punta recta flexible 3 a 8 cm.														
bcb95	Hialorunato de sodio cohesivo de alta densidad (1.6% a 1.8%) sol. Presentación uso oftálmico; ya sea jeringa de 0.5 a 1ml, de acuerdo a cada fabricante.														
bcb96	Hialorunato de sodio cohesivo de baja densidad (1% a 1.4%) sol. Presentación uso oftálmico; ya sea jeringa de 0.5 a 1ml, de acuerdo a cada fabricante.														
bcb97	Hialorunato de sodio dispersivo 2% a 3% sol. Presentación jeringa de 0.5 a 1ml Uso oftálmico.														
bcb98	Jeringa esterilizada de 60 cc., con manómetro														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	integrado para insuflación de balón de dilatación.														
bcb99	Juego de 3 esclerotomos con sus cánulas correspondientes, estériles y desechables (debe ser compatible con la cabeza de ocutomo calibres 23 o 25)														
bcb100	Juego de camisas de Amplatz desechables de 22 al 30 fr.														
bcb101	Juego de dilatadores percutáneos del 8 al 20 fr. o de 8 a 30 fr.														
bcb102	Kit de Esfinterotomía por enteroscopia que incluye: Guía de alto rendimiento (o guia hidrofilica) de 450 a 600 cm de longitud y 0.035 de diámetro. Balón de extracción en el rango de 9 a 15 mm para enteroscopía de 200cm de longitud o mayor. Sistema de colocación de prótesis biliar de 8.5, 10, 11.5 Fr. De 5 a 15 cm de longitud. Y catéter de 200 cm a 230 cm o mayor compatible con la sonda, visión frontal para argón														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	plasma.														
bcb103	Kit de mucosectomía que contiene: Ligador con 6 O 7 bandas para tubo de 8.6 a 13 mm. lazo ovalado para polipectomía con longitud de catéter de 230 a 240 cm. Aguja para escleroterapia de 23 G y longitud de catéter de 240 cm.(los componentes pueden ofertarse por separado siempre que sean completamente compatibles entre sí).														
bcb104	Lápiz para electrodo.														
bcb105	Lente intraocular (diferentes dioptrías de acuerdo a requerimiento del paciente) plegable para FACO, tener disponibles las siguientes características: acrílico e hidrofóbico o hidrofílico.														
bcb106	Lente intraocular de 3 piezas plegable de -5 a +30 dioptrías (diferentes dioptrías de acuerdo a requerimiento del paciente).														
bcb107	Lente para cámara anterior.														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
bcb108	Lipiodol frasco ámpula.														
bcb109	Malla de poliglactina 910 de 25 a 35 X 25 a 35 cm. O Malla parcialmente absorbible de polipropileno y ácido poliglicolico de dos superficies.														
bcb110	Manguera de irrigación/aspiración en" Y "con control de goteo estéril.														
bcb111	Manguera de presurización con filtro para intercambio fluido-gas estéril y desechable. Pza.														
bcb112	Manguera para insuflación, longitud de 250 cm., o mayor, estéril.														
bcb113	Mangueras de extrusión con conector intermedio y equipo de irrigación con obturador para cánula de infusión estéril y desechable.														
bcb114	Microaguja para equipo monopolar, con punta roma compatible con el equipo ofertado, desechable.														
bcb115	Nudo preformado de														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	poliglactina 910 O acido poliglicolico O Sutura preanudada.(o nudo de PGLA deslizante).														
bcb116	Paquete de clips para cirugía laparoscópica, de titanio, estéril, desechable, tamaño mediano/largo.														
bcb117	Paquete de clips vasculares de polímero de tamaño mediano/largo.														
bcb118	Pinza bipolar en bayoneta.														
bcb119	Pinza para Bisturí Ultrasónico compatible con equipo ofertado (no incluirla en caso de que la pinza sea reusable, según tecnología del fabricante).														
bcb120	Pinza para Sellador de vasos compatible con equipo ofertado (no incluirla en caso de que la pinza sea reusable, según tecnología del fabricante).														
bcb121	Pistola de insuflación compatible con el balón ofertado.														
bcb122	Placa de paciente adulto.														
bcb123	Placa de paciente														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	pediátrico o neonatal, según corresponda.														
bcb124	Polímero de ácido hialurónico en gel, O Hemostático de matriz de gelatina bioabsorbible, O Biopolímero de ácido hialurónico en estado seco que se transforma en gel.														
bcb125	Punta de rasurador agresiva o semiagresiva para aplicaciones en resección de tejido blando desde 2mm hasta 4.0 mm o Fresa ovalada para resección agresiva de hueso desde 2 mm.														
bcb126	Punta de rasurador dentada o lisa, para resección agresiva de sinovial y en el rango desde 3.5 mm a 5.5 mm.														
bcb127	Punta de rasurador fresa ovalada de 3.5 a 5.5. longitud de 18 a 20 cm.														
bcb128	Punta recta o angulada a 30 ° de rasurador agresiva o semi-agresiva para aplicaciones en resección de tejido blando desde 3.8 mm hasta 5.5														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	mm con longitud en el rango de 18 a 25 cm.														
bcb129	Quistitomo de 25 GA para capsulorrexis estéril y desechable Pza.														
bcb130	Retractor de incisión o Herida.														
bcb131	Sensor o catéter de antimonio para Phmetría esofágica reusable o desechable, de acuerdo a tecnología ofertada con soluciones búfer y catéteres convencionales de uno o dos sensores con medición de impedancia														
bcb132	Set de gastrostomía endoscópica percutánea en el rango de 14fr. a 24 fr (presentar medidas intermedias)., por método de tracción y accesorios para colocación.														
bcb133	Set de gastrostomía endoscópica percutánea, de colocación inicial estándar, 24 fr., por método de tracción y accesorios para colocación.														
bcb134	Set de ligadura variceal.														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	con al menos 6 bandas, para adulto y/o pediátrico 8.6 a 11.5 mm.compatible con el diámetro externo del barril y de acuerdo al procedimiento.														
bcb135	Set o Equipo de catéteres ureterales doble "J", consta de: guía metálica de alambre afinado en espiral longitud de 24 cm y 26 cm, catéter ureteral de poliuretano calibres 4.7fr o 5 fr, 6fr y 7fr. radiopaco, longitud 50 a 70 cm posicionador.														
bcb136	Set o equipo pediátrico de catéteres ureterales de poliuretano, tipo doble "J", calibre en el rango 3.7 fr. a 4.8 fr. Y longitud desde 10 cm. a 22cm (presentar todas las medidas intermedias a elección del cirujano).														
bcb137	Set o Kit de aguja para acceso de nitinol de 1.0 a 1.4 mm de diámetro.														
bcb138	Sistema de anclaje para labrum de cadera tipo ancla, METALICA O BIO ABSORBIBLE, entre 2.3 y														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	2.9 mm.														
bcb139	Sistema de fijación cortical para LCA y LCP con cuatro puntos de bloqueo o BOTON O SISTEMA DE SUSPENSION PARA FIJACION CORTICAL FEMORAL DIFERENTES LONGITUDES. Tornillo de interferencia de titanio de rosca no cortante 7mm x 25mm a 9mm x 25 o Tornillo de interferencia Biocompatible de 7mm a 10mm x 25mm o 30mm. Set de guías para perforación de túneles tibial y femoral con y sin ojal.														
bcb140	Sistema de fijación cortico femoral. Mas Tornillo canulado cilíndrico de interferencia, en aleación de titanio O biodegradable, para la fijación del injerto en la plastía de ligamentos cruzados con rosca no cortante, diámetro de 7 a 10 mm., longitud de 20 a 30 mm., incluye medidas														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	intermedias entre las especificadas, pza.														
bcb141	Sistema de pasasutura der e izq. y neutro.														
bcb142	Sistema de reparación de menisco TODO DENTRO CON SUTURAS, con aplicador específico incluido. Pza. (Disponible en el 30% de estos procedimientos).														
bcb143	Sistema de reparación de muñeca, codo y tobillos tipo ancla metálica o bioabsorbible entre 1.7 a 3.7 mm.														
bcb144	Sistema para reparación de labrum, tipo ancla biocompuesta de 2.0 a 3.0 mm., con una o dos suturas O ancla metálica autorroscante con una sutura de 2.0mm a 3.5 mm. sutura de 2 O 4 hilos montada en pieza de mano														
bcb145	Sistema para reparación de mango rotador y labrum, tipo ancla O tornillo metálico autorroscante de 2.8 a 5.0 mm., de diámetro, sutura														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	de 2 O 4 hilos montada en pieza de mano.														
bcb146	Sistema para reparación de mango rotador, tipo ancla O tornillo biodegradable tipo saca corchos, montado en pieza de mano y sutura de 3.5 a 6.5 mm., de diámetro.														
bcb147	Sobre de microesponjas quirúrgicas estéril y desechable. Pza.														
bcb148	Solución salina balanceada 500 ml.														
bcb149	Sonda curva o recta para endofotocoagulación, calibre 23 o 25, compatible con fuente de endoláser y sistema óptico (filtros).														
bcb150	Sonda de drenaje urinario de permanencia prolongada de elastómero de silicón o totalmente de silicón, con globo de auto retención de 1.5 a 5 ml o mayor., con válvula para jeringa, estéril y desechable, tipo Foley de dos vías: calibre desde 6fr a 12 fr. (presentar las														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	medidas intermedias a elección del cirujano).														
bcb151	Sonda de drenaje urinario de permanencia prolongada de elastómero de silicón o totalmente de silicón, con globo de auto retención de 5 ml., con válvula para jeringa estéril y desechable, tipo Foley de dos vías: calibre 14 fr. a 22 fr (presentar medidas intermedias a elección del cirujano).														
bcb152	Sonda o punta de radiofrecuencia o plasma bipolar recta, de 3 a 5 mm y 18 a 20 de longitud.														
bcb153	Sonda o punta de radiofrecuencia o plasma monopolar o bipolar angulada o recta u oval, para pequeñas articulaciones.														
bcb154	Sonda o punta de radiofrecuencia o plasma monopolar o bipolar, recta u oval o angulada desde 60° a 90°.														
bcb155	Sonda para drenaje urinario de permanencia prolongada, de														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	elastómero de silicón, con globo de auto retención de 5 ml., estéril y desechable. Tipo Foley de dos vías. Calibres: 16 a 22 fr. Presentar calibres intermedios.														
bcb156	Sonda para drenaje urinario, de permanencia prolongada, de látex recubierta de silicón, con globo de auto retención de 30 ml., con válvula para jeringa, estéril y desechable. Tipo Foley tres vías. Calibres: 20 a 24 fr. Presentar calibres intermedios.														
bcb157	Stent metálico autoexpandible cubierta y no cubierta de nitinol (o cubierta equivalente)biliar de 6, 8, 10 mm. X 4, 6, 8 cm., de longitud.														
bcb158	Stent plástica biliar (precargada o con sistema introductor) de calibre 7 a 11.5 fr., y de 5 cm hasta 18 cms longitud.														
bcb159	Stent plástica pancreática (precargada o con sistema introductor) entre														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	5 a 10 fr. X 5 a 10 cm., de longitud.														
bcb160	Sutura barbada 2-0 y 3-0 (caibre a elección del cirujano) de 15 a 23 cm con aguja de medio circulo.														
bcb161	Tornillo canulado cilíndrico de interferencia, en aleación de titanio O biodegradable, para la fijación del injerto en la plastía de ligamentos cruzados con rosca no cortante, diámetro de 7 a 10 mm., longitud de 20 a 30 mm., incluye medidas intermedias entre las especificadas, pza. elección del cirujano O														
bcb162	Trampa de lavado bronquial o equivalente.														
bcb163	Trócares flexibles punta roma , desechables que permitan utilizar instrumentos de 3mm o 5mm, 10mm, 11mm y 12 mm., de diámetro, con sistema automático de seguridad, con protección de filos, con válvula de paso luer-lock, de 55 a														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	150 mm., de longitud, según complexión y constitución del paciente.														
bcb164	Trócares y camisas para cirugía laparoscópica, desechables que permitan utilizar instrumentos de 10 mm, 11mm, 12 mm y 15 mm., de diámetro, con sistema automático de seguridad, con protección de filos, con válvula de paso luer-lock, de 55 a 150 mm.,														
bcb165	Trócares y camisas para cirugía laparoscópica, desechables que permitan utilizar instrumentos de 3 mm ó 5 mm, 10 mm, 11mm, 12 mm y 15 mm., de diámetro, con sistema automático de seguridad, con protección de filos, con válvula de paso luer-lock, de 55 a 150 mm.,														
bcb166	Trócares y camisas para cirugía laparoscópica, desechables y transparentes que permitan utilizar instrumentos de 3mm o														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Básico (bcb)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo básico.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento(s)	PARTIDA(S)
id_bcb	BIEN DE CONSUMO BÁSICO	id_bcb	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	5mm, 10mm, 11mm y 12 mm., de diámetro, con sistema automático de seguridad, con protección de filos, con válvula de paso luer-lock, de 55 a 150 mm., de longitud, según complexión y constitución del paciente.														

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Complementario (bcc)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo complementario.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						PARTIDA(S)
CLAVE	BIEN DE CONSUMO COMPLEMENTARIO	CLAVE	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	
10.01.901	Tornillo canulado cilíndrico de interferencia, en aleación de titanio O biodegradable, para la fijación del injerto en la plastia de ligamentos cruzados con rosca no cortante, diámetro de 7 a 10 mm., longitud de 25 a 35 mm., incluye medidas intermedias entre las especificadas, pza.													
10.01.902	Equipo de injerto osteocondral mosaicoplastia y accesorios necesarios para su uso.													
10.01.903	Anclas biodegradable o compuestas sin nudo de 2.6 a 6.5 mm.													
10.01.904	Tornillo de biotenodesis o similar compuesto o biocompatible diversas medidas.													
10.01.905	Tornillo de revisión.													
10.01.906	Sistema de cortico femoral.													
10.01.907	Sistema de cortico femoral de revisión.													
10.01.908	Sistema de reparación de menisco.													
10.01.909	Sistema para reparación de mango rotador y labrum, tipo ancla O tornillo metálico autorroscante de 2.8 a 5.0 mm., de diámetro, sutura de 2 O 4 hilos montada en pieza de mano.													
10.01.910	Sistema para reparación de mango rotador, tipo ancla O tornillo biodegradable tipo saca corchos, montado en pieza de mano y sutura de 3.5 a 6.5 mm., de diámetro.													
10.01.911	Sistema de fijación del reborde glenoideo, con cabeza de 2.8 a 3.5 mm., de diámetro													

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Complementario (bcc)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo complementario.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						
CLAVE	BIEN DE CONSUMO COMPLEMENTARIO	CLAVE	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	PARTIDA(S)
10.01.912	Sistema de reparación de muñeca codo y tobillos tipo ancla entre 1.7 a 3.7 mm.													
10.01.913	Sistema de reducción por botones cortical para lesiones de sindesmosis sin nudos, acero inoxidable o titanio.													
10.01.914	Consumibles para distractores de artroscopia de tobillo, hombro en decúbito lateral, hombro en silla de playa, y artroscopia de muñeca.													
10.01.915	Sistema de reducción acromio clavicular por botones corticales y sutura de especialidad.													
10.01.916	Fresa cortante O esférica para hueso duro y cartílago de 3.0 a 5.5 mm., diámetro por 10.5 a 17 cm., de longitud.													
10.01.917	Sistema de anclaje para labrum de cadera tipo ancla, metálica o absorbible, entre 2.3 y 2.9 mm.													
10.01.918	Sujetadores para sistema de posicionamiento para tobillo, codo, muñeca y hombro.													
10.01.919	Pasadores de sutura con monofilamento recto, 45° izquierda, derecha, 70 y 45 hacia arriba.													
10.01.920	Ancla de solo sutura 1.2 mm a 2.3 mm para rodete Glenoideo o ancla con material biocompuesto de 2.4 mm cuya perforación es 1.8 mm.													
10.01.921	Sutura de alta resistencia de diámetro 00 o Sutura de alta resistencia 2-0 de diametro de polietileno.													
10.02.901	Sonda de canal independiente hemostática universal de doble balón para control de epistaxis de													

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Complementario (bcc)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo complementario.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						PARTIDA(S)
CLAVE	BIEN DE CONSUMO COMPLEMENTARIO	CLAVE	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	
	30 cc y de 10 cc (tamaño 4.5 a 9 cm).													
10.02.902	Fresa cortante o esférica o cilindrica para hueso duro y cartílago de 3.0 a 4.0 mm., diámetro por 10.5 a 12.5 cm., de longitud.													
10.02.903	Fresa para hueso de 4.0 a 4.5 mm., de diámetro, con angulación de 45° a 70° y 11.5 a 13.0 cm., de longitud.													
10.04.904	Sonda para drenaje urinario de permanencia prolongada, de elastómero de silicón ó totalmente de silicón, con globo de auto retención de 5 y 30 ml., estéril y desechable, tipo Foley de dos ó tres vías, calibres: 14, 16, 18, 20, 22 y 24 fr.													
10.04.905	Set ó equipo pediátrico de catéteres ureterales de poliuretano, tipo doble "J"radiopaco de calibres; en el rango de 3.7 fr. a 4.8 fr. X 10 cm. hasta 22 cm.													
10.04.906	Set o Equipo de catéteres ureterales doble "j", consta de: guía metálica de alambre afinado en espiral. longitud. 24 cm calibre. 5 fr. catéter ureteral de poliuretano. Radiopaco. Con posicionador. O													
10.04.907	Balón dilatador para tracto percutáneo.													
10.04.908	Bolsa para recolección de orina, elaborada a base de polivinilo con graduaciones cada 100 ml. Y capacidad de 2000 ml., sistema cerrado, con válvula antirreflujo.													
10.04.909	Catéter ureteral para pielografía retrógrada de 3 a 5 fr., de 40 a 70													

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Complementario (bcc)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo complementario.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						
CLAVE	BIEN DE CONSUMO COMPLEMENTARIO	CLAVE	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	PARTIDA(S)
	cm., de longitud.													
10.04.910	Cuchillo recto y de media luna para uretrotomo compatible con el equipo.													
10.04.912	Dilatador ureteral de balón, hidráulico de 6 mm X 10 cm., incluye sistema de inflado.													
10.04.913	Camisa de acceso ureteral de doble lumen, de 35 cm., de longitud.													
10.04.914	Guía extrarígida de alambre de 0.035" a 0.038", 145 a 150 cm.													
10.04.915	Dilatador ureteral de balón de 3.8 a 5.8 mm X 10 cm., ó 4 mm. X 10 cm. Para pediatría 3.8 a 5.8 mm X 4 cm de longitud de balón													
10.04.916	Canastilla de Dormia de nitinol de 1.8 a 3 fr. (Ureterolito láser flexible).													
10.04.918	Camisa de acceso ureteral hidrofílica.													
10.04.919	Juego de dilatadores percutáneos tipo Amplatz de 8 a 30 fr.													
10.04.920	Guía de alambre de nitinol de 0.035" a 0.038", 145 a 150 cm.													
10.04.921	Aguja de acceso percutáneo.													
10.04.922	Canastilla de dormia de nitinol de 3 a 4.5 fr. X 65 a 90 cm., de longitud. diámetro de 1 a 2 cm.													
10.04.923	Electrodo de Vaporización para endourología													
10.04.924	Catéter con balón de oclusión de 5 a 7 fr. X 75 a 100 cm., de longitud.													
10.04.926	Catéter tipo open-end ureteral 3 a 4 Fr.													
10.06.902	Engrapadora articulada lineal laparoscópica con corte y cartuchos con rango desde 30mm hasta 60 mm., en una sola ó por													

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Complementario (bcc)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo complementario.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						PARTIDA(S)
CLAVE	BIEN DE CONSUMO COMPLEMENTARIO	CLAVE	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	
	separado.													
10.06.903	Cartucho 30 a 35, 45, 60 mm., de longitud con grapas de 1.0 a 4.5 mm., de altura.													
10.06.906	Sistema de fijación biodegradable para fijación de malla.													
10.06.907	Sistema de fijación helicoidal de aleación de titanio para malla laparoscópica.													
10.06.908	Clip vascular polímero mediano/largo, largo o extralargo.													
10.06.909	Engrapadora circular desde 28 a 34 mm., con capuchón.													
10.06.910	Drenaje flexible con diseño de 4 canales, 10 fr. y 19fr, sin Hub, trócar 1/4"y 1/8". Con reservorio.													
10.06.911	Paquete de clips para cirugía laparoscópica, de titanio, estéril desechable, tamaños: mediano ó mediano/largo.													
10.06.912	Trócar con balón dilatador para espacio retroperitoneal o equivalente.													
10.06.913	Puerto laparoscópico único flexible para cirugía transanal con tres puertos incluidos y canal de insuflación.													
10.06.915	Bolsa colectora de espécimen pequeña ó grande según pieza a extraer.													
10.06.916	Pinza para Bisturí Ultrasónico compatible con equipo ofertado (no incluirla en caso de que la pinza sea reusable, según tecnología del fabricante)													
10.12.901	Aguja para anestesia retrobulbar de calibre 23 o 25 G larga.													
10.12.902	Sutura sintética no absorbible, monofilamento de nylón con aguja													

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Complementario (bcc)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo complementario.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						PARTIDA(S)
CLAVE	BIEN DE CONSUMO COMPLEMENTARIO	CLAVE	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	
	de 1/2 círculo o 3/4 circulo o 3/8 circulo, punta espatulada doble armada (6mm a 7 mm), calibre 10-0, longitud de hebra 30 - 45 cm.													
10.12.903	Aceite de silicón con viscosidad de 5000 CST, con set de inyección de fluidos viscosos, que incluye los siguientes productos: 1.- Una jeringa 10 cc, estéril y desechable pza. 2.- Una manguera de presurización con conector para equipo y adaptación con émbolo para la jeringa de 10 ml. Pza. 3.- Una Cánula de infusión 23 GA o inyectable a través de la Unidad de Vitrectomía.													
10.12.904	Líquido perfluro carbonado de 5 a 7 ml.													
10.12.905	Sonda de endoiluminación Chadellierer 23 ó 27 GA. Según solicite el médico.													
10.12.906	Sonda de endodiatermia de 23 o 25 G.													
10.12.907	Cánula Charles, calibre 23 o 25 G (compatible con la cabeza de ocutomo y lanceta).													
10.12.912	Sutura doble armada recta y curva de 8-0 o 10-0 de Polipropileno.													
10.12.913	Azul Brillante sol. al 0.025%(de 0.5ml o 0.75ml o 1ml con cánula de 27G).													
10.12.914	Vitrector anterior compatible con el equipo ofertado.													
10.12.915	Retractores de iris desechable o retractor flexible de iris, estéril y desechable.													
10.12.916	Anillo de tensión capsular.													
10.12.917	Cánula diamantada para retiro de membranas o Micro Pic o Pic para													

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Complementario (bcc)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo complementario.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						PARTIDA(S)
CLAVE	BIEN DE CONSUMO COMPLEMENTARIO	CLAVE	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	
	membrana.													
10.12.918	Silicón pesado o de alta densidad vial de 10 ml.													
10.12.919	Cuchilla crescent estéril y desechable. Pza.													
10.12.922	Banda de 240 de silicón.													
10.21.901	Stent bronquial de silicón(o cubierta equivalente) varias medidas.													
10.21.902	Pinza para biopsia biliar o pancreática desechable o Pinza para biopsia de gastroenterología para vía biliar o pancreática desechable.													
10.21.903	Sobretubo flexible de 140 cm o mayor, con balón (de latex o silicón)incluido en la punta distal compatible con la marca o modelo ofertado de enteroscopio.													
10.22.902	Aguja de aspiración para lesiones y biopsia de 19 a 25 GA., estériles, con extensión de 8 cm., con jeringa incluida de 5 ó 10 cc., con camisa para ajuste previo a la toma, con seguros de la camisa y de la aguja, con guía metálica, compatible con el US endoscópico.													
10.23.901	Prótesis metálica, autoexpandible, removible, totalmente cubierta de silicón (o cubierta equivalente), con diámetro en el rango de 16 a 25 mm. y una longitud de 5 a 18 cm., con sistema de posicionamiento (según tecnología de cada fabricante).													
10.23.903	Pinza Anchor y Twin Grasper, de 180 a 230 cm., de longitud, con clips para sellado de perforaciones, fístulas y sangrados													

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Complementario (bcc)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo complementario.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						PARTIDA(S)
CLAVE	BIEN DE CONSUMO COMPLEMENTARIO	CLAVE	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	
	con tres tipos de configuración de mordida, diámetro 11, 12 y 14 mm. O equivalente que cumpla la misma función.													
10.23.905	Prótesis autoexpandible total o parcialmente o totalmente descubierta para uso de tubo digestivo con diámetro mínimo de 18 mm y longitud de acuerdo al área anatómica, de distintas medidas.													
10.23.906	Sistema (tipo OTSG o equivalente que cumpla la misma función), para sellado de perforaciones, fístulas y sangrados y resecciones.													
10.23.907	Botón de repuesto o recambio según calibre solicitado (14 a 20 fr.). De diferentes longitudes 0.8 a 3.5 cms.													
10.23.908	Prótesis biliar, metálica de nitinol (o cubierta equivalente)totalmente cubierta, autoexpandible, de 10 mm., de diámetro y 4 cm., de longitud, con introductor de 6 fr., guía 0.035" pulgadas, de 200 cm. de longitud.													
10.23.909	Prótesis esofágica de 18 mm. de diámetro y 7 a 12 cm., de longitud, con guía.													
10.23.910	Prótesis ó Stent plástica biliar, precargada o con sistema de liberación, calibre de 8.5 a 11.5 fr., longitud de 5 a 15 cm.													
10.23.911	Prótesis metálica autoexpandible tipo yoyo para drenaje de pseudoquiste o necrosectomia pancreática de 10 mm ó más de apertura y de diámetro lateral de 20 mm de longitud como mínimo													

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Complementario (bcc)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo complementario.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						PARTIDA(S)
CLAVE	BIEN DE CONSUMO COMPLEMENTARIO	CLAVE	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	
10.23.912	Asa para polipectomía con tres medidas de asa de acuerdo a la tecnología del fabricante, controlable y desechable, de diámetro y de longitud compatible con los Equipos propuestos.													
10.23.913	Asa para pólipos planos con crecimiento lateral (diente de Tiburón o media luna) , de 2.4 ó 2.6 mm., de diámetro y 230 a 240 cm., de longitud.													
10.23.914	Balón para dilatación neumática ,para la estrechez esofágica de 20 a 40 mm., de diámetro, con accesorio de insuflación. Para el caso de pediatría deben de ser de 5,6,8,10,12,14,16,18 y 20 ATM(o balón de dilatación de acuerdo a la tecnología de cada fabricante y de acuerdo a las necesidades del área usuaria y del paciente pediátrico)													
10.23.915	Canastilla con red de 180 a 240 cm., de longitud y de 3 x 6 cm., de diámetro. O canastilla de Dormia sin red de 4 a 6 hilos de 180 a 240cm de longitud.													
10.23.916	Cepillo de 2.4 o mayor, de 180 a 230cm de longitud para citología esofágica. Compatible con el equipo ofertado.													
10.23.917	Extensión yeyunal para gastrostomía endoscópica 8.5 Fr a 12 Fr.; de silicona, balón de retención, anillo de retención, conector universal, puerto de descompresión gástrica, múltiples puertos de salida, extremo distal en punta, con contrapeso de tungsteno. Kit que incluya material													

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Complementario (bcc)

Indique el número de la(s) partida(s) de su interés, la(s) cual(es) debe(n) corresponder a la propuesta económica:
Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por bien de consumo complementario.

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						PARTIDA(S)
CLAVE	BIEN DE CONSUMO COMPLEMENTARIO	CLAVE	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	
	para su colocación													
10.23.918	Catéter de ablación con argón hibrida con long de mas de 1.9 metros y diámetro de 2.3 mm o Sonda de Argón con longitud de acuerdo a las necesidades del paciente													
10.23.919	Polvo hemostático para coaptación de sangrado no variceal.													
10.23.920	Sonda de coagulación bipolar para lesiones sangrantes no variceal.													
10.23.922	Stent bronquial neonatal metálico recubierto diferentes longitudes.													
10.23.923	Cepillo de citologia para via biliar guiaco de al menos 2.1 a 2.5 mm y longitud de 200 a 240 CM													

80 FORMATO T25 "Manual de Desinfección de Alto Nivel" (DAN)

1.- Objetivo:	
2. Fecha de entrega de Manual de Desinfección de Alto Nivel	
3.- Alcance	
4 .- Asignación de Responsabilidades:	**Técnico (Asignado por el Licitante Adjudicado)**
5.- Desarrollo del Proceso	
5.1 Procedimiento de lavado y desinfección de Alto Nivel de Endoscopio(s)	
5.2 Limpieza y Desinfección de Alto nivel Manual o con Lavadora (según la técnica utilizada).	
5.3 Almacenamiento	
5.4 Monitoreo de la efectividad del enzimático (recomendado por fabricante)	
6.- Registro de la información	
7.- Indicadores	**De acuerdo al comité de Infecciones Nosocomiales de la Unidad Médica.**
8.- Firma del Responsable:	**Técnico (Asignado por el Licitante Adjudicado)**

En cada numeral anotar:
1.- Finalidad de su manual DAN
2.- Fecha en que el Jefe o Responsable del Servicio de Endoscopia recibe el Manual DAN
3.- Equipo que será sometido a DAN
4.- El responsable será Técnico (Asignado por el Licitante Adjudicado)
5.- Descripción detallada del proceso, personal, sustancia utilizada recomendada por el fabricante, fechas de activación y vencimiento, técnica de limpieza utilizada, tiempo de exposición recomendado por el fabricante, técnica aséptica utilizada, enjuague, protección del personal que realiza el DAN, manejo de los contenedores, en caso de lavadora plasmar las indicaciones del fabricante, etc.
5.1.- Descripción del procedimiento, utilización de paños, jeringas u otros recomendados por el fabricante.
5.2.- Descripción de la limpieza y desinfección en contenedor o lavadora según la técnica utilizada
5.3.- Descripción del almacenamiento en caso de que el endoscopio no sea utilizado inmediatamente
5.4 Descripción de la evaluación a través de indicadores o tiras reactivas según recomendación del fabricante
6.- Registro de la información del desarrollo del DAN (esta debe ser conservada para la supervisión por el Jefe Endoscopia).
7.- Los indicadores serán establecido por el Comité de Infecciones Nosocomiales de la Unidad Médica.

81 FORMATO T26 "Control de Productividad, Bienes Básicos y Bienes de Consumo Complementarios de la CTSI"

FOLIOS	DEL	OOAD/UMAE (nombre)	Unidad Médica	Ciudad	Fecha del Evento	Unidad Tratante	Clave presupuestal	Nombre del médico	Apellido paterno (del médico)	Apellido materno (del médico	Matricula del Médico	Nombre del Paciente	NSS	Agregado del NSS	Días de incapacidad	Clave (del procedimiento), Procedimiento	Mes	Bienes de consumo complementarios	Clave del BCC	Año	Precio

82 FORMATO T27 "Información de los Contenidos y Requerimientos de la Unidad Médica Asignada a Proporcionar en el SMI para PMI"

Proveedor adjudicado:					UMAE/OOAD:		
Unidad Médica:	HGR:		HGZ:		UMAA:		Otra especifique:

PAQUETE 1 Accesos Diagnostico Terapéuticos de Mínima Invasión

CLAVE	Nombre del Procedimiento	No.Procedimientos asignados (anual)

PAQUETE 2 Endoscopias de Aparato Respiratorio y Digestivo

CLAVE	Nombre del Procedimiento	No.Procedimientos asignados (anual)

PAQUETE 3 Mínima Invasión de Oftalmología

CLAVE	Nombre del Procedimiento	No.Procedimientos asignados (anual)

PAQUETE 4 Capsula Endoscópica

CLAVE	Nombre del Procedimiento	No.Procedimientos asignados (anual)

PAQUETE 5 Procedimientos Funcionales Digestivos

CLAVE	Nombre del Procedimiento	No.Procedimientos asignados (anual)

II BIENES DE CONSUMO BASICOS (incluidos):

PAQUETE 1 Accesos Diagnostico Terapéuticos de Mínima Invasión

CLAVE	Nombre del Procedimiento:	
	Bienes de consumo incluidos	Cantidad
1		

2		
3		
CLAVE	Nombre del Procedimiento:	
	Bienes de consumo incluidos	Cantidad
1		
2		
3		

PAQUETE 2 Endoscopias de Aparato Respiratorio y Digestivo

CLAVE	Nombre del Procedimiento:	
	Bienes de consumo incluidos	Cantidad
1		
2		
3		
CLAVE	Nombre del Procedimiento:	
	Bienes de consumo incluidos	Cantidad
1		
2		
3		

PAQUETE 3 Mínima Invasión de Oftalmología

CLAVE	Nombre del Procedimiento:	
	Bienes de consumo incluidos	Cantidad
1		
2		
3		
CLAVE	Nombre del Procedimiento:	
	Bienes de consumo incluidos	Cantidad
1		
2		
3		
CLAVE	Nombre del Procedimiento:	
	Bienes de consumo incluidos	Cantidad
1		
2		
3		

PAQUETE 4 Cápsula Endoscópica

CLAVE	Nombre del Procedimiento:	
	Bienes de consumo incluidos	Cantidad
1		
2		
3		
CLAVE	Nombre del Procedimiento:	
	Bienes de consumo incluidos	Cantidad
1		
2		

3		

PAQUETE 5 Procedimientos Funcionales Digestivos

CLAVE	Nombre del Procedimiento:	
	Bienes de consumo incluidos	Cantidad
1		
2		
3		
CLAVE	Nombre del Procedimiento:	
	Bienes de consumo incluidos	Cantidad
1		
2		
3		
	NOMBRE DEL BIEN DE CONSUMO COMPLEMENTARIO	
CLAVE		
00.00.900		
00.00.900		
00.00.900		
00.00.900		
00.00.900		
00.00.900		
00.00.900	**III EQUIPO MÉDICO ASIGNADO**	
	NOMBRE DEL EQUIPO MEDICO	
CLAVE		
	III SETS DE INSTRUMENTAL ASIGNADO	
	NOMBRE DEL INSTRUMENTAL	
CLAVE		NO. DE SETS

"LOCALIDAD" (Estado) A ___ DEL MES DE _____ DEL 20___

_____

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL LICITANTE

_____

Nombre y Firma del Jefe de Servicio o Coordinador Clínico de la Unidad Médica quién recibe

_____

Nombre y Firma del Técnico responsable de la entrega

83 FORMATO T28 "Cronograma de Actividades del Servicio Itinerante"

Nombre del Proveedor:																					Paquete:
OOAD/UMAE:											Mes:										Partida:
No.	Unidades Médicas Itinerantes a cargo	Semana Programada 1a Días					Semana Programada 2a Días					Semana Programada 3er Días					Semana Programada 4a Días				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Representante Proveedor
Nombre y firma

Administrador del Contrato
Nombre y firma

84 FORMATO T30 "Carta Compromiso de Equipo Médico que avale los 4 años cero meses Años de Fabricación (a partir 2018)."

Instituto Mexicano del Seguro Social

Licitación Pública No._____

Presente.

_____(nombre)_____en mi carácter de representante legal o persona que cuenta con facultades para comprometer a la empresa,_____ (nombre o razón social del Licitante)_____, manifiesto que los equipo(s) médico(s) propiedad de la empresa que represento, cuentan con 4(cuatro) años cero meses de fabricación (a partir de 2018) y se encuentran en condiciones funcionales para cumplir la vigencia del contrato.

Asimismo, en caso de que los equipos médicos que presento anteriormente hallan estado en operación, presentare la bitácora de servicio de mantenimiento del equipo, en el cual aseguro que no ha tenido más de tres fallas consecutivas.

De conformidad a lo establecido en los parámetros, publicados en el Diario Oficial de la Federación (DOF), el 15 de agosto de 2012, que menciona que el equipo debe encontrarse en óptimas condiciones para la prestación del servicio.

Manifiesto conocer que el (los) equipo (s) médico (s) deberán de cubrir la vigencia del contrato del SMI de PMI 202_.

EQUIPO MÉDICO	FECHA DE FABRICACIÓN

Lugar y Fecha.

_____

Nombre y firma del representante legal de la empresa.

(Deberá presentarse en PDF, en papel membretado, con fecha de emisión y firma autógrafa)

85 FORMATO T 31 "carta relativo a la obligación del licitante adjudicado, de realizar los trabajos necesarios de adecuación a las instalaciones de cada unidad médica que corresponda

"LOCALIDAD" , a __ de _____ de 2024.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Convocante
Licitación _____
P r e s e n t e.

(_____NOMBRE_____) en mi carácter de representante legal de la empresa **(_____NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA_____)**, manifiesto que:

Respecto de la oferta de la(s) partida(s) _____, mi representada se compromete a cumplir cabalmente para la instalación del (de los) equipo(s) y para la prestación la correcta y oportuna prestación del servicio en el que resulte adjudicada, con todos y cada uno de los requerimientos necesarios, contemplando los espacios físicos del área donde será(n) ubicado(s), así como todas y cada una de las adecuaciones físicas que se requieran para la correcta instalación, el apropiado y óptimo funcionamiento del (de los) equipo(s) ofertado(s), entre ello instalaciones hidrosanitarias y/o de suministro de fluidos y/o energéticos y/o de los espacios físicos necesarios, determinados por el personal de la unidad médica receptora del (de los) bien(es) adjudicado(s) en la partida(s) mencionada(s) y que se encuentren directamente relacionados con el área de instalación del bien y su óptimo funcionamiento.

Adicionalmente mi representada se compromete a coordinarse con el personal de la unidad médica a fin de trabajar sobre la logística, necesaria respecto a la instalación y puesta a punto de los equipos y el inicio de la prestación del servicio en los plazos establecidos en la Convocatoria.

_____

(Nombre y firma del Representante Legal.

86 FORMATO T 32 ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

NOTA: A continuación se muestra de manera informativa el texto correspondiente al acuerdo de confidencialidad que deberá presentarse a firmar, en las oficinas de la DISTSS el representante legal con facultades laborales del proveedor adjudicado.

México D.F., a ___ 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 este.

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), Ley Federal de protección de la Propiedad Industrial y de la Ley Federal de Trasparencia 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:

1) Utilizar toda la información a que tenga acceso o generada con motivo de su prestación de servicio ante "EL INSTITUTO" únicamente para cumplimentar el objeto del contrato adjudicado.

2) 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.

3) No hacer copias de la información, sin la autorización por escrito de "EL INSTITUTO".

4) No revelar a ningún tercero la información, sin la previa autorización por escrito de "EL INSTITUTO".

5) Mantener estricta confidencialidad de la información y/o documentación relacionada con la prestación del servicio, bajo la pena de incurrir en responsabilidad penal, civil o de otra índole, y por lo tanto, no podrá ser divulgada, transmitida, ni utilizada en beneficio propio o de tercero.

Tercera.- Devolución de la Información.- Una vez concluida la vigencia del presente acuerdo, "EL 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:

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

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

El presente documento se regirá por las leyes vigentes en la "LOCALIDAD" , (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 "LOCALIDAD" , (Distrito Federal), expresamente renunciando a

cualquier otro fuero que pudiera corresponderles por razón de sus domicilios presentes o futuros o por cualquier otra causa.

EL INSTITUTO	EL PRESTADOR
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	Nombre del Proveedor Adjudicado
Nombre y firma Representante Legal	Nombre y firma del representante legal con facultades laborales