ELIMINADO NOMBRE Y FIRMA 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.

IMSS	**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL** **Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada** **del IMSS en el Estado de Puebla** **Jefatura de Servicios Administrativos** **Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento**	**CONTRATO NÚMERO** **D22SEI2302**

Contrato abierto para la Prestación del **Servicio Médico Integral para Procedimientos de Minima Invasion (Partida 5)** 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 Aurora Treviño García**, en su carácter de Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del Instituto Mexicano del Seguro Social en Puebla y apoderada/o legal, de "el Instituto y, por la otra parte, la empresa denominada **GRUPO VITALMEX S.A DE C.V.** (participante a), representada por el/la **C. Erika Mayela Meneses Cazares**, en su carácter de representante legal, en participación conjunta con **ENDOMEDICA, SA DE CV** (participante b); representada por el **C. Ricardo Moreno Martinez**, en su carácter de representante legal, y **MEDICAL SCOPE, S.A. DE C.V.** (participante c); representada por la **C. Mariana Rivera Welsh**, en su carácter de representante legal, a quienes en forma conjunta o individualmente se les denominará en lo sucesivo **"Prestador del Servicio"** y en forma conjunta con "El Instituto" se les denominará **"Las Partes",** al tenor de los antecedentes, declaraciones y cláusulas siguientes:

ANTECEDENTES **"El Instituto"**

La presente contratación es el resultado del procedimiento de **Licitación Pública Electrónica Internacional Bajo la Cobertura de Tratados** Número **LA-050GYR006-E571-2022,** realizado al amparo de lo establecido en los artículos **134** de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y el Título Segundo "De los Procedimientos de Contratación", Capítulo Primero "Generalidades", Capítulo Segundo "De la Licitación Pública" y los artículos **3 fracción IX**, **25, 26 fracción I, 26 Bis fracción II, 27, 28 fracción II y 47** de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, en lo sucesivo "LAASSP"; y los correlativos de su Reglamento en lo sucesivo "RLAASSP"; las "Reglas para la celebración de licitaciones públicas internacionales bajo la cobertura de tratados suscritos por los Estados Unidos Mexicanos", así como autorización especial emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y dada a conocer medi oficio 099001/6B30/2022/2769 emitido por la Coordinación de Presupuesto e Información Programática Unidad de Operación Financiera en la Dirección de Finanzas del IMSS para iniciar procedimientos contratación cuya vigencia inicie en 2023, así como el "Acuerdo por el que se expide el Protocolo de actua en materia de contrataciones públicas, otorgamiento y prórroga de licencias, permisos, autorizaciones concesiones" publicado en el Diario Oficial de la Federación, en adelante el DOF, el 20 de agosto del 2015 y sus modificaciones publicados en el DOF los días 19 de febrero de 2016 y 28 de febrero de 2017 respectivamente; y demás disposiciones relativas vigentes aplicables en la materia y los correlativos de su reglamento y en términos del acta de fallo de fecha **27 de diciembre de 2022,** suscrita por el **Titular de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento**.

DECLARACIONES

I. "El Instituto" declara, a través de su representante legal**,** que:

I.1 Es un Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene a su cargo la organización y administración del Seguro Social, como un servicio público de carácter nacional, en términos de los artículos 4º y 5º de la Ley del Seguro Social.

I.2 La **Dra. María Aurora Treviño García**, con R.F.C. [redacted] en en su carácter de Titular del Órgano De Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en el Estado de Puebla y Representante Legal, personalidad que acredita con el instrumento número noventa y cuatro mil novecientos ochenta y

ELIMINADO RFC 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 MISMA.

nueve, del libro dos mil setecientos veinticuatro, de fecha de pase a protocolo trece de febrero del dos mil veinte y firmado el catorce de febrero del mismo año, otorgado ante la fe del licenciado Luis Ricardo Duarte Guerra, Titular de la Notaría número veinticuatro, de la Ciudad de México, actuando como asociado en el protocolo de la notaría número noventa y ocho, de la que es Titular el Licenciado Gonzalo M. Ortiz Blanco, se hizo constar el poder general, que otorgó el "Instituto Mexicano Del Seguro Social", a "el poderdante" o "El Instituto" representado por el Licenciado Antonio Perez Fonticoba, en su Carácter de Titular de la Dirección Jurídica de dicho organismo, en favor de "...María Aurora Treviño García, como Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en el Estado de Puebla...", en cumplimiento al acuerdo número acdo.dn.hct.150120/21.p.dg (acdo punto dn punto hct punto uno cinco cero uno dos cero diagonal dos uno punto p punto dg), dictado por el honorable consejo técnico del "Instituto Mexicano del Seguro Social", en sesión extraordinaria celebrada el día quince de enero dos mil veinte, surtiendo efectos a partir del quince de febrero de dos mil veinte, referido instrumento notarial inscrito en el registro público de organismos descentralizados mediante folio número 97-7-19022020-145637, y manifiesta bajo protesta de decir verdad, que las facultades que le fueron conferidas no le han sido revocadas, modificadas ni restringidas en forma alguna.

I.3 La **C.P. Diliam Montaño Hernandez,** en su carácter de Titular de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento de **"El Instituto"**, interviene como **área contratante** en el Procedimiento de **Licitación Pública Electrónica Internacional Bajo la Cobertura de Tratados No**. **LA-050GYR006-E571-2022,** del cual se deriva el presente instrumento jurídico, de conformidad con lo establecido en los artículos 2 fracción I del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y numeral 5.3.8 de las políticas, bases y lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de **"El Instituto"**.

I.4 De conformidad con el artículo 84, penúltimo párrafo y lo dispuesto en los artículos 2 fracción III Bis 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" , suscribe el presente instrumento el **Dr. Ulises Cruz Apanco**, en su carácter de Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, con R.F.C. [redacted] el facultado para **administrar** el cumplimiento de las obligaciones que deriven del objeto del 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, quien podrá ser sustituido en cualquier momento en su cargo o funciones, bastando para tales efectos un comunicado por escrito y firmado por el servidor público facultado para ello, dirigido al representante legal de **"El Prestador del Servicio"** para los efectos del presente contrato, encargados del cumplimiento de las obligaciones contraídas en el presente instrumento jurídico. Asimismo y en su mismo carácter interviene como **área requirente** en el procedimiento de **Licitación Pública Electrónica Internacional Bajo la Cobertura de Tratados No**. **LA-050GYR006-E571-2022,** del cual se deriva este contrato, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2 fracción II del reglamento de la ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público, numeral 4.24 de las políticas, bases y lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y prestación de servicios de **"El Instituto".**

I.5 EL **Dr. Adrian Carmen Cruz Atenco,** en su carácter de Jefe de servicio de cirugía, **"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-050GYR006-E571-2022,** del cual se deriva este contrato, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2 fracción III del

ELIMINADO RFC 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 MISMA.

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 TANTLO LOS DATOS SON CONFIDENCIALES.

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.6 Cuenta con recursos suficientes y con autorización para ejercerlos en el cumplimiento de sus obligaciones derivadas del presente contrato, como se desprende del Dictamen/Certificado de Disponibilidad Presupuestal Previo con cuenta número **42060419, (servicio integral de cirugía de minima invación (laparoscopia)** con número de solicitud **0000278689-2023** de fecha **14 de noviembre de 2022**, autorizado por el Mtro. Daniel Esteban Ramirez Garcen, Coordinador Técnico de Administración del gasto de bienes y servicios documento que se agrega al presente contrato en el **Anexo 1 (Uno)**.

I.7 Para efectos fiscales las Autoridades Hacendarias le han asignado el Registro Federal de Contribuyentes **N° IMS421231I45**.

I.8 Tiene establecido su domicilio en Calle **4 Norte No. 2005, Col. Centro, C.P. 72000, Puebla, Pue**. Mismo que señala para los fines y efectos legales del presente contrato.

II "El Prestador del Servicio" declara, por conducto de su(s) representante(s) legal(es), que:

II.1 GRUPO VITALMEX S.A DE C.V. que en lo sucesivo se le denominará **"el participante a"**

II.2 Es una sociedad legalmente constituida, de conformidad con las Leyes Mexicanas, según consta en el testimonio de la escritura pública número **23,410** de fecha **27 de noviembre de 2001,** pasada ante la fe de la **Lic. Ana de Jesus Jimenez Montañez** Notario Público **número 146** del Distrito Federal, hoy Ciudad de México, e inscrita en el registro público de la propiedad y del comercio del distrito federal, en el folio mercantil número 283046 de fecha 30 de enero de 2002.

II.3 Se encuentra representada para la celebración de este contrato, por la **C. Erika Mayela Meneses Cazares**, quien acredita su personalidad mediante escritura pública número **56,714** de fecha **12 de octubre de 2017,** pasada ante la fe del **Lic. Marco Antonio Espinoza Rommyngth,** Notario Público Número **97,** del **Distrito Federal, hoy Ciudad de México**, y manifiesta bajo protesta de decir verdad, que las facultades que le fueron conferidas no le han sido revocadas, modificadas ni restringidas en forma alguna.

II.4 De acuerdo con sus estatutos, su objeto social consiste, entre otras: **la prestación de servicios especializados para la operación de los sistemas de equipo médico, así como la prestación de servicios de mantenimiento, reparación, operación, e instalación de equipo médico, incluyendo de manera enunciativa mas no limitativa, las áreas de cardiología, hemodinamia, procedimientos de minima invasión, endoscopia, hemodiálisis y otras soluciones quirúrgicas.**

II.5 La Secretaría de Hacienda y Crédito Público le otorgo el registro federal de contribuyentes número **GVI011127M52,** asimismo, cuenta ante **"El Instituto"** con registro patronal [redacted], y número de proveedor **0000155342.**

II.6 Reúne las condiciones de organización, experiencia, personal capacitado y demás recursos técnicos, humanos y económicos necesarios, así como con la capacidad legal suficiente para cumplir con las obligaciones que contrae en el presente contrato.

II.7 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.

En caso de que **"El Prestador del Servicio"** se encuentre en los supuestos señalados anteriormente, el presente contrato será nulo previa determinación de la autoridad competente de conformidad con lo establecido en el artículo 15 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Asimismo, manifiesta que ni él ni ninguno de los socios o accionistas desempeñan un empleo, cargo o comisión en el servicio público, ni se encuentran inhabilitados para ello, o en su caso que, a pesar de desempeñarlo, con la formalización del presente contrato no se actualiza un conflicto de interés, en términos del artículo 49, fracción IX de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

II.8 Bajo protesta de decir verdad, declara que conoce y se obliga a cumplir con el Convenio 138 de la Organización Internacional del Trabajo en materia de erradicación del Trabajo Infantil, del artículo 123 Constitucional, apartado A) en todas sus fracciones y de la Ley Federal del Trabajo en su artículo 22, manifestando que ni en sus registros, ni en su nómina tiene empleados menores de quince años y que en caso de llegar a tener a menores de dieciocho años que se encuentren dentro de los supuestos de edad permitida para laborar le serán respetados todos los derechos que se establecen en el marco normativo transcrito.

II.9 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 **2.1.29, 2.1.37** y **2.1.38** de la resolución miscelánea fiscal para **2023**, publicada en el diario oficial de la federación el **27 de diciembre de 2022**, 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.10 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, cuyas constancias correspondientes debidamente emitidas por **"El Instituto"** se verificaron para efectos de la suscripción del presente instrumento jurídico.

II.11 Cuenta con el documento correspondiente, vigente, expedido por **"El Instituto"** relativo a la opinión positiva sobre el cumplimiento de sus obligaciones en materia de seguridad social conforme al acuerdo **ACDO.AS2.HCT.270422/107.P.DIR** dictado por el H. Consejo Técnico de **"El Instituto"** en la sesión ordinaria de fecha 27 de abril de 2022, que deja sin efectos el acuerdo **ACDO-SA1.HCT.101214/281.P.DIR** dictado por el H. Consejo Técnico de **"El Instituto"** en la sesión ordinaria celebrada el 10 de diciembre de 2014, publicado en el diario oficial de la federación el 27 de febrero de 2015 y modificado mediante acuerdo **ACDO.SA1.HCT.250315/62.P.DJ** publicado en el mismo de fecha 03 de abril de 2015, y, el cual exhibe para efectos de la suscripción del presente instrumento jurídico.

En caso de incumplimiento en sus obligaciones en materia de seguridad social, solicita se apliquen los recursos derivados del presente contrato, contra los adeudos que, en su caso, tuviera a favor de **"El Instituto"**.

II.12 Cuenta con el documento correspondiente vigente, expedido por el INFONAVIT en los términos del Acuerdo del H. Consejo de Administración del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores por el que se emiten las Reglas para la obtención de la constancia de situación fiscal en materia de aportaciones patronales y entero de descuentos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de junio de 2017, del cual presenta copia a **"El Instituto"** para efectos de la suscripción del presente contrato.

II.13 Señala como su domicilio para todos los efectos legales, para oír y recibir toda clase de notificaciones y documentos, el ubicado en **av. Industria eléctrica de Mexico no. 3, col. San Pedro Barrientos, Tlanepantla de Baz, Estado de Mexico C.P. 54010 Tel. 88501100, Correo electrónico mayela.meneses@vitalmex.com.mx y rosa.angel@vitalmex.com.mx**

II.14 Conforme a lo previsto en los artículos 57 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 107 de su Reglamento, **"El Prestador del Servicio"**, en caso de auditorías, visitas o inspecciones que practique la Secretaría de la Función Pública y el Órgano Interno de Control en **"El Instituto"** y cualquier otra entidad fiscalizadora, deberá proporcionar la información relativa al presente contrato que en su momento se requiera, generada desde el procedimiento de adjudicación hasta la conclusión de la vigencia, a efecto de ser sujetos a fiscalización de los recursos de carácter federal.

III ENDOMEDICA, S.A. DE C.V. que en lo sucesivo se le denominará **"el participante B"**

III.1 Es una sociedad legalmente constituida, de conformidad con las Leyes Mexicanas, según consta en el testimonio de la escritura pública número **142,415** de fecha **24 de enero de 1986**, pasada ante la fe del **Licenciado Mario Monroy Estrada,** Notario Público número **31** de la **Ciudad de México**, e inscrita en el registro público de la propiedad y de comercio del distrito federal, bajo el folio mercantil número 86,852, de fecha 09 de mayo de 1986.

III.2 Se encuentra representada para la celebración de este contrato, por el **C. Ricardo Moreno Martinez**, quien acredita su personalidad mediante escritura pública número **106,036** de fecha **17 de agosto de 2016,** pasada ante la fe del Lic. José Luis Quevedo Salceda, Notario Público número **99** de la **Ciudad De México**, Inscrito en el Registro Público de Comercio del Distrito Federal, bajo el folio Mercant, 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.

III.3 De acuerdo con sus estatutos, su objeto social consiste, entre otras: **fabricación, compra, venta alquiler y en general la explotación de equipos médico e industrial, la fabricación, explotación y en general la celebración de cualquier acto de comercio en relación con mobiliario y equipo de oficina, prestar servicios de mantenimiento y operación cualesquiera centros hospitalarios e industriales, diseño fabricación y explotación en general de productos nuevos o similares que se relacionen con la industria químico farmacéutica y cualquier actividad industrial en general, y formar parte de empresas que realicen fines iguales o similares a los antes precisados.**

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 TANTLO LOS DATOS SON CONFIDENCIALES.

III.4 La Secretaría de Hacienda y Crédito Público le otorgo el registro federal de contribuyentes número **END860130349,** asimismo, cuenta ante **"El Instituto"** con registro patronal [redacted].

III.5 Reúne las condiciones de organización, experiencia, personal capacitado y demás recursos técnicos, humanos y económicos necesarios, así como con la capacidad legal suficiente para cumplir con las obligaciones que contrae en el presente contrato.

III.6 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.

En caso de que **"El Prestador del Servicio"** se encuentre en los supuestos señalados anteriormente, el presente contrato será nulo previa determinación de la autoridad competente de conformidad con lo establecido en el artículo 15 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Asimismo, manifiesta que ni él ni ninguno de los socios o accionistas desempeñan un empleo, cargo o comisión en el servicio público, ni se encuentran inhabilitados para ello, o en su caso que, a pesar de desempeñarlo, con la formalización del presente contrato no se actualiza un conflicto de interés, en términos del artículo 49, fracción IX de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

III.7 Bajo protesta de decir verdad, declara que conoce y se obliga a cumplir con el Convenio 138 de la Organización Internacional del Trabajo en materia de erradicación del Trabajo Infantil, del artículo 123 Constitucional, apartado A) en todas sus fracciones y de la Ley Federal del Trabajo en su artículo 22, manifestando que ni en sus registros, ni en su nómina tiene empleados menores de quince años y que en caso de llegar a tener a menores de dieciocho años que se encuentren dentro de los supuestos de edad permitida para laborar le serán respetados todos los derechos que se establecen en el marco normativo transcrito.

III.8 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 **2.1.29, 2.1.37** y **2.1.38** de la resolución miscelánea fiscal para **2023**, publicada en el diario oficial de la federación el **27 de diciembre de 2022**, 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.

III.9 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, cuyas constancias correspondientes debidamente emitidas por **"El Instituto"**, se verificaron para efectos de la suscripción del presente instrumento jurídico.

III.10 Cuenta con el documento correspondiente, vigente, expedido por **"El Instituto"** relativo a la opinión positiva sobre el cumplimiento de sus obligaciones en materia de seguridad social conforme al acuerdo **ACDO.AS2.HCT.270422/107.P.DIR** dictado por el H. Consejo Técnico de **"El Instituto"** en la sesión ordinaria de fecha 27 de abril de 2022, que deja sin efectos el acuerdo **ACDO-SA1.HCT.101214/281.P.DIR** dictado por el H. Consejo Técnico de **"El Instituto"** en la sesión ordinaria celebrada el 10 de diciembre de 2014, publicado en el diario oficial de la federación el 27 de febrero de 2015 y modificado mediante acuerdo **ACDO.SA1.HCT.250315/62.P.DJ** publicado en el mismo de fecha 03 de abril de 2015, y, el cual exhibe para efectos de la suscripción del presente instrumento jurídico.

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 TANTLO LOS DATOS SON CONFIDENCIALES.

En caso de incumplimiento en sus obligaciones en materia de seguridad social, solicita se apliquen los recursos derivados del presente contrato, contra los adeudos que, en su caso, tuviera a favor de **"El Instituto".**

III.11 Cuenta con el documento correspondiente vigente, expedido por el INFONAVIT en los términos del Acuerdo del H. Consejo de Administración del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores por el que se emiten las Reglas para la obtención de la constancia de situación fiscal en materia de aportaciones patronales y entero de descuentos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de junio de 2017, del cual presenta copia a **"El Instituto"**para efectos de la suscripción del presente contrato.

III.12 Señala como su domicilio para todos los efectos legales, para oír y recibir toda clase de notificaciones y documentos, el ubicado en **monte irazu 189, colonia Lomas de Chapultepec, alcaldía Miguel Hidalgo, código postal 11000, Ciudad De México, teléfono (55) 4738 8800, 4738 8863, correo electrónico: ventas.gobierno@endomedica.com**

III.13 Conforme a lo previsto en los artículos 57 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 107 de su Reglamento, **"El Prestador del Servicio"**, en caso de auditorías, visitas o inspecciones que practique la Secretaría de la Función Pública y el Órgano Interno de Control en **"El Instituto"** y cualquier otra entidad fiscalizadora, deberá proporcionar la información relativa al presente contrato que en su momento se requiera, generada desde el procedimiento de adjudicación hasta la conclusión de la vigencia, a efecto de ser sujetos a fiscalización de los recursos de carácter federal.

IV MEDICAL SCOPE, S.A. DE C.V. que en lo sucesivo se le denominará **"el participante C"**

IV.1 Es una sociedad legalmente constituida, de conformidad con las Leyes Mexicanas, según consta en el testimonio de la escritura pública número **86,835** de fecha **24 de abril de 2006**, pasada ante la fe del **Licenciado Jose Luis Quevedo Salceda,** Notario Público número **99** del **Distrito Federal** hoy **Ciudad de México**, e inscrita en el registro público de la propiedad y de comercio del distrito federal, bajo el folio mercantil número **348,695**.

IV.2 Se encuentra representada para la celebración de este contrato, por la **C. Mariana Rivera Welsh** quien acredita su personalidad mediante escritura pública número **99,797** de fecha **5 de agosto de 2013,** pasada ante la fe del **Lic. José Luis Quevedo Salceda,** Notario Público número **99** del **Distrito Federal** hoy **Ciudad De México** y manifiesta bajo protesta de decir verdad, que las facultades que le fueron conferidas no le han sido revocadas, modificadas ni restringidas en forma alguna.

IV.3 De acuerdo con sus estatutos, su objeto social consiste, entre otras: **fabricación adquisición, compra, venta, importación, exportación, arrendamiento enajenación, reparación o comercializacióin de toda clase de equipo médico, aparatos para laboratorio, así como para la investigación médica, química, biológica y de toda índole científica,, equipos industriales y de cómputo y programas de computadoras de equipos eléctricos y electrónicos y sus accesorios**;

IV.4 La Secretaría de Hacienda y Crédito Público le otorgo el registro federal de contribuyentes número **MSC06042871A,** asimismo, cuenta ante **"El Instituto"** con registro patronal [redacted].

IV.5 Reúne las condiciones de organización, experiencia, personal capacitado y demás recursos técnicos, humanos y económicos necesarios, así como con la capacidad legal suficiente para cumplir con las obligaciones que contrae en el presente contrato.

IV.6 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.

En caso de que **"El Prestador del Servicio"** se encuentre en los supuestos señalados anteriormente, el presente contrato será nulo previa determinación de la autoridad competente de conformidad con lo establecido en el artículo 15 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Asimismo, manifiesta que ni él ni ninguno de los socios o accionistas desempeñan un empleo, cargo o comisión en el servicio público, ni se encuentran inhabilitados para ello, o en su caso que, a pesar de desempeñarlo, con la formalización del presente contrato no se actualiza un conflicto de interés, en términos del artículo 49, fracción IX de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

IV.7 Bajo protesta de decir verdad, declara que conoce y se obliga a cumplir con el Convenio 138 de la Organización Internacional del Trabajo en materia de erradicación del Trabajo Infantil, del artículo 123 Constitucional, apartado A) en todas sus fracciones y de la Ley Federal del Trabajo en su artículo 22, manifestando que ni en sus registros, ni en su nómina tiene empleados menores de quince años y que en caso de llegar a tener a menores de dieciocho años que se encuentren dentro de los supuestos de edad permitida para laborar le serán respetados todos los derechos que se establecen en el marco normativo transcrito.

IV.8 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 **2.1.29, 2.1.37** y **2.1.38** de la resolución miscelánea fiscal para **2023**, publicada en el diario oficial de la federación el **27 de diciembre de 2022**, 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.

IV.9 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, cuyas constancias correspondientes debidamente emitidas por **"El Instituto"**, se verificaron para efectos de la suscripción del presente instrumento jurídico.

IV.10 Cuenta con el documento correspondiente, vigente, expedido por **"El Instituto"** relativo a la opinión positiva sobre el cumplimiento de sus obligaciones en materia de seguridad social conforme al acuerdo **ACDO.AS2.HCT.270422/107.P.DIR** dictado por el H. Consejo Técnico de **"El Instituto"** en la sesión ordinaria de fecha 27 de abril de 2022, que deja sin efectos el acuerdo **ACDO-SA1.HCT.101214/281.P.DIR** dictado por el H. Consejo Técnico de **"El Instituto"** en la sesión ordinaria celebrada el 10 de diciembre de 2014, publicado en el diario oficial de la federación el 27 de febrero de 2015 y modificado mediante acuerdo **ACDO.SA1.HCT.250315/62.P.DJ** publicado en el mismo de fecha 03 de abril de 2015, y, el cual exhibe para efectos de la suscripción del presente instrumento jurídico.

En caso de incumplimiento en sus obligaciones en materia de seguridad social, solicita se apliquen los recursos derivados del presente contrato, contra los adeudos que, en su caso, tuviera a favor de **"El Instituto".**

IV.11 Cuenta con el documento correspondiente vigente, expedido por el INFONAVIT en los términos del Acuerdo del H. Consejo de Administración del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores por el que se emiten las Reglas para la obtención de la constancia de situación fiscal en materia de aportaciones patronales y entero de descuentos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de junio de 2017, del cual presenta copia a **"El Instituto"**para efectos de la suscripción del presente contrato.

IV.12 Señala como su domicilio para todos los efectos legales, para oír y recibir toda clase de notificaciones y documentos, el ubicado en **monte irazu 189, colonia Lomas de Chapultepec, alcaldía Miguel Hidalgo, código postal 11000, Ciudad De México, teléfono (55) 52022634 y 55 52022634, correo electrónico: mariana.rivera@medical-scope.com**

IV.13 Conforme a lo previsto en los artículos 57 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 107 de su Reglamento, **"El Prestador del Servicio"**, en caso de auditorías, visitas o inspecciones que practique la Secretaría de la Función Pública y el Órgano Interno de Control en **"El Instituto"** y cualquier otra entidad fiscalizadora, deberá proporcionar la información relativa al presente contrato que en su momento se requiera, generada desde el procedimiento de adjudicación hasta la conclusión de la vigencia, a efecto de ser sujetos a fiscalización de los recursos de carácter federal.

V.- "El Prestador del Servicio", declara conjuntamente que:

V.1 Han celebrado convenio de participación conjunta, cuyas obligaciones deberán cumplirse en términos del mismo, el cual se integra al presente instrumento jurídico como **Anexo 4 (cuatro)**

V.2 Conocen el contenido y los requisitos que establece la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento, la Convocatoria y sus Anexos.

VI. De "Las Partes":

VI.1 Que es su voluntad celebrar el presente contrato y sujetarse a sus términos y condiciones, para lo cual se reconocen ampliamente las facultades y capacidades necesarias, mismas que no les han sido revocadas o limitadas en forma alguna.

Hechos los antecedentes y declaraciones anteriores, **"Las Partes"** convienen en otorgar el presente contrato, de conformidad con las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO.

"El Prestador del Servicio" acepta y se obliga a proporcionar a **"El Instituto"** el **Servicio Médico Integral para Procedimientos de Minima Invasion (Partida 5)** al amparo del procedimiento de contratación señalado en el apartado de Antecedentes de este instrumento jurídico.

Los **Anexos** que forman parte integrante del presente contrato, se enuncian a continuación:

Anexo 1 (uno)	"Dictamen/Certificado de Disponibilidad Presupuestal Previo, cobertura, Términos y Condiciones y Anexo Técnico"
Anexo 2 (dos)	"Documento de Designación de Administrador del Contrato"
Anexo 3 (tres)	"Propuesta económica"
Anexo 4 (cuatro)	"Convenio de Participación Conjunta"
Anexo 5 (cinco)	"Formato de fianza"

Formatos del anexo técnico	
Anexo	**Descripción**
T1 (uno)	Requerimiento del SMI de ELC
T1.1 (uno.uno)	Catálogo del SMI de ELC
T2	Directorio del SMI de ELC
T3	Equipamiento del SMI de ELC
T3.1	Especificaciones Técnicas del equipamiento
T4	Cédula de Recepción de equipos
T4.1	Cédula de Puesta a punto
T5	Programa de Mantenimiento Preventivo
T5.1	Reporte de falla de los equipos
T6	Cédula de Control de Bienes de Consumo
T6.1	Devolución y reposición
T7	Programa de Capacitación
T7.1	Formato asistencia a capacitación
T7.2	Formato de acreditación de la capacitación
T8	Resumen de equipos ofertados
T8.1	Resumen de bienes de consumo ofertados
T9	Reporte mensual de estudios efectivos realizados
T9.1	Notificación de pena convencional
T9.2	Notificación de deductiva
T10 (diez)	Mejora Tecnológica
T11 (once)	Requerimiento y formato de envío de muestras
T12 (doce)	Laboratorios Alternos

T13 (trece)	Laboratorios de Referencia
T14 (catorce)	Entrega de instalaciones al término de la prestación del servicio
TI.1 (A.TI uno)	Carta Bajo Protesta de decir verdad en formato libre, en hoja membretada del licitante y debidamente firmada por el representante legal del licitante, en la cual manifiesta que cuenta con la capacidad de desarrollar e implementar un sistema de información para proporcionar el servicio
TI.2	Especificaciones mínimas de los equipos de cómputo
TI.3	Acuerdo de confidencialidad
TI.4	Designación de Contacto Responsable
TI.5	Designación de Sistema y Empresa Soporte
TI.6	Solicitud de Pruebas de Funcionalidad y Envío de Mensajería HL7

SEGUNDA. DE LOS MONTOS Y PRECIOS.

El monto mínimo del presente contrato es por la cantidad de **$ 562,539.00 (Quinientos sesenta y dos mil quinientos treinta y nueve pesos 00/100 M.N.)**, en moneda nacional más el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.), y el monto máximo es por la cantidad de **$1,310,983.00 (Un millón trescientos diez mil novecientos ochenta y tres Pesos 00/100 M.N.)** en moneda nacional más el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.), el precio unitario del presente contrato es por la cantidad señalada en la propuesta económica de **"El Prestador del Servicio"**, que se agrega en el **Anexo 3 (Tres)**, del mismo.

TERCERA. FORMA Y LUGAR DE PAGO.

Se efectuarán pagos por servicio devengado a **"El Prestador del Servicio"**, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 51 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 93 de su Reglamento, así como por lo establecido en los Términos y Condiciones que se agregan al presente contrato en el **Anexo 1 (uno)**.

El Comprobante Fiscal Digital por Internet (CFDI) deberá ser presentado en forma impresa.

Los pagos se realizarán en pesos mexicanos, en los plazos normados por la Dirección de Finanzas, de acuerdo al "Procedimiento para la recepción, glosa y aprobación de documentos presentados para trámite de pago y la constitución, modificación, cancelación, operación y control de fondos fijos" a los 20 (veinte) días naturales posteriores a aquel en que **"El Prestador del Servicio"** presente el CFDI, en la Oficina de Trámite de Erogaciones, Dependiente del Departamento de Presupuesto, Contabilidad y Erogaciones, sito en la calle 4 norte 2005 colonia centro, C.P. 72000 en puebla, en un horario de 8:00 a 13:00 horas en días hábiles de lunes a viernes.

El **CFDI** deberá reunir los requisitos fiscales respectivos indicando número de proveedor, número de contrato, número de fianza, denominación social de la afianzadora, así como el reporte de los procedimientos aprobados en el periodo. Ambos documentos deberán estar previamente autorizados por el administrador del contrato, así como con la documentación comprobatoria que acredite la entrega del servicio, conforme a los numerales de los Lineamientos para promover la agilización de pago a los proveedores contenidos en el "Acuerdo por el que se emiten diversos lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios

y de obras públicas y servicios relacionados con las mismas", concordante con los artículos 65 y 66 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

Asimismo, se deberán observar los requisitos señalados en los Términos y Condiciones que se agregan en el **Anexo 1 (uno)** del presente contrato.

En caso de que el devengo por la entrega-recepción no genere número de alta en SAI o número de pedido-recepción en PREI-Millenium, en su caso, se deberá adjuntar acta de entrega-recepción.

El personal de la Oficina de Trámite de Erogaciones, Dependiente del Departamento de Presupuesto, Contabilidad y Erogaciones de cada Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada no podrá devolver el CFDI presentado por errores que no afecten la validez fiscal del documento o por causas imputables a **"El Instituto"**.

Para los casos en que no se formalice el presente contrato, el fallo o notificación de la adjudicación será el documento con el cual procederá el pago respectivo del servicio proporcionado, únicamente para el periodo comprendido entre el fallo y la fecha en que debió formalizarse el contrato.

Para efectos de lo anterior, la Oficina de Contratos deberá informar al administrador del presente contrato o Área Consolidadora, en su caso, en un plazo no mayor a 24 (veinticuatro) horas posteriores al vencimiento del plazo para formalización del instrumento legal, de la falta de formalización del mismo, a efecto de que se realicen las gestiones que correspondan para no recibir el servicio materia del presente 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 de **"El Instituto"**, con registro federal de contribuyentes **IMS421231I45**, en donde se indique los servicios prestados, número de **"El Prestador del Servicio"**, número de contrato, en su caso, documento que ampara(n) dichos bienes o servicios, que contenga firma de recepción y autorización para tramite de pago, número de alta en caso de aplicar, número de fianza y denominación social de la afianzadora.

Para la validación de dichos comprobantes **"El Prestador del Servicio"** deberá cargar en Internet, a través del Portal de Servicios a Proveedores de la página de **"El Instituto"** archivo en formato XML. La validez de los mismos, será determinada durante la carga y únicamente los comprobantes validos serán procedentes para pago.

Los pagos se realizarán mediante transferencia electrónica de fondos y en la fecha, a través del esquema electrónico interbancario que **"El Instituto"** tiene en operación, para tal efecto **"El Prestador del Servicio"** deberá proporcionar la documentación requerida por la Coordinación de Tesorería, para dar de alta en el Sistema de **"El Instituto"**, la cuenta bancaria, (no deberá ser referenciada ni concentradora), CLABE, Banco y Sucursal a menos que éste acredite en forma fehaciente la imposibilidad para ello.

Los pagos se depositarán a **"El Prestador del Servicio"** en la fecha programada, a través del Sistema de Pagos Electrónicos Interbancarios.

El administrador del presente contrato será quien dará la autorización para que 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. 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".

En ningún caso, se deberá autorizar el pago del servicio, sí no se ha determinado, calculado y notificado a **"El Prestador del Servicio"** las penas convencionales o deducciones pactadas en el presente contrato, así como su registro y validación en el Sistema PREI Millenium.

"El Prestador del Servicio" podrá optar por cobrar a través de factoraje financiero conforme al Programa de Cadenas Productivas de Nacional Financiera, S.N.C., Institución de Banca de Desarrollo con **"El Instituto"**.

En caso de que **"El Prestador del Servicio"** reciba pagos en exceso deberá reintegrar las cantidades pagadas en exceso más los intereses correspondientes, conforme a la tasa que establezca la Ley de Ingresos de la Federación, en los casos de prórroga para el pago de créditos fiscales. Los intereses se calcularán sobre las cantidades en exceso y se computarán por días naturales desde la fecha de su entrega hasta la fecha en que se pongan efectivamente las cantidades a disposición de **"El Instituto".**

En caso de que **"El Prestador del Servicio"** presente su CFDI con errores o deficiencias, conforme a lo previsto en los artículos 89 y 90 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, **"El Instituto"** dentro de los 3 (tres) días hábiles siguientes a la recepción de la misma, indicará por escrito a **"El Prestador del Servicio"** las deficiencias o errores que deberá corregir. El periodo que transcurra a partir de la entrega del citado escrito y hasta que **"El Prestador del Servicio"** presente las correcciones no se computará dentro del plazo estipulado para el pago.

"El Prestador del Servicio", para cada uno de los pagos que efectivamente reciba, de acuerdo con esta cláusula, deberá de expedir a nombre de **"El Instituto"**, el "CFDI con complemento para la recepción de pagos", también denominado "recibo electrónico de pago", el cual elaborará dentro de los plazos establecidos por las disposiciones fiscales vigentes y lo cargará en el portal de servicios a proveedores de la página de **"El Instituto"**.

"El Prestador del Servicio" se obliga a no cancelar ante el SAT los CFDI a favor de **"El Instituto"** previamente validados en el portal de servicios a proveedores, salvo justificación y comunicación por parte del mismo al administrador del presente contrato para su autorización expresa, debiendo éste informar a la Oficina de Trámite de Erogaciones, Dependiente del Departamento de Presupuesto, Contabilidad y Erogaciones de cada Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada de dicha justificación y reposición del CFDI en su caso.

El administrador del presente contrato llevará a cabo la valoración de la procedencia del pago por concepto de gastos no recuperables conforme a lo previsto en los artículos 101 y 102 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, en relación con los artículos 38, 46, 54 Bis y 55 Bis, segundo párrafo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, previa solicitud por escrito a **"El Prestador del Servicio"**, acompañada de los documentos siguientes:

• Copia de la identificación oficial vigente con fotografía y firma de la persona que haya realizado los trámites relacionados con el procedimiento de contratación.

• El CFDI que reúna los requisitos de los artículos 29 y 29-A del CFF, 37 al 40 del Reglamento del Código Fiscal de la Federación (RCFF) y, en su caso, la Resolución de la Miscelánea Fiscal del Ejercicio que corresponda.

• La solicitud la realizará al administrador del presente contrato para la determinación de la procedencia del pago y, en su caso, elaborar el finiquito y remitirlo para el pago respectivo a las áreas de trámite de erogaciones, correspondientes, de las unidades médicas de alta especialidad y en la oficina de trámite de erogaciones, dependiente del departamento de presupuesto, contabilidad y erogaciones del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.

Al notificar a **"El Prestador del Servicio"** la aplicación de una pena convencional, el administrador del presente contrato deberá solicitar a las áreas de contabilidad en OOAD Puebla la emisión del CFDI de ingreso por dicho concepto y entregarlo a **"El Prestador del Servicio"** para que se compense contra los adeudos que tenga **"El Instituto"** para con **"El Prestador del Servicio"** o, para que en su defecto, éste proceda a pagar a **"El Instituto"** la pena convencional.

Los pagos del servicio quedarán condicionados proporcionalmente al pago que **"El Prestador del Servicio"** deba efectuar por conceptos de penas convencionales y/o deducciones. En ambos casos, **"El Instituto"** realizará las retenciones correspondientes sobre el CFDI que se presente para pago. En el entendido de que en el supuesto de que sea rescindido el presente contrato, no procederá el cobro de dichas penalizaciones, ni la contabilización de las mismas para hacer efectiva la garantía de cumplimiento, de conformidad con lo establecido por el artículo 95 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Las Unidades Responsables del Gasto (URG) deberán registrar los contratos, convenios y su DDP en el Sistema PREI Millenium para el trámite de pago correspondiente.

Los servicios cuya recepción no genere alta a través del SAI o el PREI Millenium de manera electrónica, deberán contener la firma de recepción y de autorización para el trámite de pago de acuerdo a lo establecido en el "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" vigente, así como el Acta de Entrega-Recepción, según corresponda.

Para que **"El Prestador del Servicio"** pueda celebrar un contrato de cesión de derechos de cobro, mismo que deberá notificarlo por escrito a **"El Instituto"** con un mínimo de 5 (cinco) días naturales anteriores a la fecha de pago programada, el administrador del presente contrato, o en su caso, el Titular del Área Requirente, deberá entregar los documentos sustantivos de dicha cesión al área responsable de autorizar ésta, conforme al "Procedimiento para la recepción, glosa y aprobación de documentos presentados para trámite de pago y la constitución, modificación, cancelación, operación y control de fondos fijos".

Para efectos del cobro de sus CFDI, deberá presentarse por **"El Prestador del Servicio"** que se haya establecido en el convenio de participación conjunta, en el entendido de que **"El Instituto"** no será responsable de la manera en que hayan acordado la distribución del pago.

El CFDI se deberá presentar desglosando el I.V.A., cuando aplique.

"El Prestador del Servicio" manifiesta su conformidad de que hasta en tanto no se cumpla con la verificación, supervisión y aceptación de los servicios, no se tendrán como recibidos o aceptados por el administrador del presente contrato mencionado en la Declaración I.4. del presente contrato.

Para efectos de trámite de pago, **"El Prestador del Servicio"** deberá ser titular de una cuenta de cheques vigente y para tal efecto proporciona la CLABE 012180001577221928, del banco BBVA Bancomer, a nombre de "GRUPO VITALMEX SA DE CV", en la que se efectuará la transferencia electrónica de pago.

CUARTA. VIGENCIA.

El contrato comprenderá una vigencia a partir del día **28 de diciembre de 2022** y hasta el **6 de junio de 2023**, sin perjuicio de su posible terminación anticipada, en los términos establecidos en el presente contrato.

QUINTA. MODIFICACIONES DEL PRESENTE CONTRATO.

De conformidad con lo establecido en el artículo 52 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, **"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 entregar, en su caso, la modificación de la garantía, en términos del artículo 103, fracción II del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

PRÓRROGAS.- Asimismo, se podrán acordar prórrogas al plazo originalmente pactado por caso fortuito, fuerza mayor o por causas atribuibles a **"El Instituto"**, lo cual deberá estar debidamente acreditado en el expediente de contratación respectivo. **"El Prestador del Servicio"** puede solicitar la modificación del plazo originalmente pactado cuando se actualicen y se acrediten los supuestos de caso fortuito o de fuerza mayor.

Cualquier modificación a los derechos y obligaciones estipuladas por **"Las Partes"** en el presente contrato, deberá formalizarse mediante convenio y por escrito, mismo que será suscrito por los servidores públicos que lo hayan hecho en el contrato, quienes los sustituyan o estén facultados para ello.

SEXTA. GARANTÍA DEL SERVICIO.

"El Prestador del Servicio" se obliga con **"El Instituto"** a entregar garantía del servicio Conforme lo señale el Anexo Técnico y los Términos y Condiciones, que se agregan en el **Anexo 1 (uno)** del presente contrato.

SÉPTIMA. GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO.

Con base a lo establecido en el numeral 5.5.5.1 de las Políticas, bases y lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios del IMSS, **"El Prestador del Servicio"** se obliga a otorgar, dentro de un plazo de diez días naturales contados a partir de la firma de este instrumento, una garantía de cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones a su cargo derivadas del presente contrato, mediante fianza divisible expedida por compañía autorizada en los términos de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas, y a favor del "Instituto Mexicano del Seguro Social", por un monto equivalente al 10% (diez por ciento) sobre el importe máximo que se indica en la cláusula segunda del presente contrato, sin considerar el impuesto al valor agregado, y se aplicará de manera proporcional al monto de las obligaciones incumplidas.

De conformidad con el artículo 103 del reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios Del Sector Público, los proveedores podrán otorgar las garantías a que se refiere la ley y este reglamento, en alguna de las formas previstas en el artículo 48 de la Ley de Tesorería de La Federación en el caso de dependencias, o en las disposiciones aplicables tratándose de entidades.

Con fundamento en la fracción I del artículo 103 del reglamento de la ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público, la póliza de la fianza deberá contener, como mínimo, las siguientes previsiones y elaborarse de acuerdo al formato establecido en el presente contrato, anexo 5 (cinco).

a) que la fianza se otorga atendiendo a todas las estipulaciones contenidas en el contrato;

b) que para cancelar la fianza, será requisito contar con la constancia de cumplimiento total de las obligaciones contractuales;

c) que la fianza permanecerá vigente durante el cumplimiento de la obligación que garantice y continuará vigente en caso de que se otorgue prórroga al cumplimiento del contrato, así como durante la substanciación de todos los recursos legales o de los juicios que se interpongan y hasta que se dicte resolución definitiva que quede firme, y

d) que la afianzadora acepta expresamente someterse a los procedimientos de ejecución previstos en la ley de instituciones de seguros y de fianzas para la efectividad de las fianzas, aún para el caso de que proceda el cobro de indemnización por mora, con motivo del pago extemporáneo del importe de la póliza de fianza requerida. tratándose de dependencias, el procedimiento de ejecución será el previsto en el artículo 282 de la citada ley, debiéndose atender para el cobro de indemnización por mora lo dispuesto en el artículo 283 de dicha ley.

De conformidad con lo establecido en el numeral 5.5.5.2 de las políticas, bases y lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y 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.
- 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" de aviso de la entrega de los bienes objeto del presente instrumento.

Conforme a lo estipulado en el numeral 5.5.5.5 de las políticas, bases y lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y 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 en la entrega de bienes y/o servicios. Para tal efecto, "El Prestador del Servicio" deberá solicitar por escrito a el área contratante su liberación.

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 contraidas 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 fracciones 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.

"El Prestador del Servicio" queda obligado a entregar a "El Instituto" la póliza de garantía de cumplimiento, apegándose al formato inserto en bases., en la coordinación de abastecimiento y equipamiento ubicada en calle 5 de febrero ote. no. 107, San Felipe Hueyotlipan, C.P. 72030, Puebla, Pue.

ENDOSO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.- En el supuesto de que **"El Instituto"** y por así convenir a sus intereses, decidiera modificar en cualquiera de sus partes el presente contrato, **"El Prestador del Servicio"** se obliga a otorgar el endoso de la póliza de garantía originalmente entregada, en el que conste las modificaciones o cambios en la respectiva fianza, observándose los mismos términos y condiciones señalados en la presente cláusula para la entrega de la garantía de cumplimiento, debiéndola entregar **"El Prestador del Servicio"** a más tardar dentro de los 10 (diez) días naturales posteriores a la firma del convenio respectivo.

EJECUCIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO.- "El Instituto" llevará a cabo la ejecución de la garantía de cumplimiento del presente contrato en los casos siguientes:

a) Se rescinda administrativamente el presente contrato.

b) Durante su vigencia se detecten deficiencias, fallas o calidad inferior del servicio prestado, en comparación con lo ofertado.

c) Cuando en el supuesto de que se realicen modificaciones al presente contrato, **"El Prestador del Servicio"** no entregue en el plazo pactado el endoso o la nueva garantía, que ampare el porcentaje establecido para garantizar el cumplimiento del presente instrumento, de conformidad con la presente Cláusula.

d) Por cualquier otro incumplimiento de las obligaciones contraídas en este contrato.

De conformidad con el artículo 81, fracción II del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, la aplicación de la garantía de cumplimiento se hará efectiva de manera proporcional al monto de las obligaciones incumplidas / por el monto total de las obligaciones garantizadas.

OCTAVA. OBLIGACIONES DE "El Prestador del Servicio".

a) Proporcionar el servicio en las fechas o plazos y lugares específicos conforme a lo requerido en el presente contrato y anexos respectivos.
b) Correrá bajo su cargo los costos de flete, transporte, seguro y de cualquier otro derecho que se genere, hasta el lugar de la prestación del servicio, así como el costo de su traslado de regreso al término del presente contrato, en caso de aplicar.
c) Cumplir con las especificaciones técnicas y de calidad y demás condiciones establecidas en el presente contrato y respectivos anexos, así como la cotización y el requerimiento asociado a ésta;
d) Asumir su responsabilidad ante cualquier situación que pudiera generarse con motivo del presente contrato.
e) No difundir a terceros sin autorización expresa de **"El Instituto"** la información que le sea proporcionada, inclusive después de la rescisión o terminación del presente instrumento, sin perjuicio de las sanciones administrativas, civiles y penales a que haya lugar.
f) Proporcionar la información que le sea requerida por parte de la Secretaría de la Función Pública y el Órgano Interno de Control en **"El Instituto"**, de conformidad con el artículo 107 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

"Las Partes" que suscriben el presente contrato en su carácter de **"El Prestador del Servicio"**, asumen las obligaciones materia de este instrumento jurídico en forma *solidaria / mancomunada* conforme a lo estipulado en el convenio de participación conjunta.

NOVENA. OBLIGACIONES DE "El Instituto".

a) Otorgar todas las facilidades necesarias, a efecto de que **"El Prestador del Servicio"** lleve a cabo el objeto del presente contrato en los términos convenidos.
b) Sufragar el pago correspondiente en tiempo y forma, por la prestación del servicio.
c) Extender a **"El Prestador del Servicio"**, en caso de que lo requiera, por conducto del administrador del presente contrato, la constancia de cumplimiento de obligaciones contractuales inmediatamente que se cumplan éstas a satisfacción expresa de dicho servidor público para que se dé trámite a la cancelación de la garantía de cumplimiento del presente contrato.

DÉCIMA. LUGAR, PLAZOS Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

"El Prestador del Servicio" se obliga a prestar a **"El Instituto"** el servicio que se menciona en la Cláusula Primera del presente instrumento jurídico, conforme a lo establecido en el Anexo Técnico y en los Términos y Condiciones integrados en el **Anexo 1 (uno)** del mismo, apegándose a las condiciones, alcances y características detalladas en la convocatoria, junta de aclaraciones, las cuales se encuentran disponibles para su consulta en el Portal de Compras Gubernamentales CompraNet, acta de fallo, del procedimiento del cual deriva el presente contrato, así como a lo ofrecido en sus propuestas técnica y económica.

Se podrán acordar prórrogas al plazo originalmente pactado por caso fortuito, fuerza mayor o por causas atribuibles a **"El Instituto"**, lo cual deberá estar debidamente acreditado en el expediente de contratación respectivo. **"El Prestador del Servicio"** puede solicitar la modificación del plazo originalmente pactado cuando se actualicen y se acrediten los supuestos de caso fortuito o de fuerza mayor.

"El Prestador del Servicio" convino en conjuntar sus recursos técnicos, legales, administrativos, económicos y financieros por lo que se obliga a prestar el servicio objeto del presente contrato en términos del convenio de participación conjunta, que se agrega en el **Anexo 4 (cuatro)** del presente contrato.

"El Prestador del Servicio" conviene que en el supuesto de que cualquiera se declare en quiebra o suspensión de pagos, no los libera de cumplir con sus obligaciones, por lo que cualquiera de ellas que subsista, acepta y se obliga expresamente a responder **solidariamente / mancomunadamente** de las obligaciones contractuales a que hubiere lugar.

DÉCIMA PRIMERA. NORMAS, LICENCIAS, AUTORIZACIONES Y PERMISOS.

En caso de aplicar, el servicio y los bienes derivados de este, que de acuerdo al objeto del presente contrato se adquieran o contrate, deberán cumplir con las Normas Oficiales Mexicanas y con las Normas Mexicanas, según proceda, y a falta de éstas, con las Normas Internacionales, de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Infraestructura de la Calidad; en su caso, con las normas de referencia o especificaciones técnicas y cumplir con las características y especificaciones requeridas en el Anexo Técnico y los Términos y Condiciones, que se agregan al presente contrato en el **Anexo 1 (uno)**, así como en la junta de aclaraciones, disponible para su consulta en el Portal de Compras Gubernamentales CompraNet.

DÉCIMA SEGUNDA. SEGUROS.

En caso de aplicar, **"El Prestador del Servicio"** deberá entregar las pólizas de seguros y/o responsabilidad civil requeridas y cumpliendo con los requisitos señalados en el Anexo Técnico, Términos y Condiciones, que se agregan al presente contrato en el **Anexo 1 (uno)**.

DÉCIMA TERCERA. TRANSPORTE.

"El Prestador del Servicio" se obliga a efectuar el transporte de los bienes derivados del servicio objeto del presente contrato, desde su lugar de origen, hasta las instalaciones referidas en el Anexo Técnico y Términos y Condiciones que se agregan al presente contrato en el **Anexo 1 (uno)**, en caso de aplicar.

DÉCIMA QUINTA. DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

"El Prestador del Servicio" deberá prestar el servicio y entregar todos los servicios que éste conlleva, cumpliendo con los requisitos de calidad establecidos en el Anexo Técnico y en los Términos y Condiciones, que se agregan en el **Anexo 1 (uno)** del contrato, así como en la Convocatoria y en la junta de aclaraciones, disponibles para su consulta en el Portal de Compras Gubernamentales CompraNet.

DÉCIMA SEXTA. DEFECTOS Y VICIOS OCULTOS.

"El Prestador del Servicio" queda obligado ante **"El Instituto"** a responder de los defectos y vicios ocultos derivados de las obligaciones del presente contrato, así como de cualquier otra responsabilidad en que hubiere incurrido, en los términos señalados en este instrumento jurídico y sus respectivos anexos, así como la cotización y el requerimiento asociado a ésta, y/o en la legislación aplicable en la materia.

Para los efectos de la presente cláusula, se entiende por vicios ocultos los defectos que existan en el servicio que lo hagan impropio para los usos a que se le destine o que disminuyan de tal modo este uso, que de haberlo conocido **"El Instituto"** no lo hubiere adquirido o los hubiere adquirido a un precio menor.

DÉCIMA 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"**, con motivo de las obligaciones pactadas, o bien por los defectos o vicios ocultos en el servicio prestado, de conformidad con lo establecido en el artículo 53 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

DÉCIMA OCTAVA. IMPUESTOS Y DERECHOS.

Los impuestos y/o derechos que procedan con motivo del servicio 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 (I.V.A.), de acuerdo con lo establecido en las disposiciones fiscales vigentes en la materia, en caso de aplicar.

"El Prestador del Servicio", en su caso, cumplirá con la inscripción de sus trabajadores en el régimen obligatorio del Seguro Social, así como con el pago de las cuotas obrero-patronales a que haya lugar, conforme a lo dispuesto en la Ley del Seguro Social. **"El Instituto"**, a través del Área fiscalizadora competente, podrá verificar en cualquier momento el cumplimiento de dicha obligación.

"El Prestador del Servicio" que tenga cuentas líquidas y exigibles a su cargo por concepto de cuotas obrero patronales, conforme a lo previsto en el artículo 40 B de la Ley del Seguro Social, acepta que **"El Instituto"** las compense con el o los pagos que tenga que hacerle por concepto de contraprestación por la prestación del servicio objeto de este contrato.

DÉCIMA NOVENA. PROHIBICIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES.

"El Prestador del Servicio" no podrá ceder total o parcialmente los derechos y obligaciones derivados del presente contrato, a favor de cualquier otra persona física o moral, con excepción de los derechos de cobro, en cuyo caso se deberá contar con la conformidad previa y por escrito de **"El Instituto"** deslindando a ésta de toda responsabilidad.

VIGÉSIMA. DERECHOS DE AUTOR, 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 del servicio 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 Derecho 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 este instrumento jurídico 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.

Lo anterior de conformidad a lo establecido en el artículo 45, fracción XX de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

VIGÉSIMA PRIMERA. CONFIDENCIALIDAD.

"Las Partes" están conformes en que la información que se derive de la celebración del presente instrumento jurídico, así como toda aquella información que **"El Instituto"** entregue a **"El Prestador del Servicio"** tendrá el carácter de confidencial, por lo que este se compromete, de forma directa o a través de interpósita persona, a no proporcionarla o divulgarla por escrito, verbalmente o por cualquier otro medio a terceros, inclusive después de la terminación de este contrato.

La información contenida en el presente contrato es pública, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 70 fracción XXVIII de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 68 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; sin embargo, la información que proporcione **"El Instituto "** a **"El Prestador del Servicio"** para el cumplimiento del objeto materia del mismo, será considerada como confidencial en términos de los artículos 116 y 113, respectivamente, de los citados ordenamientos jurídicos, por lo que **"El Prestador del Servicio"** se compromete a recibir, proteger y guardar la información confidencial proporcionada por **"El Instituto"** con el mismo empeño y cuidado que tiene respecto de su propia información confidencial, así como hacer cumplir a todos y cada uno de los usuarios autorizados a los que les entregue o permita acceso a la información confidencial, en los términos de este instrumento.

"El Prestador del Servicio" se compromete a que la información considerada como confidencial no será utilizada para fines diversos a los autorizados con el presente contrato; asimismo, dicha información no podrá ser copiada o duplicada total o parcialmente en ninguna forma o por ningún medio, ni podrá ser divulgada a terceros que no sean usuarios autorizados. De esta forma, **"El Prestador del Servicio"** se obliga a no divulgar o publicar informes, datos y resultados obtenidos objeto del presente instrumento, toda vez que son propiedad de **"El Instituto"**.

Cuando de las causas descritas en las cláusulas de **CAUSALES DE RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO Y PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN** y **TERMINACIÓN ANTICIPADA**, del presente contrato, concluya la vigencia del mismo, subsistirá la obligación de confidencialidad sobre el servicio establecido en este instrumento legal.

En caso de incumplimiento a lo establecido en esta cláusula, **"El Prestador del Servicio"** tiene conocimiento en que **"El Instituto"** podrá ejecutar o tramitar las sanciones establecidas en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento, así como presentar las denuncias correspondientes de conformidad con lo dispuesto por el Libro Segundo, Título Noveno, Capítulos I y II del Código Penal Federal y demás normatividad aplicable.

De igual forma, **"El Prestador del Servicio"** se compromete a no alterar la información confidencial, a llevar un control de su personal y hacer de su conocimiento las sanciones que se aplicarán en caso de incumplir con lo dispuesto en esta cláusula, por lo que, en su caso, se obliga a notificar a **"El Instituto"** cuando se realicen actos que se consideren como ilícitos, debiendo dar inicio a las acciones legales correspondientes y sacar en paz y a salvo a **"El Instituto"** de cualquier proceso legal.

"El Prestador del Servicio" se obliga a poner en conocimiento de **"El Instituto"** cualquier hecho o circunstancia que en razón del servicio prestados sea de su conocimiento y que pueda beneficiar o evitar un perjuicio a la misma.

Asimismo, **"El Prestador del Servicio"** no podrá, con motivo del servicio que preste a **"El Instituto"**, utilizar la información a que tenga acceso, para asesorar, patrocinar o constituirse en consultor de cualquier persona que tenga relaciones directas o indirectas con el objeto de las actividades que lleve a cabo.

Asimismo, se deberá observar lo señalado en los Términos y Condiciones que se agregan en el **Anexo 1 (uno)** del presente contrato.

VIGÉSIMA SEGUNDA. ADMINISTRACIÓN, VERIFICACIÓN, SUPERVISIÓN Y ACEPTACIÓN DEL SERVICIO.

"El Instituto" designa como responsable de administrar y vigilar el cumplimiento del presente contrato al **Dr. Ulises Cruz Apanco Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas**, con el objeto de verificar el óptimo cumplimiento del mismo, por lo que indicará a **"El Prestador del Servicio"** las observaciones que se estimen pertinentes, quedando éste obligado a corregir las anomalías que le sean indicadas, así como deficiencias En la prestación del servicio, de conformidad con lo establecido en el documento de designación de administrador del presente contrato que se agrega al presente y el artículo 84 penúltimo párrafo del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

En el caso de que se lleve a cabo un relevo institucional temporal o permanente con dicho servidor público de **"El Instituto"** tendrá carácter de ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO la persona que sustituya al servidor público en el cargo, conforme a la designación correspondiente.

Asimismo, **"El Instituto"** sólo aceptará el servicio materia del presente contrato y autorizará el pago de los mismos previa verificación de las especificaciones requeridas, de conformidad con lo especificado en el presente contrato y sus correspondientes anexos, así como la cotización y el requerimiento asociado a ésta.

El servicio será recibido previa revisión del administrador del presente contrato; la inspección del servicio consistirá en la verificación del cumplimiento de las especificaciones técnicas establecidas en el contrato y en su caso en los anexos respectivos, así como la cotización y el requerimiento asociado a ésta.

En tal virtud, **"El Prestador del Servicio"** manifiesta expresamente su conformidad de que hasta en tanto no se cumpla de conformidad con lo establecido en el párrafo anterior, el servicio no se tendrá por aceptado por parte de **"El Instituto"**.

"El Instituto", a través administrador del presente contrato o a través del personal que para tal efecto designe, podrá rechazar el servicio si no reúnen las especificaciones y alcances establecidos en este contrato, en su Anexo Técnico y en los Términos y Condiciones, que se agregan al presente contrato en el **Anexo 1 (uno)**, obligándose **"El Prestador del Servicio"** en este supuesto a entregarlos nuevamente bajo su exclusiva responsabilidad y sin costo adicional para **"El Instituto"**

VIGÉSIMA TERCERA. DEDUCCIONES.

Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 53 Bis de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 97 de su Reglamento, **"El Prestador del Servicio"**, por la entrega parcial o deficiente en la prestación del servicio, se hará acreedor a una sanción por el concepto u obligación, nivel de servicio, unidad de medida y porcentajes señalados en los Términos y Condiciones, que se agregan al presente contrato en el **Anexo 1 (uno)**, así como en la junta de aclaraciones, disponible para su consulta en el Portal de Compras Gubernamentales CompraNet.

El administrador del presente contrato será responsable del cálculo, aplicación y seguimiento de las deducciones. El monto máximo de aplicación de las deducciones no podrá ser mayor al que resulte de aplicar el porcentaje de la garantía de cumplimiento del presente contrato.

En caso de que se exceda se podrá proceder a la rescisión del presente contrato.

VIGÉSIMA CUARTA. PENAS CONVENCIONALES.

De conformidad con lo establecido en los artículos 45, fracción XIX, 53 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 95 y 96 de su Reglamento, la pena convencional aplicable a **"El Prestador del Servicio"**, por cada día natural de atraso en el cumplimiento de las fechas pactadas de entrega o de la prestación del servicio conforme a los conceptos y porcentajes señalados en los Términos y Condiciones incluidos en el **Anexo 1 (uno)** del presente contrato, así como, en caso de aplicar, en la junta de aclaraciones, disponible para su consulta en el Portal de Compras Gubernamentales CompraNet.

El administrador del presente contrato será el responsable de determinar, calcular y aplicar las penas convencionales, vigilando los correspondientes registro o captura y validación en el sistema PREI Millenium, así como de notificarlas a **"El Prestador del Servicio"** personalmente, mediante oficio o por medios de comunicación electrónica.

"El Instituto" descontará las cantidades que resulten de aplicar la pena convencional, sobre los pagos que deba cubrir a **"El Prestador del Servicio"**. Por lo tanto, **"El Prestador del Servicio"** autoriza a descontar las cantidades que resulten de aplicar las sanciones señaladas en párrafos anteriores, sobre los pagos que éste deba cubrirle a **"El Instituto"** durante el período en que incurra y/o se mantenga en atraso con motivo de la prestación del servicio.

Para autorizar el pago de la prestación del servicio, previamente **"El Prestador del Servicio"** tiene que haber cubierto las penas convencionales aplicadas conforme a lo dispuesto en el presente contrato. El administrador del presente contrato será el responsable de verificar que se cumpla esta obligación, dentro de los 5 (cinco) días hábiles siguientes a la conclusión del atraso.

VIGÉSIMA QUINTA. SANCIONES ADMINISTRATIVAS.

Cuando **"El Prestador del Servicio"** incumpla con sus obligaciones contractuales por causas imputables a éste, y como consecuencia, cause daños y/o perjuicios graves a **"El Instituto"**, o bien, proporcione información falsa, actúe con dolo o mala fe en la celebración del presente contrato o durante la vigencia del mismo, por determinación de la Secretaría de la Función Pública, se podrá hacer acreedor a las sanciones establecidas en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, en los términos de los artículos 59, 60 y 61 de dicho ordenamiento legal y 109 al 115 de su Reglamento.

VIGÉSIMA SEXTA. SANCIONES APLICABLES Y TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL

"El Instituto", de conformidad con lo establecido en los artículos 53, 53 Bis, 54 y 54 Bis de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 86 segundo párrafo, 95 al 100 y 102 de su Reglamento, aplicará sanciones, o en su caso, llevará a cabo la cancelación de partidas total o parcialmente o la rescisión administrativa del presente contrato.

VIGÉSIMA SÉPTIMA. EXCLUSIÓN LABORAL.

"Las Partes" convienen en que **"El Instituto"** no adquiere ninguna obligación de carácter laboral con **"El Prestador del Servicio"** ni con los elementos que este utilice para la prestación del servicio objeto del presente contrato, por lo cual no se le podrá considerar como patrón ni como un sustituto. En particular el personal se entenderá relacionado exclusivamente con la o las personas que lo emplearon y por ende cada una de ellas asumirá su responsabilidad por dicho concepto.

Igualmente, y para este efecto y cualquiera no previsto, **"El Prestador del Servicio"** exime expresamente a **"El Instituto"** de cualquier responsabilidad laboral, civil, penal, de seguridad social o de otra especie que, en su caso, pudiera llegar a generarse; sin embargo, si **"El Instituto"** tuviera que realizar alguna erogación por alguno de los conceptos que anteceden, **"El Prestador del Servicio"** se obliga a realizar el reembolso e indemnización correspondiente.

Por lo anterior, **"Las Partes"** reconocen expresamente en este acto que **"El Instituto"** no tiene nexo laboral alguno con **"El Prestador del Servicio"**, por lo que éste último libera a **"El Instituto"** de toda responsabilidad relativa a cualquier accidente o enfermedad que pudiera sufrir o contraer cualquiera de sus trabajadores durante el desarrollo de sus labores o como consecuencia de ellos, así como de cualquier responsabilidad que resulte de la aplicación de la Ley Federal del Trabajo, de la Ley del Seguro Social, de la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores y/o cualquier otra aplicable, derivada de la prestación del servicio materia de este contrato.

VIGÉSIMA OCTAVA. SUSPENSIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

Cuando en la prestación del servicio, se presente caso fortuito o de fuerza mayor, **"El Instituto"** bajo su responsabilidad, podrá de resultar aplicable conforme a la normatividad en la materia, suspender el servicio, en cuyo caso únicamente se pagarán aquellos que hubiesen sido efectivamente recibidos por **"El Instituto".**

Cuando la suspensión obedezca a causas imputables a **"El Instituto"**, a solicitud escrita de **"El Prestador del Servicio"**, cubrirá los gastos no recuperables, durante el tiempo que dure esta suspensión, para lo cual **"El Prestador del Servicio"** deberá presentar dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de la notificación del término de la suspensión, el CFDI y documentación de los gastos no recuperables en que haya incurrido, siempre que estos sean razonables, estén debidamente comprobados y se relacionen directamente con el presente contrato.

"El Instituto" pagará los gastos no recuperables, en moneda nacional (pesos mexicanos), dentro de los 45 (cuarenta y cinco) días naturales posteriores a la presentación de la solicitud debidamente fundada y documentada de "El Prestador del Servicio", así como del CFDI o factura electrónica respectiva y documentación soporte.

En caso de que **"El Prestador del Servicio"** no presente en tiempo y forma la documentación requerida para el trámite de pago, la fecha de pago se recorrerá el mismo número de días que dure el retraso.

El plazo de suspensión será fijado por **"El Instituto"**, a cuyo término en su caso, podrá iniciarse la terminación anticipada del presente contrato, o bien, podrá continuar produciendo todos los efectos legales, una vez que hayan desaparecido las causas que motivaron dicha suspensión.

VIGÉSIMA NOVENA. CAUSALES DE RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL PRESENTE CONTRATO Y PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN.

"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 se señalan en el Anexo Técnico, Términos y Condiciones, que se agregan al presente contrato en el **Anexo 1 (uno)**, y las que se señalan a continuación:

1. Cuando no entregue la garantía de cumplimiento del presente contrato, a más tardar dentro de los 10 (diez) días naturales posteriores a la firma del mismo.
2. Cuando incurra en falta de veracidad total o parcial respecto a la información proporcionada para la celebración del presente contrato.
3. Cuando se compruebe que **"El Prestador del Servicio"** haya prestado el servicio con descripciones y características distintas a las pactadas en este contrato o cuando no los entregue conforme a las normas y/o calidad solicitadas por **"El Instituto".**
4. Cuando se transmitan total o parcialmente, bajo cualquier título y a favor de otra persona física o moral, los derechos y obligaciones a que se refiere el presente documento, con excepción de los derechos de cobro, previa autorización de **"El Instituto"**.

5. Si la autoridad competente declara el concurso mercantil o cualquier situación análoga o equivalente que afecte el patrimonio de **"El Prestador del Servicio"**.
6. Cuando de manera reiterativa y constante, **"El Prestador del Servicio"** sea sancionado por parte de **"El Instituto"** con penalizaciones y/o deducciones sobre el mismo concepto del servicio proporcionado, o por ubicarse en los límites de incumplimientos previstos en la cláusula de penas convencionales y/o deducciones del presente instrumento.
7. Cuando se incumplan o contravengan las disposiciones de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su reglamento y los demás lineamientos que rigen en la materia.
8. Si **"El Prestador del Servicio"** no permite a **"El Instituto"** la administración y verificación a que se refiere la cláusula correspondiente señalada en el presente contrato.
9. Cuando incumpla, total o parcialmente, con cualesquiera de las obligaciones establecidas en el presente contrato y sus anexos.
10. En el supuesto de que la Comisión Federal de Competencia Económica, de acuerdo con sus facultades, notifique a **"El Instituto"** la sanción impuesta a **"El Prestador del Servicio"** con motivo de la colusión de precios en que hubiese incurrido durante el procedimiento de contratación, en contravención a lo dispuesto en la Ley Federal de Competencia Económica y artículo 34 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, en caso de aplicar.

"El Instituto", en términos de lo dispuesto en el artículo 54 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, podrá rescindir administrativamente el presente contrato en cualquier momento, cuando **"El Prestador del Servicio"** incurra en incumplimiento de cualquiera de las obligaciones a su cargo, de conformidad con el procedimiento siguiente:

a) Si **"El Instituto"** considera que **"El Prestador del Servicio"** ha incurrido en alguna de las causales de rescisión que se consignan en la presente cláusula, lo hará saber a **"El Prestador del Servicio"** de forma indubitable por escrito, a efecto de que éste exponga lo que a su derecho convenga y aporte, en su caso, las pruebas que estime pertinentes, en un término de 5 (cinco) días hábiles, a partir de la notificación de la comunicación de referencia.

b) Transcurrido el término a que se refiere el inciso anterior, se resolverá considerando los argumentos y pruebas que hubiere hecho valer.

c) La determinación de dar o no por rescindido administrativamente el presente 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 este contrato, **"El Instituto"** no aplicarán las penas convencionales, ni su contabilización para hacer efectiva la garantía de cumplimiento de este instrumento jurídico.

En caso de que **"El Instituto"** determine dar por rescindido el presente contrato, se deberá formular y notificar un finiquito dentro de los 20 (veinte) días naturales siguientes a la fecha en que se notifique la rescisión, de conformidad con el artículo 99 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del

Sector Público, en el que se hagan constar los pagos que, en su caso, deba efectuar **"El Instituto"** por concepto de la prestación del servicio por **"El Prestador del Servicio"** hasta el momento en que se determine la rescisión administrativa del presente contrato.

Iniciado un procedimiento de conciliación **"El Instituto"**, bajo su responsabilidad, podrá suspender el trámite del procedimiento de rescisión.

Si previamente a la determinación de dar por rescindido este contrato, **"El Prestador del Servicio"** proporciona el servicio, el procedimiento iniciado quedará sin efectos, previa aceptación y verificación de **"El Instituto"** por escrito, de que continúa vigente la necesidad de contar con el servicio y aplicando, en su caso, las penas convencionales correspondientes.

"El Instituto" podrá determinar no dar por rescindido este 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 este contrato, **"El Instituto"** establecerá, 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 atenderá a las condiciones previstas en los dos últimos párrafos del artículo 52 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

TRIGÉSIMA. TERMINACIÓN ANTICIPADA.

De conformidad con lo establecido en el artículo 54 Bis de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 102 de su Reglamento, **"El Instituto"** podrá dar por terminado anticipadamente el presente contrato sin responsabilidad para éste y sin necesidad de que medie resolución judicial alguna, cuando concurran razones de interés general o bien cuando por causas justificadas se extinga la necesidad de requerir el servicio 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 de los actos que dieron origen al presente instrumento jurídico, con motivo de la resolución de una inconformidad o intervención de oficio emitida por la Secretaría de la Función Pública.
La terminación anticipada del presente contrato se sustentará mediante dictamen que precise las razones o las causas justificadas que den origen a la misma. Los gastos no recuperables por la terminación anticipada serán pagados siempre que éstos sean razonables, estén comprobados y se relacionen directamente con el presente instrumento jurídico.

TRIGÉSIMA PRIMERA. DISCREPANCIAS.

"Las Partes" convienen que, en caso de discrepancia entre la Convocatoria y/o solicitud de cotización, la propuesta económica de **"El Prestador del Servicio"** y el presente contrato, prevalecerá lo establecido en la Convocatoria y/o solicitud de cotización, junta de aclaraciones respectiva, en caso de aplicar, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 81 fracción IV, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

TRIGÉSIMA SEGUNDA. CONCILIACIÓN.

"Las Partes" acuerdan que para el caso de que se presenten desavenencias derivadas de la ejecución y cumplimiento del presente contrato se someterán al procedimiento de conciliación establecido en los artículos 77, 78, 79 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 126 al 136 de su Reglamento y al Decreto por el que se establecen las acciones administrativas que deberá implementar la Administración Pública Federal para llevar a cabo la conciliación o la celebración de convenios o acuerdos previstos en las leyes respectivas como medios alternativos de solución de controversias, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de abril de 2016.

La solicitud de conciliación se presentará mediante escrito, el cual contendrá los requisitos contenidos en el artículo 15 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, además, hará referencia al número de contrato, al servidor público encargado de su administración, objeto, vigencia y monto del contrato, señalando, en su caso, sobre la existencia de convenios modificatorios, debiendo adjuntar copia de los instrumentos consensuales debidamente suscritos.

TRIGÉSIMA TERCERA. DOMICILIOS.

"Las Partes" señalan como sus domicilios legales para todos los efectos a que haya lugar y que se relacionan en el presente contrato, los que se indican en el apartado de Declaraciones, por lo que cualquier notificación judicial o extrajudicial, emplazamiento, requerimiento o diligencia que en dichos domicilios se practique, será enteramente válida, al tenor de lo dispuesto en el Título Tercero del Código Civil Federal y sus correlativos en los Estados de la República Mexicana.

TRIGÉSIMA CUARTA. LEGISLACIÓN APLICABLE.

"Las Partes" se obligan a sujetarse estrictamente para la prestación del servicio objeto del presente contrato a todas y cada una de las cláusulas que lo integran, así como la cotización y el requerimiento asociado a ésta, a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento; al Código Civil Federal; la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; al Código Federal de Procedimientos Civiles; a la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento, el Acuerdo por el que se expide el protocolo de actuación en materia de contrataciones públicas, otorgamiento y prórroga de licencias, permisos, autorizaciones y concesiones y a las demás disposiciones jurídicas aplicables.

TRIGÉSIMA QUINTA. JURISDICCIÓN.

"Las Partes" convienen que, para la interpretación y cumplimiento de este contrato, así como para lo no previsto en el mismo, se someterán a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Federales y Jurisdicción competentes en el Estado de Puebla, renunciando expresamente al fuero que pudiera corresponderles en razón de su domicilio actual o futuro.

FIRMANTES O SUSCRIPCIÓN.

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 Puebla Pue., el **6 de enero de 2023**, quedando un ejemplar en poder de **"El Prestador del Servicio"** y los restantes en poder de **"El Instituto"**.

"El Instituto"

Dra. María Aurora Treviño García
Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla y Representante Legal

"El Proveedor"

C. Erika Mayela Meneses Cazares
Representante Legal de la Empresa **GRUPO VITALMEX S.A. DE C.V. (Participante A)**

"El Proveedor"

C. Ricardo Moreno Martinez
Representante Legal de la Empresa
ENDOMEDICA S.A. DE C.V. (Participante B)

"El Proveedor"

C. Mariana Rivera Welsh
Representante Legal de la Empresa
MEDICAL SCOPE (Participante C)

"Área Contratante"

C.P. Diliam Montaño Hernández
Titular de la Coordinación de
Abastecimiento y Equipamiento

"Área Requirente Y Administradora del Contrato"

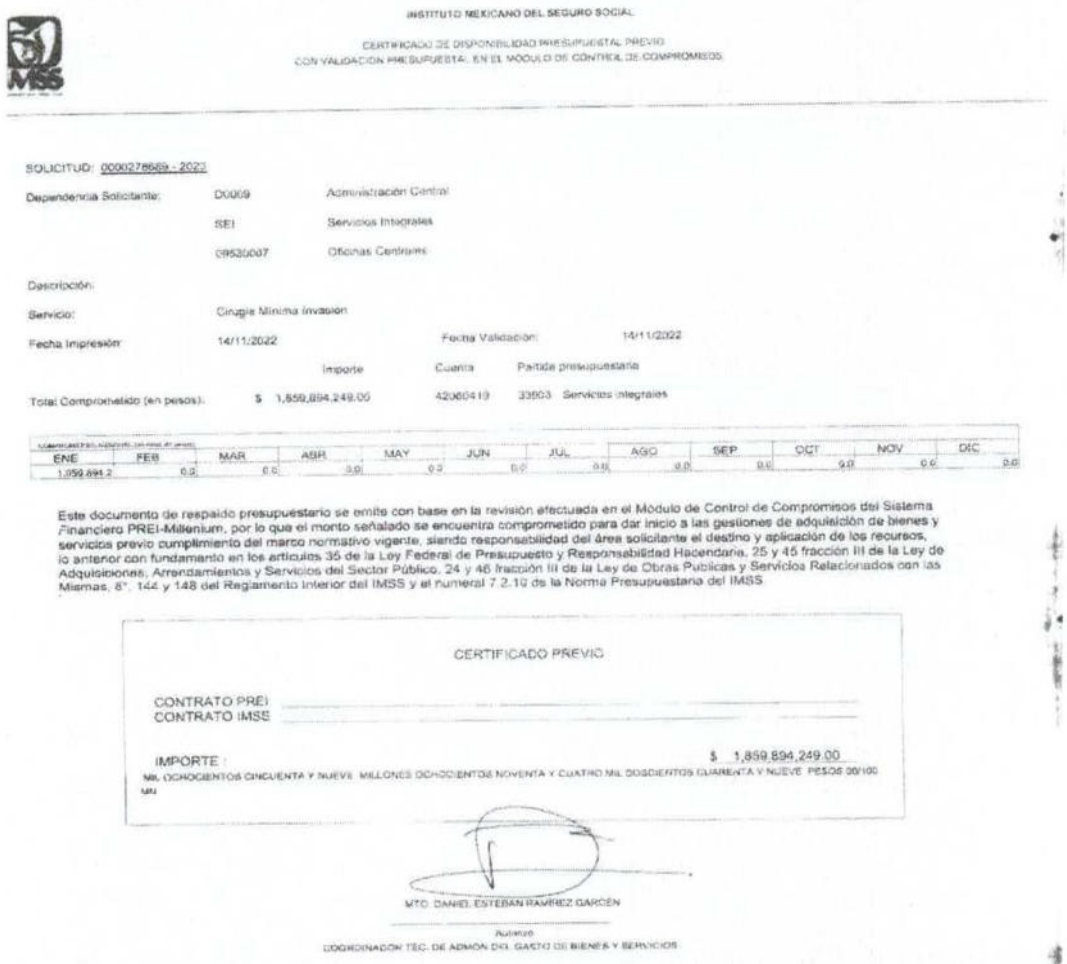
Dr. Ulises Cruz Apanco
Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

"Área Técnica"

Dr. Adrian Carmen Cruz Atenco
Jefe de servicio de cirugía

Anexo 1 (uno)

"Dictamen/Certificado de Disponibilidad Presupuestal Previo, cobertura, Términos y Condiciones" y Anexo Técnico"



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO
CON VALIDACION PRESUPUESTAL EN EL MODULO DE CONTROL DE COMPROMISOS

SOLICITUD: 0000278689 - 2022

Dependencia Solicitante: D0009 Administración Central
SEI Servicios Integrales
09530007 Oficinas Centrales

Descripción:

Servicio: Cirugía Mínima Invasion

Fecha Impresión: 14/11/2022 Fecha Validación: 14/11/2022

	Importe	Cuenta	Partida presupuestaria
Total Comprometido (en pesos):	$ 1,859,894,249.00	42060419	33903 Servicios integrales

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1,859,894.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

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

CERTIFICADO PREVIO

CONTRATO PREI
CONTRATO IMSS

IMPORTE: $ 1,859,894,249.00
MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS 00/100 MN

MTO. DANIEL ESTEBAN RAMIREZ GARCÉN
Autorizó
COORDINADOR TEC. DE ADMON DEL GASTO DE BIENES Y SERVICIOS

Cobertura

UNIDAD	UNIDAD DE INFORMACION	CENTRO DE COSTOS	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO
H.G.Z No. 20	220101	200219	$562,539.00	$1,310,983.00
		SUBTOTAL	**$562,539.00**	**$1,310,983.00**
		IVA.	**$90,006.24**	**$209,757.**
		TOTAL	**$652,545.24**	**$1,520,740.28**

TÉRMINOS Y CONDICIONES

En cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 4.24.4 de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (POBALINES), se establecen los presentes Términos y Condiciones para la contratación del Servicio Médico Integral para Servicio Médico Integral (SMI para PMI).

1. DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

Objetivo general:
Proveer al Instituto Mexicano del Seguro Social de equipo, instrumental, bienes de consumo de vanguardia y de personal técnico, necesario para la realización de los procedimientos quirúrgicos o endoscópicos, que diagnostican o tratan las siguientes patologías Colecistectomía con exploración de vía biliar adulto, Laparoscopía diagnóstica adulto, Artroscopia de rodilla con implante, Litotricia ureteral flexible adulto (láser), Colecistectomía laparoscópica pediátrica, Broncoscopia con toma de biopsia y cepillado adulto, Colonoscopía con toma de biopsia adulto, Endoscopía de tubo digestivo para lesiones sangrantes no variceales pediátrica, Facoemulsificación con implante de lente intraocular (LIO)entre otras.

TIPO DE CONTRATACIÓN.
Este procedimiento se formalizará a través de un **contrato abierto**, de conformidad con el artículo 47 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 85 de su Reglamento, aclarando que la entrega, recepción del mencionado contrato y pago del servicio prestado se realizará en el Área de Trámite de Erogaciones ubicada según corresponde en cada OOAD/UMAE conforme al número de procedimientos establecidos mínimos y máximos contenidos en el **Anexo TI** "Requerimientos De SMI para PMI 2022".

VIGENCIA Y PLAZO DEL SERVICIO.

a) **Vigencia de la contratación:**
La vigencia de la contratación será a partir del día natural siguiente a la notificación del fallo al 6 de junio 2023

b) **Plazo de la entrega del bien:**
Se contará con un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días naturales a partir de la emisión y notificación del fallo para la instalación, puesta a punto de los **equipos médicos** y de 46 (cuarenta y seis) días naturales a partir de la notificación del fallo para el **Instrumental y bienes de consumo básico y complementario** que deberán entregarse de acuerdo a lo establecido en el presente documento, anexo técnico y demás formatos y anexos.

Nota: En caso de que el licitante adjudicado esté en posibilidad de dar inicio antes del vencimiento del plazo de 45 (cuarenta y cinco) días naturales podrá hacerlo, previa coordinación y corresponsabilidad con el administrador del contrato y auxiliares del contrato del Instituto correspondiente, de forma que el SMI para PMI, se otorgue ininterrumpidamente a la derechohabiencia.

c) **Inicio para la prestación del Servicio:**
Será a partir del día 46 (cuarenta y seis) natural posterior a la emisión y notificación del fallo al 6 de junio 2023

El licitante adjudicado se obliga en 10(diez) días hábiles a partir de la emisión y notificación del fallo, previo a la firma del contrato a presentar la documentación en físico requeridas por el Instituto, del Personal técnico, Equipo y Bienes de consumo básicos y complementarios contenidos en el presente documento y Anexo técnico.

2. LUGAR Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

a) Los Equipos Médicos, Instrumental y Bienes de Consumo Básicos y Complementarios deberán entregarse en el área que indique el Director de la Unidad o quien este designe, según la distribución y el directorio establecido en el **ANEXO T11** Distribución de Equipo e Instrumental del SMI para PMI y **ANEXO T12** "Catálogo de Unidades Médicas con SMI para PMI".

b) Será responsabilidad del proveedor realizar por su cuenta **las maniobras de carga y descarga** de los equipos y bienes de consumo al lugar de entrega e instalación que determine el Instituto y sin costo adicional para este.

c) **La transportación y resguardos** de los equipos y los bienes de consumo, se hará por cuenta exclusiva del proveedor sin costo adicional para el instituto.

d) El licitante adjudicado será el responsable **del aseguramiento de los equipos**, desde su transportación, recepción, instalación y hasta que finalice la prestación del servicio en las Unidades Médicas, toda vez que el equipo es propiedad del licitante adjudicado.

e) Por necesidades de la OOAD o UMAE (siniestros o reubicación por emergencia sanitaria) y sin obligación adicional para ésta, previo acuerdo de las partes, se podrá modificar el lugar en donde se instalen los equipos y la entrega de bienes de consumo, dentro de la misma OOAD estatal o UMAE, durante la prestación del servicio **renombrando los "Formatos de SMI para PMI"** con la nueva Unidad destino.

f) El responsable de la recepción de los equipos médicos y bienes de consumo, será el Jefe de Conservación de la Unidad, Jefe de Servicio de Cirugía o Coordinador Clínico o Administrador de la unidad Médica o la persona que designe el Instituto en la OOAD/UMAE, en su ausencia, por medio del **Formato 7** "Recepción de equipos".

Es importante señalar que el licitante deberá apegarse a los tiempos y plazos establecidos en el desarrollo del presente Términos y Condiciones y Anexo Técnico como parte integrante de la Convocatoria el cual hará suyo para su presentación como parte de su Propuesta Técnica.

3. TIPO DE ABASTECIMIENTO.
Se adjudicará el 100% de la totalidad del requerimiento a un solo licitante por **Región**; un licitante podrá participar en varias Regiónes.

La Región consiste en una zona de geo localización que contiene varias OOAD Estatal y/o UMAE, con sus respectivas Unidades Hospitalarias los requerimientos específicos por Unidad Médica, están establecidos en el **ANEXO T1 "Requerimiento de SMI para PMI"**, con la finalidad de que el licitante tenga una referencia para la elaboración de la propuesta y de la capacidad que se requiere para la prestación del servicio. En caso de que los licitantes no puedan participar en más de una Región, no será motivo de descalificación.

Estos requerimientos contienen los Procedimientos, los cuales a su vez se clasifican por **paquetes*** de bienes de consumo básicos de características específicas dependiendo de las necesidades de la unidad médica que se trate;

así mismo, los bienes de consumo complementarios se encuentran enlistados por separado, tal como se detalla en el **ANEXO T4 "Catálogo Bienes de Consumo de SMI para PMI"**. Por tanto la documentación contenida en su propuesta solo tendrá que acreditar los bienes de consumo básico y complementario que se requieran según los procedimientos solicitados por la OOAD y/o UMAE de la Región de su interés.

La conformación del "Servicio Médico Integral para Procedimientos de Mínima Invasión" **(SMI para PMI)** se contemplan **procedimientos** agrupados en Cinco **(5) Paquetes***, como se muestra en la siguiente tabla:

SMI PARA PMI CONFORMADO 5 PAQUETES	
Paquete 1: Accesos Diagnósticos Terapéuticos de Mínima Invasión.	
Paquete 2: Endoscopias del Aparato Respiratorio y Digestivo.	
Paquete 3: Procedimientos de Mínima Invasión de Oftalmología.	
Paquete 4: Cápsula Endoscópica.	
Paquete 5: Procedimientos Funcionales Digestivos.	

Los licitantes, para la presentación de sus proposiciones deberán ajustarse estrictamente a los requisitos y especificaciones previstas en los anexos técnicos contenidos en este documento, describiendo en forma amplia y detallada las características del servicio que se está ofertando.
La Conciliación de los procedimientos efectivamente realizados deberá ser presentada anexo a la factura respectiva para el trámite del pago correspondiente.

El licitante podrá ofertar por separado cada una de los OOAD y/o UMAES establecidas en el **Anexo T1 "Requerimiento de SMI para PMI"**. Por tanto el licitante podrá obtener los OOAD y/o UMAES que esté interesado, pudiendo ser una o más de una, considerando el **Catálogo de Procedimientos** del presente documento. Los requerimientos específicos por Unidad Médica están establecidos en el **ANEXO T1 "Requerimiento de SMI para PMI"**.

La Primera dotación de bienes de consumo corresponderá al consumo estimado por el Jefe de Servicio de la sala de Cirugía, de 7 días hábiles de la Unidad Médica, la cual deberá ser a más tardar el día 45 (cuarenta y cinco) natural, contados a partir del día siguiente a la emisión del fallo.

Asimismo, el licitante adjudicado deberá contar en su empresa con un inventario de Bienes de Consumo correspondiente a 7(siete) días hábiles de consumo máximo de las Regións adjudicadas, a fin de poder atender cualquier eventualidad que se presente durante la vigencia de la prestación del servicio.

4. REQUISITOS QUE LOS LICITANTES DEBEN CUMPLIR.

Los licitantes, para la presentación de sus proposiciones deberán ajustarse estrictamente a los requisitos y especificaciones previstas en los presentes Términos y Condiciones y en el Anexo técnico, describiendo en forma amplia y detallada las características del servicio que se están ofertando, para todas las Regións en su propuesta técnica, cumpliendo estrictamente con lo señalado en el presente documento, debiendo el licitante garantizar la correcta prestación del servicio médico integral.

CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 26 BIS FRACCIÓN II Y 34 DE LA LAASSP, EL LICITANTE DEBERÁ REMITIR A TRAVÉS DEL SISTEMA COMPRANET, LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

4.1 Documentación Legal-Administrativa

Los licitantes deberán presentar en papel preferentemente membretado y firmado por su Representante Legal, Apoderado Legal o persona facultada para ello la documentación legal-administrativa, misma que deberá estar foliada en cada una de sus fojas de manera consecutiva.

La documentación legal-administrativa enviada a través de CompraNet podrá ser presentada en formato PDF (utilizar alta resolución), formato imagen o equivalente. En caso de comprimir archivos, no deberá depender de otro (s) programa (s) y/o procedimiento (s) para realizar la apertura de los mismos, referida en los numerales del **4.1.1** al **4.1.18** de la Convocatoria.

4.2 Documentación Técnica

El licitante participante deberá presentar su propuesta técnica en papel membretado de la licitante, foliada y con firma autógrafa del representante legal o apoderado legal o por persona facultada para ello, con la siguiente documentación:

4.2.1 **Propuesta técnica,** El licitante deberá presentar su propuesta técnica, con una descripción amplia y detallada del "Servicio Médico Integral para Procedimientos de Mínima Invasión de acuerdo a lo solicitado en el Anexo Técnico, Términos y Condiciones y demás anexos que forma parte de la presente contratación, identificando claramente las Regiónes en las que participa, incluyendo los equipos, el instrumental, los bienes de consumo (básicos y complementarios) y demás aspectos requeridos para la contratación; para lo cual deberá transcribir íntegramente el Anexo Técnico así como los Términos y Condiciones, manifestando en esa transcripción la aceptación y cumplimiento de esas disposiciones.

Presentando el **FORMATO T23 "PROPUESTA PARA EVALUACIÓN TÉCNICA /DOCUMENTAL"** contenido en "Formatos de SMI para PMI" para su evaluación técnica en archivo digital EXCEL editable y PDF no modificable, con firma autógrafa del representante legal. El no presentar Propuesta Técnica será causal de desechamiento.

4.2.2 **Registros Sanitarios.** El licitante deberá presentar como parte de su Propuesta Técnica, copia simple del 100% de los registros sanitarios, 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 términos de lo dispuesto por el artículo 376 de la Ley General de Salud y el artículo 82 del Reglamento de Insumos para la Salud.
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."Cátalogo 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 acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario, presentado ante la COFEPRIS especificando claramente el número de registro sanitario a que pertenece el recibo.
c) Carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del Titular del Registro Sanitario en donde, manifieste que el trámite de prórroga del Registro Sanitario, del cual presenta copia, fue sometido en tiempo y forma, y que el acuse de recibo presentado corresponde al producto sometido al trámite de prórroga.

Nota: no son válidas "consultas por Internet, capturas de pantalla o cartas dirigidas" a COFEPRIS sin su respuesta.
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 que no requiere registro sanitario, o el "Listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del registro sanitario, y de aquellos productos que por su naturaleza, características propias y uso no se consideran como insumos para la salud y por ende no requieren registro sanitario" Diario Oficial de la Federación **(DOF) el 22 de diciembre del 2014,** en el que identifique aquellos que oferte debidamente referenciado.

El no presentar el Registro Sanitario vigente, prorroga del mismo actualizada o DOF si aplica, será causal de desechamiento.

4.2.3 **Folletos, catálogos, fotografías, manuales, entre otros, en cuyo caso deberán aplicar para comprobar y corroborar las especificaciones técnicas requeridas.** Para comprobar y corroborar las especificaciones técnicas y requisitos de los bienes solicitados y/o en su caso el software establecido en el Anexo **T2."Equipo médico de SMI para PMI", Anexo T3 "Instrumental de SMI para PMI", Anexo T4."Cátalogo de Bienes de Consumo de SMI para PMI",** deberán estar en idioma español y corresponder exactamente a lo solicitado en cada uno de los requisitos técnicos, se requiere que el licitante presente en base a los Anexos Técnicos y de Términos y Condiciones, folletos, catálogos, fotografías, imágenes, instructivos y/o manuales del fabricante, mismos que deberán tener correspondencia con la descripción técnica solicitada en la presente convocatoria y, además, a lo enunciado y ofertado por el licitante, esto de acuerdo a marca, modelo, número de catálogo, número de parte, etcétera, según corresponda; es decir con la descripción técnica enunciada por el licitante en el **FORMATO T23 "PROPUESTA PARA EVALUACIÓN TÉCNICA /DOCUMENTAL"**(presentar formato en PDF y Excel editable). Tal documentación deberá ser completa y en idioma español, en caso de estar en idioma distinto al español deberá proporcionar su traducción simple, sin que esto 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 sus proposiciones. En caso de presentar imágenes y/o fotografías en las cuales se pueda corroborar las especificaciones y requisitos ofertados, se precisa que el licitante deberá referenciar de manera clara, precisa y objetiva que existe la debida correspondencia entre la imagen y/o fotografía y el bien presentado, considerando marca, modelo, número de catálogo, numeral de parte, según corresponda, para denotar la descripción técnica considerada en su propuesta técnica.

El no presentar Folletos, catálogos, fotografías, manuales con traducción simple y correspondencia a lo ofertado, será causal de desechamiento.

4.2.4 **Certificados de calidad.**

4.2.4.1 Copia simple del **Certificado de Calidad** ISO-9001:2015 en **servicios integrales**, a nombre del licitante, vigente. El no presentar las certificaciones correspondientes, será causal de desechamiento.

4.2.4.2 **Certificados de calidad. Copia simple del Certificado de Calidad ISO-13485:2016** a nombre del fabricante de cada bien que oferte (equipo, instrumental y bienes de consumo básicos y complementarios) o copia simple del Certificado FDA vigente o el CCEE o Certificado de Calidad de Buenas Prácticas de Manufactura de COFEPRIS o Ministerio de Salud de Japón, vigente en el idioma del país de origen acompañado de su traducción simple al español. El no presentar las certificaciones correspondientes, será causal de desechamiento.

El no presentar las certificaciones correspondientes, será causal de desechamiento.

4.2.5 **Carta compromiso del Licitante participante en la Instalación de Equipo;** se compromete a cumplir cabalmente para la instalación del (de los) equipo(s), para la prestación correcta y oportuna del servicio en el que resulte adjudicado, 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 instalación y óptimo funcionamiento del (de los) equipo(s) ofertado(s), mediante el **Formato T21** " Carta compromiso del Licitante participante en la Instalación de Equipo", contenido en formatos de SMI para PMI. El no presentar la carta, será causal de desechamiento.

4.2.6 **Aviso de Importación** Escrito en formato libre en hoja membretada del licitante y debidamente firmado por el representante legal del licitante en el que manifieste en caso de resultar **adjudicado** y previo a la firma del contrato; dentro de su propuesta oferte equipamiento (nuevo o usado este último no mayor a 4 años cero meses de fabricación), se compromete a entregar al Administrador del Contrato, copia simple del aviso de importación del equipamiento ofertado dentro de los 15 (quince) días hábiles posteriores a la emisión del fallo. El no presentar la carta, será causal de desechamiento.

4.2.7 **Fecha de fabricación de sus equipos:** El licitante participante presentará escrito en formato libre, en hoja membretada del licitante y debidamente firmado por el representante legal del licitante en el que manifieste que en caso de que los equipos ofertados **son nuevos** y en caso de **ser usados** mediante el **FORMATO T30** "Carta Compromiso de Equipo Médico que avale los 4(cuatro) años cero meses de Fabricación (a partir 2018)." (contenido en formatos de SMI para PMI) que tienen una fecha de fabricación no mayor a 4 años cero meses al de la fecha de la presentación de su propuesta. El no presentar la carta, será causal de desechamiento.

4.2.8 **Carta Factura de los equipos** Escrito en formato libre, en hoja membretada del licitante y debidamente firmado por el representante legal del licitante en caso de resultar **adjudicado** se compromete a entregar al Administrador del Contrato, previo a la entrega e instalación del equipamiento, copia simple de la Carta Factura del equipamiento de su propiedad que oferte, dentro de los 15 (quince) días hábiles posteriores a la emisión del fallo. El no presentar la carta, será causal de desechamiento.

4.2.9 **Normas Oficiales a Considerar Para Prestación Del Servicio.**

El licitante deberá presentar escrito libre en papel membretado del licitante y debidamente digitalizado o escaneado con la firma del representante legal en el que manifieste que la empresa y su personal se comprometen durante la prestación del servicio y una vez adjudicado tendrá la obligación de dar cumplimiento de las siguientes Normas Oficiales, que apliquen estrictamente a su actividad así como favorecer el cumplimiento por parte de la Unidad Médica de aquellas Normas que a través del servicio integral se deban cumplir por parte de esta última, siendo estas:

- 2000-001-001 Norma que establece las disposiciones generales para la planeación, implantación y control de servicios médicos integrales, vigente. Con fecha de 26 de Julio del 2010.
- Condición que se cumple al no contar el Instituto Mexicano del Seguro Social con los equipos e Instrumental para la prestación del servicio a fin de satisfacer la demanda de los derechohabientes.
- Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Para lo cual se mantendrán debidamente limpios y esterilizados los equipos e Instrumental a fin de evitar contaminaciones. Con fecha publicada en el DOF 20 Noviembre 2009.
- Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, para la Práctica de la Cirugía Mayor Ambulatoria. Mediante el cumplimiento obligatorio de proporcionar los Mantenimientos Preventivo y Correctivo a fin de mantener en óptimas condiciones el Equipo e Instrumental. Con fecha publicada en el DOF de 07 ago. 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en Materia de Información en Salud. Se da cumplimiento al contar con un Sistema que permita registrar los datos de la información y los conocimientos que sirvan de apoyo para conformar un Sistema de Salud Universal y equitativo de alta calidad y anticipatorio, descentralizado y participativo que oriente al proceso de planeación, gestión de programas; así como, la toma de decisiones. Con fecha publicada en el DOF de 28 09 2005 y proyecto de modificación; PROY-NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. Publicado en DOF del 23/08/2012
- Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Infraestructura y Equipamiento de los hospitales y consultorios de atención médica especializada. Lo cual se observará, en parte, al proporcionar el licitante los equipos para el equipamiento de los hospitales y así estar condiciones de cumplir con los requisitos mínimos establecidos de infraestructura para la atención médica especializada. Con fecha publicada en el DOF de 24 oct. 2001.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental – Residuos peligrosos biológico-infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo. Con fecha publicada en el DOF de 17 feb. 2003.
- Norma Mexicana NOM-R-025-SCFI-2015 en Igualdad Laboral y No Discriminación, Con fecha publicada en el DOF 19 de octubre del 2015.

El no presentar el escrito con el compromiso, será causal de desechamiento.

4.2.10. VISITA A LAS INSTALACIONES INSTITUCIONALES.

El licitante de forma optativa podrá visitar las unidades médicas que participen en el presente servicio integral, a efecto de verificar el lugar y/o espacio que la unidad médica les asignará para la guarda y custodia de los equipos médicos, instrumental e insumos que se requieren para la prestación del servicio; así mismo, identificará y determinará la pertinencia o no, de realizar adecuaciones al área que se le asigne. Se precisa que la visita a las Instalaciones Institucionales, el no llevarla a cabo no es motivo de descalificación y **será a partir del día hábil siguiente a la publicación en compraNet** y hasta dos días hábiles previo a la Junta de Aclaraciones y podrá acudir a las Unidades Médicas sujetas a la prestación del servicio, previa solicitud de cita concertada con el Director de la Unidad Médica de la OOAD/UMAE o el Funcionario que este designe, elaborando nota informativa de visita en papel membretado del licitante, la cual será firmada y sellada por el supervisor técnico y representante legal de la empresa y el Director de la Unidad Médica de la OOAD/UMAE o el Funcionario que este designe.

Visita a Sitio. El instituto, por conducto del Jefe o Encargado del Servicio de Cirugía, proporcionará las facilidades e información correspondiente a los licitantes, con el propósito de que estos identifiquen las áreas físicas para la instalación de los equipos de SMI para PMI, y bienes de consumo complementarios, condiciones y necesidades que deben considerar para la óptima prestación del servicio, dentro del horario comprendido de las 09:30 a las 14:00 horas, de lunes a viernes, **previa cita concertada** (direcciones y teléfonos de Unidades se encuentran en el **Anexo T12** "Catálogo de Unidades Médicas de SMI para PMI") **con el Jefe o Encargado** del Servicio de Cirugía/Endoscopia de la OOAD/UMAE de que se trate, quien será el responsable por parte del Instituto de identificar y mostrar el área física dentro de la Unidad Médica en donde se proporcionará el SMI para Cirugía, mismo que deberá firmar el "Constancia de Visita a Sitio", **carta en escrito libre en hoja membretada de la empresa licitante** el cual deberá elaborar y presentar el licitante en la visita que realice, misma que deberá integrar debidamente firmada por el personal del IMSS señalado y del licitante como parte de su Propuesta Técnica.

Se aclara que, en caso de que durante la visita a sitio por parte de los licitantes, no se encuentre el Jefe o Responsable de Cirugía o Endoscopia , se permitirá que la "Constancia de Visita a Sitio", carta **en escrito libre en hoja membretada de la empresa licitante** pueda ser firmado por el Director de la Unidad Médica, o quien este designe, siempre y cuando se incluya el sello de la Unidad Médica, cargo, nombre, matrícula y firma autógrafa del servidor público con el que se realizó la visita, así como el representante del licitante al término de la visita. El personal del Instituto intervendrá únicamente en la identificación y guía del espacio en el que los equipos deberán ubicarse. Cabe señalar que el importe de la(s) visita(s) correrán a cuenta del licitante.

En todos los casos, visite u opte por no realizar la visita a sitio, el licitante deberá entregar FORMATO T31 "carta relativo a la obligación del licitante adjudicado, de realizar los trabajos necesarios de adecuación a las instalaciones de cada unidad médica que corresponda", en la cual especifique que se compromete a realizar las adecuaciones del área física, para la instalación de los equipos de Cirugía o Endoscopia y Bienes de Consumo Complementarios y de cómputo, condiciones y necesidades que deben considerar para la óptima prestación del servicio, en la(s) Unidad(es) Médica(s) de las Regións en la(s) que participe. El No entregar la carta (FORMATO T31) será causal de desechamiento.

Lo anterior servirá al licitante para la elaboración del Proyecto de Instalación Global de los Equipos en escrito libre, el cual deberá contener la propuesta de las adecuaciones necesarias y plazos de ejecución de los trabajos, dentro de los 90(noventa) días naturales arriba señalados, que integrará a la Propuesta Técnica.

Es importante aclarar que las dudas y aclaraciones que no puedan ser solventadas con la inspección física de las Unidades y derivadas de la visita al sitio serán contestadas en la Junta de Aclaraciones y no durante la visita a sitio. A fin de poner en igualdad de condiciones a todos los licitantes que participen.

En la visita que en su caso decida realizar el licitante a las instalaciones institucionales, el servidor público responsable, deberá llevar a cabo la formalización de una **minuta** que deberá ser firmada por los participantes y contendrá al menos: la fecha, la hora de inicio y de conclusión, los nombres completos de todas las personas que estuvieron presentes y el carácter, cargo o puesto directivo con el que participaron, del personal del Instituto (Jefe de Servicio o Encargado del Servicio de Cirugía o quien designe el Instituto que lo sustituya), nombre, cargo y firma del personal de la empresa licitante asistente, así como los temas tratados, conforme a lo señalado en el numeral 14 del "PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN MATERIA DE CONTRATACIONES PÚBLICAS, OTORGAMIENTO Y PRÓRROGA DE LICENCIAS, PERMISOS, AUTORIZACIONES Y CONCESIONES" publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) 20 de agosto de 2015, y sus reformas de fechas de publicación en el DOF el 19 de febrero de 2016 y el 28 de febrero 2017, para lo cual previamente el servidor público del IMSS deberá realizar la invitación con dos días hábiles previos al personal del Órgano Interno de Control (OIC), remitiéndole a este último copia simple de la minuta que se levante del acto, en un plazo no mayor a dos días hábiles para el Instituto, contados a partir de su formalización. Dicha minuta NO servirá de constancia de haber realizado la visita a las instalaciones de cada sitio que se visite, solo es para el debido cumplimiento del protocolo señalado.

4.2.11 **Currículum individualizado del personal propuesto.** Currículum individualizado del **técnico en sitio** propuesto por el licitante, que cuente con conocimientos especializados en Mínima invasión, en asistencia en Cirugía de Mínima Invasión , Oftalmológica y en endoscopias, conocer y saber llevar a cabo el procedimiento de desinfección y esterilización de los endoscopios e instrumental reusables y/o manejo de equipamiento asociado a este servicio, el perfil del técnico deberá ser en la rama de enfermería, licenciatura o equivalente técnico en el manejo de aparatos biomédicos, así como su **supervisor** que deberá tener conocimientos especializados en manejo, instalación y reparación de aparatos biomédicos, a nivel técnico o licenciatura, para acreditar que cuenta con la experiencia necesaria presentando los siguientes documentos: (con base al artículo 40 fracción I de RLAASSP).que contenga cuando menos la siguiente información:

a) Nombre, domicilio y número telefónico.
b) Escolaridad de acuerdo con las funciones del personal propuesto establecido en el Anexo Técnico.
c) Experiencia laboral de cuando menos un año en proyectos iguales o similares al de la presente contratación, pudiendo presentar para este punto; contratos formalizados (fracciones de año o anuales) donde especifique o se relacione al servicio de Mínima Invasión.
d) Indicar periodos de inicio y término al menos con mes y año.
e) Identificación oficial vigente con fotografía y firma autógrafa.
f) Firmado por el personal propuesto (titular del currículo) y por el representante legal.

El Licitante participante 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", la Asignación del **supervisor** será al menos uno por cada diez Hospitales, perfil Licenciatura en Ingeniería Biomédica o Bachillerato Técnico en mantenimiento de equipo biomédico, si la Región adjudicada tuviese menos de 10 Unidades Hospitalarias tendrá que ser al menos uno por Región.

El personal propuesto (técnicos en sitio y Supervisores de Instalación y Mantenimiento*) se consignará en el **FORMATO T22 "Relación de documentos a evaluar del Licitante",** documento que deberá ser debidamente escaneado o digitalizado con la respectiva firma estampada del personal propuesto y a su vez por el representante legal, apoderado legal o persona facultada del licitante, en hoja membretada, que avale la información señalada en el párrafo anterior, en PDF y Excel editable.

* 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.
No presentar el curriculum, no será causal de desechamiento, será evaluado como "0" puntaje.

4.2.12 **Copia de Cédula y/o Título Profesional o técnico del personal propuesto.** El licitante deberá presentar el documento que demuestre que todo el personal propuesto, (**Técnicos en sitio** y **Supervisores de Instalación y**

Mantenimiento), para el cumplimiento del apartado experiencia del personal cumple de acuerdo a su nivel profesional, en el entendido que ambos personajes pueden incluir Certificado de Estudios, Carta de Pasante, Título o Cédula Profesional, nivel licenciatura o Técnico.

Copia de la Cédula emitida por la Secretaría de Educación Pública (SEP) y/o Título Profesional o en su caso constancia de avance del 75% o 100% de créditos (certificar haber cumplido con el plan de estudios) de las carreras en las áreas de enfermería o carrera nivel técnico o afín, emitidas por instituciones académicas debidamente reconocidas por la Secretaría de Educación Pública.
En concordancia con el **FORMATO T22 "Relación de documentos a evaluar del Licitante".**
No será causal de desechamiento, será evaluado como "0" puntaje.

4.2.13 **Dominio de herramientas relacionadas con el servicio**: El personal propuesto por el licitante participante, deberá presentar copia de certificado, constancia o diploma del fabricante y/o distribuidor; o documento expedido por Institución pública o privada reconocida, que acredite el dominio de herramientas en instalación y operación de los equipos requeridos en la Unidad Hospitalaria incluida en la Región de su interés:

- Torre de Visualización
- Unidad de electrocirugía para endoscopía
- Bisturí ultrasónico
- Equipo para sellado de vasos
- Litotriptor neumático
- Láser quirúrgico de Holmio
- Microdebridador eléctrico para oído y nariz
- Torre básica de visualización endoscópica de tubo digestivo adulto, un video gastroscopio y un Video colonoscopio
- Unidad de electrocirugía con coagulación de argón
- Ultrasonido endoscópico
- Torre para endoscopía avanzada de aparato respiratorio adulto
- Unidad de Facoemulsificación
- Microscopio quirúrgico oftalmológico avanzado.
- Equipo de Facovitrectomía
- Microscopio para Oftalmocirugía de alta.
- Fotocoagulador Integral para Retina, estado sólido.
- Oftalmoscopio Binocular Indirecto. Inalámbrico
- Unidad para ultrasonografía oftalmológica.
- Esterilizador de vapor.
- Refractor y de Queratómetro Automático
- Equipo de Criocirugía Oftálmica.
- Torre de Visualización para Ortopedia.
- Equipo de Artroscopia.
- Equipo de cápsula endoscópica.
- Enteroscopio asistido con balón.
- Grabador de pH con impedancia esofágico 24 Horas.

Entendiendo que el expertis de cada técnico está en función al equipo relacionado con el "Paquete" al que va dirigido, Paquete 1: Accesos Diagnósticos Terapéuticos de Mínima Invasión, Paquete 2: Endoscopias del Aparato Respiratorio y Digestivo. Paquete 3: Procedimientos de Mínima Invasión de Oftalmología, Paquete 4: Cápsula Endoscópica y Paquete 5: Procedimientos Funcionales Digestivos, que a su vez están agrupados en las diferentes Regións.

El licitante participante Podrá presentar:

1. Copia de constancias, diplomas, certificados de cursos expedidos por el fabricante, distribuidor autorizado y/o alguna entidad reconocida que certifique al personal en la instalación, servicio, operación y manejo de los equipos de acuerdo a la Región de su interés. En el cual deberá ir el nombre del técnico en sitio y supervisor en instalación y mantenimiento propuestos para prestar el servicio. O

2. Copia de actas de entrega recepción, órdenes de servicio de instalación y/o de mantenimiento de los equipos objeto de esta licitación en por lo menos una institución hospitalaria pública o privada, la cual podrá corresponder a los últimos 5 años (2017 a 2022). Debe de referenciar el nombre y firma del técnico o supervisor en instalación y mantenimiento responsable que realizó el servicio, el cual corresponderá con el personal propuesto por parte de la empresa licitante participante.

3. Estos datos deberán aparecer de forma legible para su correcta interpretación al momento de la revisión documental, únicamente se contabilizará una orden de servicio de equipo médico por Unidad Médica por año.

En concordancia con el **FORMATO T22 "Relación de documentos a evaluar del Licitante"**
El no presentar copias de certificados, constancias o diplomas del fabricante y/o distribuidor; o documentos expedidos por Instituciones públicas o privadas reconocidas, no será causal de desechamiento, será evaluado como "0" puntaje.

4.2.14 **Participación de discapacitados o empresas que cuenten con trabajadores con discapacidad.** En su caso, podrán manifestar por escrito que la empresa a la que representa cuenta con trabajadores con discapacidad en una proporción del 5% cuando menos de la totalidad de su planta de empleados, cuya antigüedad no sea inferior a seis meses, misma que se comprobará con el aviso de alta al Régimen Obligatorio del Instituto Mexicano del Seguro Social, y el certificado correspondiente del IMSS que acredite que dichos trabajadores son personas con discapacidad en términos de lo previsto por la fracción IX del artículo 2 de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
El no presentarlo no será causal de desechamiento, será evaluado como "0" puntaje.

4.2.15 **Equidad de Género.** En su caso, podrán manifestar por escrito que han aplicado políticas y prácticas de igualdad de género, conforme a la certificación correspondiente, emitida por las autoridades y organismos facultados para tal efecto, de conformidad con el Decreto por el que se reforman los artículos 14 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 34 de la Ley General para la Igualdad de Mujeres y Hombres, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 10 de noviembre de 2014 y Norma Mexicana NOM-R-025-SCFI-2015 en Igualdad Laboral y No Discriminación, Con fecha publicada en el DOF 19 de octubre del 2015.

En concordancia con el **FORMATO T22 "Relación de documentos a evaluar del Licitante".**
El no presentar certificación, no será causal de desechamiento, será evaluado como "0" puntaje.

4.2.16 **MIPYMES que produzcan bienes con innovación tecnológica.**
En su caso, deberán presentar escrito donde manifiesten la clasificación que guarda la empresa, si es micro, pequeña o mediana, conforme al Acuerdo por el que se establece la estratificación de este tipo de empresas publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de junio de 2009.
El no presentar el escrito de manifiesto de su clasificación será causal de desechamiento.

Si además de ser MIPYME cuenta con innovación tecnológica, deberá incluir copia de la constancia correspondiente emitida por el Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial (IMPI), misma que no podrá tener una vigencia mayor a cinco años en su caso); lo anterior en cumplimiento al artículo 34 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios y artículo 3, fracción III de la Ley para el Desarrollo de la Competitividad de la Micro, Pequeña y Mediana Empresa.

El no presentar la certificación emitida por el IMPI, no será causal de desechamiento, será evaluado como "0" puntaje.

4.2.17 **Experiencia del licitante:** Para acreditar la experiencia que podrá ser mínima de 1 año y máxima de 5 años en Servicios Médicos Integrales similares o relacionados con bienes de mínima invasión, los licitantes participantes deberán presentar copia del o los contratos debidamente formalizados con sus respectivos anexos, celebrados con Instituciones públicas o privadas, en el que acredite por lo menos un año de experiencia durante los últimos 5 (cinco) años (en el periodo 2017 a 2022), en servicios relacionados al de la presente contratación, (pudiendo presentar el número de contratos que sean necesarios para acreditar la experiencia en años) que cumplan con lo establecido en el párrafo anterior, a efecto de que sean susceptibles de computarse los meses, años o fracciones de año de dichos contratos, para lo cual el Instituto considerará la vigencia a partir del día del inicio (a partir del 2017 en adelante, y que se computara el periodo hasta el día de la presentación y apertura) de los servicios.

En concordancia con el **FORMATO T22 "Relación de documentos a evaluar del Licitante"**, dichos contratos deberán observar lo solicitado en el numeral 4.2.22 Cumplimiento de contratos.

El no presentar contratos soporte, no será causal de desechamiento, será evaluado como "0" puntaje.

4.2.18 **Especialidad del licitante.** El Licitante participante, deberá presentar contratos con las características específicas del **Servicio Médico Integral para Procedimientos de Mínima Invasión** (específicos de los paquetes establecidos; mínima invasión cirugía, Endoscopia, Oftalmología, cápsula endoscópica, o pruebas funcionales digestivas), debidamente formalizados en el que acredite por lo menos un contrato y máximo 5 contratos de especialidad durante los últimos 5 (cinco) años 2017 a 2022, que se encuentren concluidos antes de la fecha del acto de presentación y apertura de proposiciones. Se asignará el máximo de puntuación al licitante que acredite el mayor número de contratos (máximo 5) relacionados con el servicio solicitado. Nota: Para este rubro únicamente se tomarán en cuenta contratos que sean de la misma naturaleza del servicio solicitado SMI para PMI. (No se tomarán en cuenta aquellos contratos que incluyan exclusivamente renta de equipo, venta de consumibles).

En concordancia con el **FORMATO T22 "Relación de documentos a evaluar del Licitante"**, dichos contratos deberán observar lo solicitado en el numeral 4.2.22 Cumplimiento de contratos.

El no presentar contratos soporte, no será causal de desechamiento, será evaluado como "0" puntaje.

4.2.19 **Metodología.** El Licitante participante deberá presentar el diagrama de flujo para la prestación del servicio, el cual deberá ser congruente con el plan de trabajo propuesto, misma que al menos deberá incluir:

a) Metodología y Diagrama de flujo de la instalación, capacitación, puesta a punto e inicio de operación del (de los) SMI para PMI ofertados.
b) Metodología y Diagrama de flujo de la prestación de los servicios de los SMI para PMI ofertados.
c) Metodología y Diagrama de flujo del funcionamiento y matriz de escalamiento (al menos 4 niveles: Operación, supervisión gerencia y dirección) de la mesa de ayuda (Incluir medios de contacto y retroalimentación para apertura, seguimiento y cierre de solicitudes de servicio).
d) Metodología y Diagrama de flujo del Programa de mantenimiento preventivo por equipo, con cronograma en concordancia con recomendaciones del manual del fabricante, por Unidad y/o UMAE contenidas en la Región(s) de su interés.
e) Metodología y Diagrama de flujo para contabilidad de procedimientos de acuerdo con lo solicitado en la presente contratación.
f) Metodología de aplicación del Manual de Procedimientos del Proceso de Desinfección de Alto Nivel (DAN) mediante el formato contenido en el **FORMATO T25**, para los endoscopios

El no presentar la metodología, no será causal de desechamiento, será evaluado como "0" puntaje.

4.2.20 **Plan de trabajo** propuesto, podrá presentarse conforme al Formato T0 plan de trabajo (contenido en "FORMATOS de SMI para PMI "), donde se especifican los tiempos para la implantación del servicio y ser congruente con la metodología, la cual al menos deberá contener:

I. Estrategias, Líneas de Acción.
II. Diagrama de Gantt con la temporización de las diferentes fases del proceso previas al inicio de la prestación del servicio (Afinar detalles de la integración técnica del PLAN DE TRABAJO, Entrega del plan de trabajo, Formalización del Contrato, Entrega de Garantía, Entrega por parte de la Unidad Médica del listado del personal a capacitar, Entrega del Programa de Capacitación, Capacitación Previa, Entrega ,instalación y puesta a punto del equipo, Entrega de Bienes de Consumo básicos, Entrega de Bienes de Consumo Complementarios, Inicio de la prestación del servicio).
III. Diagrama de Gantt de la instalación, puesta a punto e inicio de operación del (de los) SMI para PMI ofertados.
IV. Diagrama de Gantt El Programa de Transferencia del conocimiento (capacitación) sobre los equipos del SMI para PMI con temario por objetivos, teórico y práctica.
V. Diagrama de Gantt de la prestación de los servicios de los SMI para PMI ofertados.
VI. Diagrama de Gantt del Programa de mantenimiento preventivo por equipo, con cronograma en concordancia con recomendaciones del manual del fabricante, por Unidad y/o UMAE contenidas en la Región(s) de su interés.
VII. Diagrama de Gantt para contabilidad de procedimientos de acuerdo con lo solicitado en la presente contratación.
VIII. Diagrama de Gantt del Calendario de desinstalación de equipamiento del SMI para PMI (al concluir su contrato).

El no presentar el plan de trabajo, no será causal de desechamiento, será evaluado como "0" puntaje.

4.2.21 **Presentar el Organigrama de la empresa participante y su Currículum Empresarial**, que refleje la experiencia de al menos 1 (un) año en servicios iguales o similares al de la presente contratación conforme a lo siguiente: El organigrama deberá considerar a todo el personal propuesto, requeridos; técnicos en sitio, los supervisores de instalación y mantenimiento, (mediante los **Formatos T19** "Designación de Supervisor en Instalación y Mantenimiento" y **T20**"Designación de Técnicos en sitio"), deberán considerar los niveles de organización hacia arriba y abajo, incluyendo correos electrónicos de contacto y números de contacto en oficina y/o celular, el cual deberá coincidir por lo menos con la metodología y plan de trabajo solicitado anteriormente.

1) El Organigrama del participante deberá incluir al personal indicado en el rubro "Capacidad del licitante", así como los niveles de organización hacia arriba, incluyendo correos electrónicos de contacto y números de contacto en oficina y/o celular, nombre, puesto y funciones del personal propuesto.

2) Diagrama de funcionamiento y matriz de escalamiento de los reportes recibidos o realizados por el personal técnico o especializado en sitio (al menos en 4 niveles (Operación, supervisión, gerencia y dirección), incluyendo nombre, puesto y funciones del personal propuesto.

3) Diagrama de funcionamiento y matriz de escalamiento de la mesa de ayuda (al menos en 4 niveles (Operación, supervisión, gerencia y dirección), incluyendo nombre, puesto y funciones del personal propuesto en un horario mínimo de 8:00 a 16:00 horas de lunes a viernes.

El licitante deberá presentar certificados de gestión como empresa **ISO-9001:2015 o ISO-13485:2016 Servicios Integrales**, como parte de su Propuesta Técnica, que en el caso de participaciones conjuntas al menos una de las empresas deberá estar certificada.

Nota: El licitante que en caso de resultar adjudicado, se obliga a mantener al equipo de trabajo asignado al proyecto y que en caso de que algún miembro del equipo por caso fortuito o fuerza mayor, deje de laborar deberá sustituir de inmediato al integrante con otra persona del mismo perfil.

Presentando los mismos documentos establecidos en los numerales... 4.2.11,4.2.12 y 4.2.13.

En concordancia con el FORMATO T22 **"Relación de documentos a evaluar del Licitante".**
El no presentar el organigrama y el curriculum empresarial, no será causal de desechamiento, será evaluado como "0" puntaje.

4.2.22 **Cumplimiento de contratos.** Con la finalidad de que el licitante participante acredite haber prestado los servicios de manera satisfactoria y que estos estén relacionados a los solicitados en la presente Contratación, referidos en los rubros: Numeral 2, incisos: a) Experiencia del licitante y b) Especialidad del Licitante participante; deberá presentar mínimo un documento o máximo 5 documentos.
Para el caso de Dependencias y/o instituciones públicas deberá presentar:

a) Fianzas Canceladas.- Se deberá acreditar mediante escrito emitido por la afianzadora, en el que se indique que las fianzas que amparan los contratos presentados se encuentran canceladas, pudiendo presentar en un sólo escrito varias fianzas o:
b) Escrito de Liberación de Fianzas.- Se deberá acreditar mediante escrito emitido por la Contratante, en el que conste la liberación de la garantía de cumplimiento correspondiente o, la manifestación expresa de la contratante sobre el cumplimiento total de los contratos presentados o:
c) Comprobantes de Entrega.- Se deberá acreditar mediante copia simple del Acta Circunstanciada de Entrega - Recepción del equipo a entera satisfacción (Instalación, Puesta en Operación y Capacitación, según sea el caso) de la Dependencia o Entidad; mismas que deberán presentarse selladas por la Dependencia o Entidad y con la firma del personal que recibe, las cuales deberán amparar los contratos o pedidos presentados, dicha acta en todos los casos deberá estar acompañada de copia simple de la factura o de la Remisión de Entrega, pudiendo ocultar los precios.

Para el caso de Instituciones privadas y/o personas morales deberá presentar:
1) Copia legible de las facturas que cubran la totalidad de los servicios prestados y la Remisión del servicio correspondiente.
   Las facturas, además de cumplir con todos los requisitos fiscales, deberán contener los datos que identifiquen el servicio, como son la fecha, el monto, el cliente, debidamente validada la CFDI ante el portal del SAT en la siguiente liga: https://verificacfdi.facturaelectronica.sat.gob y vigentes en el portal del SAT.
2) Copia de al menos una Carta de satisfacción de clientes o de cumplimiento debidamente firmada por el representante legal, vinculada con una(s) factura(s) que corresponda del Servicio prestado, de la cual deberá presentar a su vez copia simple.

Nota: La carta(s) de satisfacción de clientes y/o cancelación(s) de garantía de cumplimiento y/o acta(s) circunstanciada(s) de entrega recepción y/o factura(s) o remisión(s) presentada (s), podrá(n) corresponder a los contratos presentados en el rubro de "Especialidad del licitante".

El no presentar la documentación antes mencionada, no será causal de desechamiento, será evaluado como "0" puntaje.

5. CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Durante la prestación del "Servicio Médico Integral para Procedimientos de Mínima Invasión" (SMI para PMI) deberán de considerarse y ajustarse a los siguientes términos:

5.1 **Cobro:**
En el caso de llevarse a cabo, en el mismo evento, más de un procedimiento de catálogo, se cobrará sólo el de mayor costo, siempre y cuando compartan los mismos Bienes De Consumo Básico (BCB) para el abordaje y por separado los Bienes de Consumo Complementarios (BCC) que se hayan utilizado. Para fines estadísticos el

Técnico deberá anotar en el **FORMATO T14** "Reporte individual de Procedimientos y de bienes de consumo complementarios".
En el caso de Unidades con servicio pediátrico, se cobrará la clave que se haya utilizado según constitución del paciente (peso y talla), no necesariamente por edad, pudiendo aplicar a claves de adulto y pediátricas.
Si durante la prestación del servicio, el médico le solicita al personal técnico del proveedor un bien de consumo complementario y el proveedor no dispone del mismo, tendrá que sustituirlo por otro que cumpla con la misma función y calidad, y si el bien de consumo complementario sustituto tiene mayor costo, se deberá facturar con el costo del bien inicialmente solicitado. Esto deberá registrarse en la hoja de consumo respectiva y estar firmado por el médico y el personal técnico de la empresa, al finalizar dicho procedimiento.

5.2 Modificaciones al contrato:

De conformidad con lo establecido en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento, el Instituto podrá celebrar por escrito convenio modificatorio al contrato dentro de la vigencia del mismo.

5.2.1 Reasignación de número y tipo de procedimientos:

La determinación del número y tipo de procedimientos asignados en el ANEXO T1 "Requerimientos de SMI para PMI 2021" así como en el **ANEXO T4 "Catálogo de Bienes de Consumo de SMI para PMI"**, por UMAE/OOAD, es de tipo enunciativo sin embargo, no es limitativo, de tal manera que las OOAD y UMAE, siempre que se respete el presupuesto asignado. Podrán realizar los siguientes cambios*:

a) Para el caso de que las unidades médicas que por causas de: infraestructura, cambio de adscripción del personal y/o cambios en la demanda de atención médica del derechohabiente, podrá realizar cambios en el tipo y número de procedimientos mediante una redistribución de procedimientos en la misma unidad médica, así como, asignación de requerimientos entre las unidades médicas de una misma OOAD/UMAE.
b) En el caso de unidades nuevas o que se encuentran próximas a su apertura, que cuenten con asignación de presupuesto y por tanto de requerimientos, y por causas adversas no se encuentren habilitadas en el momento del inicio del Servicio Médico Integral, estos procedimientos y presupuesto se podrán reasignar a unidades médicas de la misma OOAD.

*Para tal efecto deberán elaborar una **minuta de acuerdos** firmada y rubricada por todas las partes involucradas proveedor y servidores públicos del instituto (administrador y auxiliar de contrato de las sedes), debiendo enviar copia de conocimiento de la minuta a la Coordinación de Planeación de Servicios Médicos de Apoyo.

5.3 Sustitución de equipo médico y bienes de consumo:

Si durante la prestación del servicio, el médico le solicita al personal técnico del proveedor un bien de consumo complementario y el proveedor no dispone del mismo, tendrá que substituirlo por otro que cumpla con la misma función y si el bien de consumo complementario substituto tiene mayor costo, se deberá facturar con el costo del bien inicialmente solicitado. Esto deberá registrarse en la hoja de consumo respectiva y estar firmado por el médico y el personal técnico de la empresa, al finalizar dicho procedimiento.
Si el equipo médico, instrumental y bienes de consumo con los que el proveedor proporciona el servicio **no cumplen con la funcionalidad solicitada**, en el transcurso del contrato, éstos deberán ser sustituidos, previa notificación y verificación por las partes (administrador del contrato y licitante adjudicado).
En el caso que este bien persista con defecto en la funcionalidad, deberá cambiarse por otro que cumpla con las especificaciones técnicas solicitadas y deberá presentar la documentación correspondiente a los registros sanitarios. Este procedimiento se realizará dentro de los 5 (cinco) días hábiles a la notificación.
El proveedor deberá proporcionar un número telefónico así como correo electrónico a cada una de las unidades médicas institucionales para que registren los reportes de fallas en los equipos médicos y del instrumental, el abasto de bienes de consumo y de los bienes de consumo complementarios; así como el reporte de la falla en la asistencia técnica para dar atención a las unidades médicas donde presta sus servicios. En caso de existir cambios en el número telefónico y correo electrónico, éstos serán notificados por escrito a dichos jefes de las unidades médicas en un plazo no mayor a 24 (veinticuatro) horas.

5.4 Equipo Médico Itinerante:

Estos equipos por tener características especiales en su requerimiento y tipo de paciente al cual está dirigido (alto costo y poca demanda) y se encuentra asociado a bienes de consumo, se considerará en la modalidad "Equipo Itinerante", entendiéndose como aquel equipo que puede ofertar el licitante adjudicado y que tiene la posibilidad de trasladarlo entre las unidades médicas que se encuentren en su "Región", con la posibilidad de maximizar su uso, es decir sin la necesidad de que se encuentre **permanentemente en una sola unidad médica,** estos equipos son los siguientes:

1. Láser Quirúrgico de Holmio
2. Equipo de Cápsula endoscópica
3. Equipo de Grabador de pH con impedancia
4. Manómetro esofágico/ano-rectal de alta resolución

5.5 Información de los Contenidos y Requerimientos:

Como parte del servicio, el licitante adjudicado deberá informar a la unidades médicas asignadas el contenido de su servicio específico, al área operativa: Cirujanos de las diferentes especialidades y Endoscopistas, cuales equipos médicos, bienes de consumo, tanto básicos como complementarios tienen asignados, debiendo tener evidencia de esta información y en apego al **FORMATO T27** "Información de los Contenidos y Requerimientos de la Unidad Médica Asignada a Proporcionar en el SMI para PMI " dentro de los días naturales 45 (cuarenta y cinco) días naturales posteriores a la emisión del fallo.

Cabe resaltar que mientras no se cumpla con las condiciones de la prestación del servicio establecidas en el presente documento, el Instituto no dará por aceptado el servicio. Las condiciones contenidas en el presente documento y en las proposiciones presentadas por los licitantes **NO PODRÁN SER NEGOCIADAS.**

6. TERMINACIÓN DEL CONTRATO:

El Administrador del Contrato de la UMAE / OOAD, según corresponda, será el responsable de notificar al Proveedor de la fecha de terminación de contrato y la del retiro de los equipos de su propiedad, con 15 (quince) días naturales de anticipación, procediendo a supervisar que no se dañen las instalaciones del Instituto, sin comprometer la continuidad del servicio, reportando lo correspondiente al Administrador de Contrato. La devolución de las instalaciones por parte del Proveedor se hará constar en el Acta que levantará el Administrador del contrato a su vez en correlación y con base al Formato T7 "Entrega/Recepción de equipos" Inicial dará salida a los equipos del proveedor saliente confirmando sean los equipos enlistados en el mencionado Formato.

7. NIVELES DE SERVICIO.

El licitante adjudicado, durante la vigencia del contrato, deberá cumplir con los niveles de servicio descritos a continuación:

CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO
Entrega, instalación, puesta en operación y resolución de problemas de los equipos médicos del SMI PARA PMI para la prestación del servicio de acuerdo a lo solicitado en el apartado. 3. EQUIPO MÉDICO del ANEXO TÉCNICO Y en el APARTADO 4 LUGAR, PLAZO Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO de este documento.	Dentro de los 45 (cuarenta y cinco) días naturales contados a partir de la emisión del fallo.

CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO
Dotación de los sets de instrumental descrito en el Anexo Técnico; apartado. 4. INSTRUMENTAL y enumerados en el Anexo T3 "Instrumental de SMI para PMI", por OOAD/UMAE del ANEXO TÉCNICO.	Deberá ser el día 45 (cuarenta y cinco) natural después del fallo.
Primera dotación de bienes de consumo corresponderá al consumo estimado de 7(siete) días hábiles por UMAE /OOAD.	Deberá ser el día 45 (cuarenta y cinco) naturales posteriores al fallo.
Mantenimiento preventivo de los equipos médicos y del instrumental, remplazo del instrumental endoscópico.	En los periodos contenidos en el Calendario del Programa de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Médicos e Instrumental conforme a lo establecido en el Anexo Técnico apartado 6. FORMATO T5 REPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO.
Reporte de cumplimiento del cronograma de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Médicos e Instrumental.	Según lo sugiera en manual del fabricante si no está especificado será cada 6(seis) meses o antes de ser necesario, utilizando el FORMATO T5 REPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO, donde se consignan observaciones (ejemplo "sin incidencia de fallas o pasa a mantenimiento correctivo".
Reporte de Mantenimiento preventivo a detalle por Equipo e Instrumental	Formato Libre del licitante adjudicado en Bitácora de mantenimiento tipo check List que deberá contener a detalle el Reporte individual en tipo Check List de puntos de revisión por equipo e Instrumental acorde a la marca y modelo.
Reporte de Mantenimiento correctivo de los equipos médicos del SMI PARA PMI, y asistencia técnica en términos del Anexo Técnico, numeral 6.2 MANTENIMIENTO CORRECTIVO.	En un plazo máximo de 48 (cuarenta y ocho) horas en área metropolitana y 72 horas en 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, utilizando el FORMATO T6 REPORTE DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO.
Asistencia Técnica: deberá proporcionar la asistencia técnica, para el uso óptimo de los equipos médicos, accesorios e instrumental y bienes de consumo.	FORMATOS T 14 REPORTE INDIVIDUAL y T15 REPORTE MENSUAL.
Para el técnico de asistencia del SMI PARA PMI con uso de endoscopios deberá cumplir con el Manual de Procedimientos del Proceso de Desinfección de Alto Nivel y Esterilización para los endoscopios.	FORMATO T25 Manual de Desinfección de Alto Nivel (DAN).
Bien de consumo básico y complementario con defecto o falla.	La sustitución inmediata por otro de iguales características a las requeridas

CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO
El proveedor entregará a través de sus técnicos el instrumental y bienes de consumo, estériles y completos. de acuerdo a lo solicitado en el Anexo Técnico, en los apartados 6.3.1 ACTIVIDADES ASISTENCIALES DEL TÉCNICO.	Deberá entregar y tener listos 30 (treinta) minutos antes de cada procedimiento.
Transferencia del conocimiento, descrito en el Anexo Técnico apartado 8.	Deberá ser a partir de que llegue el equipo a la unidad.
Reporte de productividad: El Licitante Adjudicado deberá generar un reporte en Excel y PDF firmado y rubricado por el representante legal y el jefe de Servicio mismo que deberá entregar a la Unidad Médica en físico y en archivo electrónico de manera mensual, a la Coordinación Técnica de Servicios Médicos Indirectos vía correo, como sustento de la productividad realizada en el periodo.	FORMATO T26 "Control de Productividad, Bienes Básicos y Bienes de Consumo Complementarios de la CTSMI", entregará durante los primeros 5 días posteriores al cierre de cada mes calendario del servicio.

8. UNIDAD DE MEDIDA

La unidad de medida se refiere al **Procedimiento Realizado** de acuerdo con el **ANEXO T1 "Requerimiento de SMI para PMI".**

9. PENAS CONVENCIONALES Y/O DEDUCCIONES

9.1 Penas Convencionales.

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 45 (cuarenta y cinco) días naturales a partir del fallo.	1 (uno) % de la cantidad establecida del valor de la fianza, en cada Región. adjudicada, por cada día natural de atraso, por el servicio no prestado oportunamente.	El Jefe de Servicio de esta área.	Administrador del Contrato.
2. Incumplimiento en la entrega inicial, del instrumental médico para la puesta en operación del servicio.	Cuando exceda los 45 (cuarenta y cinco) días naturales a partir del fallo.	1 (uno) % de la cantidad establecida del valor de la fianza, en cada Región adjudicada, 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 primera dotación de bienes de consumo Básicos y Complementarios.	Cuando exceda los 45 (cuarenta y cinco) días naturales a partir del fallo.	1 (uno) % de la cantidad establecida del valor de la fianza, en cada Región adjudicada, por cada día natural de atraso, por el servicio no prestado oportunamente.	El Jefe de Servicio de esta área.	Administrador del Contrato.
4. Incumplimiento de la transferencia de conocimiento previa.	Cuando exceda los 45 (cuarenta y cinco) días naturales a partir del fallo.	1 (uno) % de la cantidad establecida del valor de la fianza, en cada Región adjudicada, por cada día natural de atraso, por el servicio no prestado oportunamente.	El Jefe de Servicio de esta área.	Administrador del Contrato.
5. Cuando no se lleve a cabo el mantenimiento preventivo de los equipos médicos de acuerdo al programa de mantenimiento	En los periodos contenidos en el Programa de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Médicos presentado por el	1 (uno) % de la cantidad establecida del valor de la fianza, en cada Región adjudicada, por cada día natural de atraso, por el	Ing. Biomédico/ Jefes de esta área.	Administrador del Contrato.

Concepto	Unidad de Medida	Penalización	Responsable de reportar el incumplimiento	Responsable de calcular, aplicar y notificar al proveedor de la Pena
preventivo.	proveedor.	servicio no prestado oportunamente.		
6. 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, en cada Región adjudicada, por cada día natural de atraso, por el servicio no prestado oportunamente.	Ing. Biomédico/ Jefes de esta área.	Administrador del Contrato.
7. 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, en cada Región adjudicada, por cada día natural de atraso, por el procedimiento no prestado oportunamente.	El Jefe de Servicio de esta área.	Administrador del Contrato.
8. 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	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, en cada Región adjudicada, por cada día natural de atraso, por el servicio no prestado oportunamente.	El Jefe de Servicio de esta área.	Administrador del Contrato.

Concepto	Unidad de Medida	Penalización	Responsable de reportar el incumplimiento	Responsable de calcular, aplicar y notificar al proveedor de la Pena
corresponda.				
9. 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, en cada Región adjudicada, por cada día natural de atraso, por el procedimiento no prestado oportunamente.	El Jefe de Servicio de esta área.	Administrador del Contrato.
10. Incumplimiento en el inicio de la prestación del servicio con base en el plazo ofertado en el plan de trabajo.	Cuando exceda los 63 (sesenta y tres) días naturales es decir el 30%. Cuando exceda los 77 (setenta y siete) días naturales es decir el 15%.	1 (uno) % de la cantidad establecida del valor de la fianza, en cada Región adjudicada, por cada día natural de atraso, por el servicio no prestado oportunamente.	El Jefe de Servicio de esta área.	Administrador del Contrato.

9.2 DEDUCCIONES

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 proveedor 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	Límite 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 momento del procedimiento quirúrgico, nuevos y en óptimas condiciones para su uso, de	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 correspondiente.	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
acuerdo al tipo de procedimiento quirúrgico programado de cada unidad médica.						
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	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	Hasta en 3 (tres) ocasiones en el mes.	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
con defecto o falla, durante un procedimiento.			factura del mes correspondiente			

10. GARANTÍA DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

El prestador de servicios, para garantizar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato, deberá presentar la garantía de cumplimiento dentro de los diez días naturales siguientes a la fecha de firma del contrato, en términos del artículo 48 de la LAASSP, la cual será divisible y será a través de una fianza expedida por afianzadora debidamente constituida en términos de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Por un importe equivalente al 10% (diez por ciento) del monto máximo adjudicado establecido en el contrato, sin considerar el I.V.A., las cuales se constituirán en términos del artículo 49 de la LAASSP, articulo 103 de su Reglamento; así como el numeral 4.24.4., inciso j) de las POBALINES.

No obstante lo anterior, en el supuesto de que el monto del contrato adjudicado sea igual o menor a 900 UMA's (Unidad de Medida y Actualización), el licitante adjudicado podrá presentar la garantía de cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el contrato, a través de cheque de caja, depósito de dinero constituido a través de certificado o billete de depósito expedido por institución de crédito autorizada o depósito de dinero ante el IMSS, por un importe equivalente al 10% (diez por ciento), del monto total máximo adjudicado del contrato, sin considerar el IVA.

La garantía de cumplimiento a las obligaciones del contrato, se liberará mediante autorización por escrito del administrador del contrato designado por parte del IMSS, siempre y cuando el prestador de los servicios haya cumplido a satisfacción con todas las obligaciones contractuales.

11. CONDICIONES Y FORMA DE PAGO DEL SERVICIO.

La forma de pago será por **SERVICIO DEVENGADO**, conforme a lo establecido en la LEY y la cual se detalla en la Convocatoria y el numeral 4.24.4 incisos k) de Políticas, Bases Y Lineamientos En Materia De Adquisiciones, Arrendamientos Y Servicios Del Instituto Mexicano Del Seguro Social.

El licitante adjudicado deberá presentar posterior a la fecha del corte de los servicios, la factura electrónica y el reporte de procedimientos aprobados por el Jefe del Servicio de Cirugía/Endoscopia, en el periodo, obtenido del Sistema del Instituto para el visto bueno del Director Administrativo, a más tardar cinco días

Hábiles posteriores a la fecha de entrega de la factura electrónica misma, que deberá referir los procedimientos aprobados que se encuentran señalados en el reporte, del cual se le hará de su conocimiento al Administrador del Contrato.

El pago se realizará en moneda nacional, mediante transferencia electrónica de fondos, a los 20 (veinte) días naturales posteriores a la entrega por parte del proveedor en el Área de Trámite de Erogaciones ubicada en la UMAE / OOAD según corresponde y en base al ANEXO T12 Catálogo de Unidades Médicas con SMI para PMI (anotar domicilio completo de la UMAE / OOAD), las OOAD recibirán documentos para trámite de pago de lunes a viernes con horario de 08:00 a 13:00 horas y en la División de Trámite de Erogaciones de 9:00 a 14:00 horas. conforme al numeral 4.20 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" de la factura electrónica que reúna los requisitos fiscales respectivos indicando número de proveedor, número de contrato, número de fianza, denominación social de la afianzadora, así como el reporte de los procedimientos aprobados en el periodo. Ambos documentos deberán estar previamente autorizados por el administrador del contrato.

La factura electrónica "CFDI" deberá contener los requisitos establecidos en el artículo 29-A del Código Fiscal de la Federación.

El licitante adjudicado para efecto de pago deberá presentar su factura con al menos los siguientes datos del Instituto:

- Nombre.
- R.F.C.
- Domicilio.
- Número de instrumento jurídico.
- Número de Proveedor.
- Número de procedimiento de contratación.
- Número de la fianza
- Denominación social de la afianzadora.

El Área de Trámite de Erogaciones, será el responsable de devolver al proveedor la factura electrónica o del documento de que se trate, dentro de los tres días hábiles siguientes al de su recepción, comunicándole los errores o deficiencias detectadas.

En caso de que el proveedor presente su factura electrónica con errores o deficiencias, el plazo de pago se ajustará en términos del artículo 90 del Reglamento de la LAASSP, será responsabilidad del proveedor subsanarlas y presentarla nuevamente.

Para el caso de la devolución de documentación presentada para trámite de pago, adicional a lo establecido en el artículo 90 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, se debe observar la política 4.9 de dicho procedimiento:

4.9 "La documentación presentada para trámite de pago", deberá ser glosada dentro de las 48 horas siguientes a su recepción y en caso de presentar inconsistencias en cálculos y otros requisitos legales, fiscales e institucionales atribuibles al proveedor, se elaborará el Página 5 de 49 Clave: 6130-003-002 "Formato de devolución" clave 6130-009-002 (anexo 3), se eliminará el "Contra-recibo" clave 6130-009-001 (anexo 1) del "Sistema PREI Millenium" y se incluirá automáticamente en el portal de Internet del Instituto Mexicano del Seguro Social. El proveedor podrá consultar esta información en la liga: https://201.144.108.83:8443/Pagos_Prov/faces/index.xhtml., la cual permanecerá publicada hasta la fecha de vencimiento que tenía programada el "Contra-recibo" clave 6130-009-001 (anexo 1)."

Asimismo, el Instituto podrá aceptar del proveedor que tenga cuentas liquidas y exigibles a su cargo, que estas se apliquen por concepto de cuotas obrero-patronales, conforme a lo previsto en el artículo 40 B, de la Ley del Seguro Social.

El proveedor que celebre contratos de cesión de derechos de cobro, deberá notificarlo por escrito a la UMAE / OOAD , 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 proveedor celebre contrato de cesión de derechos de cobro a través de factoraje financiero conforme al Programa de Cadenas Productivas de Nacional Financiera, S.N.C., Institución de Banca de Desarrollo.

El pago de la prestación del servicio, quedará condicionado proporcionalmente al pago que el proveedor deba efectuar por concepto de penas convencionales y en su caso deducciones.

12. MECANISMOS DE COMPROBACIÓN

El Instituto realizará el pago de la prestación del Servicio Médico Integral de Procedimientos para Mínima Invasión (SMI PARA PMI), de acuerdo al Reporte Individual **FORMATO T14** "Reporte Individual de Procedimientos y Bienes de Consumo Complementarios", así como del reporte mensual, **FORMATO T15.** Y **FORMATO T26** "Control de Productividad, Bienes Básicos y Bienes de Consumo Complementarios de la CTSMI". Derivados de los reportes firmados por los médicos especialistas, que realizan los procedimientos y avalados mediante la firma del Jefe de Cirugía /Endoscopia según sea el caso, a más tardar el último día hábil del mes y firma del Director Médico de la Unidad de la UMAE / OOAD así como por el representante legal del licitante adjudicado.

Original y copia de la factura que reúna los requisitos fiscales respectivos, en la que se indique el servicio prestado, reporte mensual de procedimientos realizados por el proveedor, debidamente conciliado por la unidad médica, número de proveedor, número de contrato, número de fianza y denominación social de la afianzadora, misma que deberá ser entregada en el Departamento de Finanzas de la Unidad Médica.

13. VERIFICACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL SERVICIO Y LA ACEPTACIÓN DEL MISMO

La verificación del servicio se llevará a cabo por los siguientes personajes: Jefe de Servicio/División de Cirugía o Endoscopia y por el Jefe de Conservación/Biomédico, éste mediante los registros, reportes, incidencias, informes o documentos a que haya a lugar como se detalla en la siguiente tabla:

RESPONSABLE DE REPORTAR INCUMPLIMIENTOS	ACTIVIDAD	DOCUMENTOS INVOLUCRADOS Y DE LOS CUALES SE HARÁ ENTREGA COPIA AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO
Los Jefes de Servicio y División de Cirugía	1. Verifica que la recepción e instalación de los equipos médicos dentro de los 45 (cuarenta y cinco) días naturales contados a partir de la emisión del fallo. E instrumental y Bienes de consumo, se lleve a cabo, dentro de los 45 (cuarenta y cinco) días naturales contados a partir de la emisión del fallo.	FORMATO T7 "Recepción de Equipo FORMATO T7.1 "Recepción de Sets de instrumental" FORMATO T17 "Relación de Marcas, Modelos y Manual del Fabricante del Equipo Médico" FORMATO T18 "Control de Entrega Recepción de Bienes de Consumo Complementarios".
Jefe de Conservación/Ing. Biomédico Los Jefes de Servicio y División de Cirugía	2. Verificar que el proveedor entregue al inicio de la vigencia del contrato y prestación del servicio a los responsables los documentos involucrados. Y distribuirlos al Jefe de Servicio correspondiente.	Calendario del Programa de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Médicos Bitácora de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Médicos.
Los Jefes de Servicio y División de Cirugía	3. Revisar que se lleve a cabo la transferencia del conocimiento antes del inicio de la prestación del servicio en un plazo no mayor al día 90(noventa) natural de la emisión del fallo	Programa de transferencia del conocimiento FORMATO T8. Lista de asistencia del personal que tomó la transferencia del conocimiento FORMATO T9. Constancia emitida por el proveedor y firmada tanto por el proveedor como por los responsables institucionales.
Jefe de Conservación/Ing. Biomédico Los Jefes de Servicio y División de Cirugía	4. Avala, en su caso el cambio o actualización de los equipos, instrumental y/o bienes de consumo; así como el software de los equipos.	Solicitud de cambio. Registros sanitarios según corresponda. Formatos Involucrados: FORMATO T7 "Recepción de Equipos", FORMATO T7.1 "Recepción de Sets de instrumental" FORMATO T17 "Relación de Marcas, Modelos

RESPONSABLE DE REPORTAR INCUMPLIMIENTOS	ACTIVIDAD	DOCUMENTOS INVOLUCRADOS Y DE LOS CUALES SE HARÁ ENTREGA COPIA AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO
		y Manual del Fabricante del Equipo Médico", FORMATO T18 "Control de Entrega Recepción de Bienes de Consumo Complementarios".
Jefe de Conservación/Ing. Biomédico Los Jefes de Servicio y División de Cirugía	5. Verificará que se lleve a cabo el programa de mantenimiento preventivo de acuerdo a la recomendación del fabricante y se registren las firmas de conformidad en la Bitácora de servicios de equipo.	Programa de Mantenimiento. Preventivo de los Equipos Médicos. Bitácora de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Médicos.
Los Jefes de Servicio y División de Cirugía	6. Verificará que se realicen los reemplazos del instrumental reusable 24 horas antes de la fecha programada para su uso.	Bitácora de Mantenimiento Preventivo del Instrumental.
Los Jefes de Servicio y División de Cirugía	7. Verificará de forma aleatoria, que se lleve a cabo las acciones descritas en el Manual de Procedimientos del Proceso de Desinfección de Alto Nivel y Esterilización.	Manual de Procedimientos del Proceso de Desinfección de Alto Nivel y Esterilización FORMATO T25.
Los Jefes de Servicio y División de Cirugía	8. Verificará que se haya realizado la entrega de la primera dotación de bienes de consumo al día 45 (cuarenta y cinco) de forma suficiente para la primera semana de servicio.	FORMATO T13 "Control de Entrega Recepción de Bienes de Consumo Básicos" FORMATO. T 18"Control de Entrega Recepción de Bienes de Consumo Complementarios"
Los Jefes de Servicio y División de Cirugía	9. Verificará la suficiencia del inventario de los bienes de consumo mínimo para una semana de labores de forma aleatoria por lo menos una vez al mes.	FORMATO T13 "Control de Entrega Recepción de Bienes de Consumo Básicos" FORMATO T 18 "Control de Entrega Recepción de Bienes de Consumo Complementarios"

RESPONSABLE DE REPORTAR INCUMPLIMIENTOS	ACTIVIDAD	DOCUMENTOS INVOLUCRADOS Y DE LOS CUALES SE HARÁ ENTREGA COPIA AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO
Los Jefes de Servicio y División de Cirugía	10. Verificará que el proveedor entregue completos, a través de su técnico, el instrumental y bienes de consumo estériles requeridos para los procedimientos, 30 (treinta) minutos antes de cada procedimiento.	Reporte individual de procedimiento y Bienes de Consumo FORMATO 14.
Los Jefes de Servicio y División de Cirugía	11. Verificará si hubo la cancelación de algún procedimiento programado por causas imputables al proveedor al día hábil siguiente de la fecha de programación quirúrgica.	Bitácora de visitas del supervisor. Reporte de Incidencias FORMATO T 16
Los Jefes de Servicio y División de Cirugía	12. Verificará que el proveedor retire los equipos que son de su propiedad, confirmando sean los enunciados en el Formato T7"Entrega/ Recepción de Equipos", sin dañar las instalaciones del Instituto.	Acta de entrega de las instalaciones y Formato T7 "Entrega/ Recepción de Equipos".
Jefe de Conservación/Ing. Biomédico. Los Jefes de División/Servicio de esta área.	13. Informar oportunamente al área contratante, de los incumplimientos del licitante adjudicado dentro de los 5 días posteriores a cierre del mes, para el caso de que se requiera llevar a cabo rescisión del contrato, debiendo precisar en qué consisten las obligaciones contractuales incumplidas, relacionándolas con la(s) cláusula(s) correspondientes.	Documentación original que soporte el incumplimiento.
Jefe de Conservación/Ing. Biomédico. Los Jefes de Servicio y División de Cirugía	Conformación del grupo de administración del servicio, dicho grupo será coordinado por los servidores públicos de la UMAE / OOAD del Instituto que le hayan sido asignadas.	Acuerdos de niveles de operación y el Plan de Trabajo.
	Establecimiento y firma de los acuerdos de operación de conformidad	

RESPONSABLE DE REPORTAR INCUMPLIMIENTOS	ACTIVIDAD	DOCUMENTOS INVOLUCRADOS Y DE LOS CUALES SE HARÁ ENTREGA COPIA AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO
	con la UMAE / OOAD que le haya sido asignada, así como con terceros que designe el mismo.	
	La UMAE / OOAD obtendrá la firma de los otros licitantes adjudicados y terceros.	

14. OBLIGACIONES DEL LICITANTE ADJUDICADO A LA CONCLUSIÓN DEL CONTRATO.

Dentro de su proposición el licitante deberá considerar que, en caso de resultar adjudicado en la presente licitación, al término del contrato deberá coordinar la logística de entrega de instalaciones y el retiro del equipo con el nuevo proveedor, a fin de realizar una transición que permita que el Instituto cuente de manera ininterrumpida con estos servicios. Al término de la vigencia del contrato, el licitante adjudicado se obliga a retirar los equipos que son de su propiedad, sin dañar las instalaciones del Instituto, previo acuerdo con las autoridades de la unidad médica correspondiente, asumiendo a su cargo los gastos que se generen por este concepto, dejando constancia de lo anterior mediante acta-entrega de las instalaciones a entera satisfacción del Instituto.

15. EVALUACIÓN DE PROPOSICIONES

Los criterios de evaluación que el Instituto tomará en consideración son los siguientes:

Criterios generales de Evaluación:

Con fundamento en el artículo 29, fracción XIII de LAASSP, las proposiciones que se reciban en el acto de presentación y apertura de proposiciones, se evaluaran a través de puntos y porcentajes.

La Coordinación Técnica de Servicios Médicos Indirectos (CTSMI) realizará el análisis detallado de las ofertas técnicas bajo los siguientes criterios:

La Coordinación Técnica de Servicios Médicos Indirectos (CTSMI) realizará el análisis detallado de las ofertas técnicas bajo los siguientes criterios:

1. Los licitantes deberán cumplir con la documentación solicitada, ya que se verificará documentalmente que se incluya la información, documentos y requisitos solicitados en la **propuesta técnica** de esta Convocatoria, la cual deberá contener una descripción amplia y detallada del servicio ofertado con sus especificaciones técnico-médicas. En caso de que no se presenten los documentos conforme a lo solicitado o no sean los requeridos, la proposición será desechada.
2. Se corroborará la inclusión y legibilidad de la totalidad de la documentación técnica del licitante, remitida a través del sistema CompraNet, solicitada en el presente procedimiento, considerando las modificaciones que deriven de la o las juntas de aclaraciones.
3. Los criterios que se aplicarán para evaluar las proposiciones, se basarán en la información documental presentada por los licitantes observando para ello, lo previsto en el artículo 36 en lo relativo al criterio de puntos.

   Se verificará la descripción técnica del servicio ofertado por el licitante, la cual deberá ser legible, amplia y detallada incluyendo los equipos, el instrumental y los bienes de consumo tanto básicos como complementarios que sean ofertados, conforme a lo solicitado en el **Anexo Técnico**, en el que el licitante deberá puntualizar las Regiones en las que participa, los equipos, el instrumental y los bienes de consumo

solicitados para la prestación del servicio, debidamente referenciados por Región y paquete solicitado, especificando las características y requisitos obligatorios señalados en los Anexos T2."**Equipo médico de SMI para PMI", Anexo T3 "Instrumental de SMI para PMI", y Anexo T4."Cátalogo de Bienes de Consumo de SMI para PMI"** de la presente convocatoria.

4. Se comprobará la inclusión de las marcas, modelos y/o fabricantes indicados en el **Formato T23"PROPUESTA PARA EVALUACIÓN TÉCNICA /DOCUMENTAL" (presentar formato en PDF y Excel editable),** y la congruencia que guarda con los anexos técnicos, folletos, catálogos, fotografías, instructivos y/o manuales del fabricante, que envíe el licitante como sustento de la propuesta técnica que presenta.
5. Se verificará la correspondencia entre la descripción técnica del licitante, indicada en el **Formato T23 "PROPUESTA PARA EVALUACIÓN TÉCNICA /DOCUMENTAL" (presentar formato en PDF y Excel editable),** con los anexos técnicos, folletos, catálogos, fotografías, imágenes, instructivos y/o manuales del fabricante, que envíe el licitante como sustento de la propuesta técnica que presenta.

6. Se verificará la correspondencia de los registros sanitarios con la referencia técnica del licitante, indicada en el **Formato T23 "PROPUESTA PARA EVALUACIÓN TÉCNICA /DOCUMENTAL" (presentar formato en PDF y Excel editable).** Incluyendo marcas, modelos y fabricantes con los documentos presentados para acreditar el registro sanitario y los certificados de calidad solicitados en el Anexo Técnico.

7. No serán objeto de evaluación, las condiciones establecidas por la convocante que tengan como propósito facilitar la presentación de las proposiciones y agilizar los actos de la licitación, así como cualquier otro requisito cuyo incumplimiento, por sí mismo, no afecte la solvencia de las proposiciones.

8. La evaluación de la documentación técnica se realizará por la Coordinación Técnica de Servicios Médicos Indirectos y con apoyo del personal operativo de los OOAD.

16. FIRMA DE ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD.

El licitante adjudicado se compromete con el Instituto a firmar un acuerdo de confidencialidad, **Formato T32**"Acuerdo de Confidencialidad", en el cual se establece que en ningún momento y bajo ninguna circunstancia podrá hacer uso de la información puesta a su disposición o generada durante y posterior a la realización de la validación de la productividad, para un fin distinto al establecido en su objeto y en el presente documento, sujetándose a las responsabilidades económicas, penales y de cualquier otra índole a instancia del Instituto, que deriven del incumplimiento de este acuerdo.

17. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA PRODUCTIVIDAD

Para garantizar el seguimiento y evaluación adecuados, se deberá enviar el **Formato T26** "Control de Productividad, Bienes Básicos y Bienes de Consumo Complementarios de la CTSI", validado por la OOAD/UMAE al correo ctsi.pmi@imss.gob.mx donde se registrarán los PMI realizados a los pacientes, con todos los datos necesarios para la identificación y vigencia de derechos, así mismo la información correspondiente a la prestación del propio servicio como: número de contrato, fecha del procedimiento realizado al paciente, precio unitario, importe total, importe con IVA, nombre y matrícula del médico que autorizo, etc.
El sistema de información diseñado para el propósito en mención, lo que permitirá a todas las áreas involucradas el registro del uso los PMI realizados a cada paciente por cada unidad médica de los diferentes niveles de atención, enlazar el sistema de abasto institucional (SAI) con la información para el alta de servicios y articulación con el sistema de planeación de recursos institucionales (PREI); esto con el fin de registrar el pasivo devengado, seguimiento de su documentación y pago, así mismo esta documentación permitirá a las áreas usuarias de la información y fiscalizadores acceder a la información detallada en la que están sustentados los registros contables y presupuestales de los PMI. Además, la información del sistema de información de PMI debe estar en posesión única y exclusivamente del Instituto.

SERVIDORES PÚBLICOS RESPONSABLES DE ADMINISTRAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

Administrador del Contrato	Auxiliares del Administrador del Contrato
OOAD Titular o Encargado de la Jefatura de Servicios Administrativos	Jefe o Encargado de Servicios de Prestaciones Médicas Coordinador Delegacional de Informática Director de la Unidad Médica Jefe de Servicio de Cirugía/Endoscopia
UMAE Titular o Encargado de la Dirección Administrativa	Jefe de Servicio de Cirugía/Endoscopia Jefe de División de Cirugía/Endoscopia Titular de la División de Ingeniería Biomédica. Director Médico de la UMAE

Con fundamento en el Artículo 36 Bis Fracción I 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 TÉCNICO

"En cumplimiento a lo dispuesto en el inciso **a)** 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 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, como se establece a continuación:

SMI PARA PMI CONFORMADO 5 PAQUETES	
Paquete 1: Accesos Diagnósticos Terapéuticos de Mínima Invasión.	
Paquete 2: Endoscopias del Aparato Respiratorio y Digestivo.	
Paquete 3: Procedimientos de Mínima Invasión de Oftalmología.	
Paquete 4: Cápsula Endoscópica.	
Paquete 5: Procedimientos Funcionales Digestivos.	

Los licitantes, para la presentación de sus proposiciones 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/UMAE:**

OOAD / UMAE	Mín. 2023	Máx. 2023
Aguascalientes	178	365
Baja California	297	608
Baja California Sur	203	445
Campeche	48	92
Chiapas	49	87
Chihuahua	396	805
Coahuila	551	1178
Colima	58	129
D.F. Norte	966	2304
D.F. Sur	2042	4898
Durango	221	530
Edo. de Méx. Ote.	1189	2795
Edo. de Méx. Pte.	562	1328
Guanajuato	319	666
Guerrero	105	241
Hidalgo	62	141
Jalisco	668	1578
Michoacán	95	191
Morelos	425	944
Nayarit	82	190
Nuevo León	959	2280
Oaxaca	27	64
Puebla	77	184
Querétaro	439	1069
Quintana Roo	123	281
San Luis Potosí	192	450
Sinaloa	552	1186
Sonora	267	597
Tabasco	59	131
Tamaulipas	219	499
Tlaxcala	40	86
UMAE HE 1 CMN Bajío	62	112
UMAE HE 1 CMN Mérida	47	71
UMAE HE 14 CMN Veracruz	134	284
UMAE HE 2 CMN Obregón	334	778
UMAE HE 25 CMN Monterrey	352	807
UMAE HE 71 Torreón	177	385
UMAE HE CMN La Raza	449	1067
UMAE HE CMN OCC Oblatos	139	295
UMAE HE CMN Puebla	94	209
UMAE HE CMN Siglo XXI	881	2131
UMAE HGO 23 CMN Monterrey	99	239
UMAE HGO 3 CMN La Raza	78	181
UMAE HGO 4 San Ángel	55	132
UMAE HGO CMN OCC Oblatos	34	79
UMAE HGP 48 CMN Bajío	10	19
UMAE HGRAL CMN La Raza	892	2107
UMAE HON CMN Siglo XXI	368	878

OOAD / UMAE	Mín. 2023	Máx. 2023
UMAE HP CMN OCC	129	274
UMAE HP CMN Siglo XXI	158	355
UMAE HT Magdalena Salinas	121	282
UMAE HTO 21 CMN Monterrey	44	103
UMAE HTO CMN Puebla	28	65
UMAE HTO Lomas Verdes	45	104
Veracruz Norte	140	319
Veracruz Sur	58	108
Yucatán	427	977
Zacatecas	121	254
Total general	**16946**	**38957**

2. CATÁLOGO DE PROCEDIMIENTOS

La conformación del "Servicio Médico Integral para Procedimientos de Mínima Invasión" **(SMI para PMI)** se contemplan **procedimientos** agrupados en Cinco **(5) Paquetes**, como se muestra en la siguiente tabla:
Para lo cual se deberá considerar los requerimientos para cada una de las Unidades Médicas establecidas en el **ANEXO TI"Requerimientos de SMI para PMI**, mismos que se enlistan en el siguiente: **"Catálogo de Procedimientos"**; identificándolos por clave y nombre del procedimiento:

CLAVE	PAQUETE 1 Cirugía y subespecialidades:
10.01.002	Artroscopia de muñeca /codo/ tobillo sin implante.
10.01.004	Artroscopia de hombro sin implante
10.01.008	Artroscopía de rodilla con implante.
10.01.010	Artroscopía de rodilla.
10.01.011	Artroscopia de hombro con implante.
10.01.012	Artroscopia de muñeca /codo/ tobillo con implante.
10.01.013	Artroscopia de cadera sin implante
10.01.014	Artroscopia de cadera con implante
10.02.003	Cirugía funcional endoscópica de nariz, senos paranasales y estructuras anexas adulto.
10.02.004	Cirugía endoscópica de oído medio adulto.
10.02.103	Cirugía funcional endoscópica de nariz, senos paranasales y estructuras anexas pediátrica.
10.02.104	Cirugía endoscópica de oído medio pediátrica.
10.03.001	Histeroscopía básica.
10.03.002	Histeroscopía operatoria.
10.04.001	Cistoscopia adulto.
10.04.011	Resección transuretral de próstata/vejiga RTUP/RTUV/RTUC.
10.04.015	Uretrotomía interna adulto.
10.04.016	Litotricia percutánea.
10.04.018	Litotricia ureteral rígida adulto.
10.04.019	Litotricia vesical adulto.
10.04.020	Litotricia ureteral flexible adulto (láser).
10.04.021	Cistoscopia para retiro de catéter Doble J
10.04.101	Cistoscopia pediátrica.
10.04.115	Uretrotomía interna pediátrica.
10.04.117	Litotricia pielocalicial pediátrica.
10.04.118	Litotricia ureteral pediátrica.

CLAVE	PAQUETE 1 Cirugía y subespecialidades:
10.04.119	Litotricia vesical pediátrica.
10.06.001	Ablación y resección de endometriosis por laparoscopía.
10.06.002	Apendicetomía laparoscópica adulto.
10.06.003	Bypass gástrico.
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 exploración de vía biliar adulto.
10.06.013	Colectomía no asistida.
10.06.017	Esplenectomía no asistida adulto.
10.06.021	Histerectomía.
10.06.024	Laparoscopía con de toma biopsia adulto.
10.06.025	Laparoscopía de ovario.
10.06.026	Laparoscopía diagnóstica adulto.
10.06.027	Laparoscopía Etapificadora para cáncer ginecológico.
10.06.028	Laparoscopía para embarazo ectópico.
10.06.032	Manga gástrica.
10.06.033	Miomectomía.
10.06.035	Nefrectomía adulto.
10.06.039	Pieloureterolitotomía por laparoscopía adulto.
10.06.044	Plastía inguinal por laparoscopía con prótesis.
10.06.047	Prostatectomía laparoscópica.
10.06.050	Resección de quiste renal laparoscópico adulto.
10.06.053	Suprarenalectomía no asistida.
10.06.055	Cirugía laparoscópica de órgano sólido abdominal adulto.
10.06.056	Laparoscopía con resección del tubo digestivo adulto.
10.06.058	Plastia de hernia diafragmática adulto.
10.06.059	Plastia de hernia ventral.
10.06.060	Pieloplastía adulto.
10.06.061	Reimplante uretero vesical laparoscópico adulto.
10.06.102	Apendicetomía 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.
10.06.114	Criptorquidia abdominal.
10.06.117	Esplenectomía no asistida pediátrica.
10.06.124	Laparoscopía con de toma biopsia pediátrica.
10.06.126	Laparoscopía diagnóstica pediátrica.
10.06.135	Nefrectomía pediátrica.
10.06.139	Pieloureterolitotomía por laparoscopía pediátrica.
10.06.150	Resección de quiste renal laparoscópico pediátrico.
10.06.155	Cirugía laparoscópica de órgano sólido abdominal pediátrica.
10.06.156	Laparoscopía con resección del tubo digestivo pediátrica.
10.06.157	Laparoscopía con corrección de malformaciones congénitas de tubo digestivo.

CLAVE	PAQUETE 1 Cirugía y subespecialidades:
10.06.158	Plastia de hernia diafragmática pediátrica.
10.06.160	Pieloplastía pediátrica.
10.06.161	Reimplante uretero vesical laparoscópico pediátrico.
10.07.101	Toracoscopías con corrección de malformaciones congénitas torácicas.
10.07.102	Toracoscopía diagnóstica.
10.07.103	Toracoscopías con toma de biopsia.

CLAVE	PAQUETE 2 Endoscopia digestiva y respiratoria:
10.21.002	Broncoscopía con toma de biopsia y cepillado adulto.
10.21.004	Dilataciones traqueales o bronquiales adulto.
10.21.005	Extracción de cuerpo extraño aparato respiratorio adulto.
10.21.102	Broncoscopía con toma de biopsia y cepillado pediátrica.
10.21.104	Dilataciones traqueales o bronquiales pediátrica.
10.21.105	Extracción de cuerpo extraño aparato respiratorio pediátrica.
10.22.002	Colonoscopía con toma de biopsia adulto.
10.22.003	Enteroscopía.
10.22.006	Panendoscopía con toma de biopsia adulto.
10.22.009	Ultrasonido endoscópico de tubo digestivo.
10.22.102	Colonoscopía con toma de biopsia pediátrica.
10.22.106	Panendoscopía con toma de biopsia pediátrica.
10.23.001	Endoscopía de tubo digestivo para lesiones sangrantes no variceales adulto.
10.23.002	Endoscopía de tubo digestivo para lesiones sangrantes variceales esofágicas adulto.
10.23.003	Endoscopía 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 esfinterotomía biliar y colocación de prótesis biliar y pancreática básica adulto.
10.23.010	Colangiografía con esfinterotomía 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	Gastrostomía endoscópica adulto.
10.23.020	Mucosectomía endoscópica de tubo digestivo.
10.23.022	Polipectomía de tubo digestivo alto y/o bajo adulto.
10.23.023	Colangiografía con esfinterotomía biliar y colocación de prótesis biliar y pancreática compleja.
10.23.024	Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica para extracción de lítos básica adulto.
10.23.025	Drenaje endoscópico de pseudoquiste pancreático.
10.23.101	Endoscopía de tubo digestivo para lesiones sangrantes no variceales pediátrica.
10.23.102	Endoscopía de tubo digestivo para lesiones sangrantes variceales esofágicas con escleroterapia pediátrica.
10.23.103	Endoscopía de tubo digestivo para lesiones sangrantes variceales gastrointestinales pediátrica.
10.23.104	Colangiopancreatografía 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	Colangiografía 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.

CLAVE	PAQUETE 2 Endoscopia digestiva y respiratoria:
10.23.115	Gastrostomía endoscópica pediátrica.
10.23.122	Polipectomía de tubo digestivo alto y/o bajo pediátrica.
10.23.124	Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica para extracción de lítos básica pediátrica.

CLAVE	PAQUETE 3 Cirugía oftalmológica:
10.11.001	Facoemulsificación con implante de lente intraocular (LIO).
10.11.002	Facoemulsificación sin implante de lente intraocular (LIO).
10.12.008	Vitrectomía.
10.12.009	Facovitrectomía.
10.12.010	Vitrectomía con Endofotocoagulación.
10.12.011	Facovitrectomía con implante de lente intraocular (LIO) u Endolaser.
10.12.012	Retiro de Silicón
10.12.013	Implante de lente intraocular en segundo tiempo
10.12.014	Facovitrectomía sin LIO con endolaser

CLAVE	PAQUETE 4 Cápsula endoscópica:
10.22.001	Cápsula endoscópica colónica o intestinal adulto.
10.22.101	Cápsula endoscópica colónica o intestinal pediátrica.

CLAVE	PAQUETE 5 Pruebas funcionales digestivas:
10.22.004	Manometría de alta resolución ano rectal.
10.22.005	Manometría de alta resolución esofágica.
10.22.007	pHmetría de tubo digestivo superior
10.22.008	Phmetría con impedancia.
10.22.104	Manometría de alta resolución ano rectal pediatría.
10.22.105	Manometría de alta resolución esofágica pediatría.
10.22.107	pHmetría de tubo digestivo superior pediatría
10.22.108	Phmetría con impedancia pediatría.

3. EQUIPO MÉDICO.

Se requiere Equipo Médico para las Unidades Médicas de OOAD y Unidades Médicas de Alta Especialidad, puesta en operación 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 4 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 T23** "PROPUESTA PARA LA EVALUACIÓN TÉCNICA /DOCUMENTAL ", contenida en los "Formatos de SMI para PMI"

La entrega, instalación y puesta en operación del equipo médico, para la realización de los procedimientos establecidos en la descripción del servicio, debe realizarse a más tardar a los 45 (cuarenta y cinco))días naturales siguientes, contados a partir de la notificación del fallo, en las Unidades Médicas, conforme distribución establecida en el **ANEXO T11.** "Distribución de Equipo Médico e Instrumental de SMI para PMI"

Los licitantes participantes, 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 participantes, deberán adjuntar como parte de su propuesta el FORMATO **T30** "Carta Compromiso de Equipo Médico Fecha de Fabricación", en el que manifieste que los equipos ofertados son nuevos, o tienen una fecha de fabricación no mayor a 4(cuatro) 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 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 65 (sesenta y cinco) días naturales de la emisión 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.
La instalación y puesta a punto de los equipos solicitados para la prestación del servicio objeto de esta licitación, será estricta responsabilidad del licitante adjudicado, cuya supervisión estará a cargo del **SUPERVISOR** por parte del proveedor y del Administrador del Contrato por parte del IMSS.
Nota: En el caso de existir equipo que se considere itinerante (por alto costo, y bajo uso) deberá presentar el cronograma de Unidades en que se utilizará, previo acuerdo con el o los Administradores de contrato, a través del **FORMATO T28** "Cronograma de Actividades del Servicio Itinerante"
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, cuya supervisión estará a cargo del Supervisor por parte del proveedor, 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 45 (cuarenta y cinco)) días naturales y el inicio del servicio al 91 (noventa y uno) días naturales , contados a partir de la emisión del fallo.

3.1 SUPERVISOR.

Será el responsable por parte del proveedor de que se concluya la instalación de los equipos hasta quedar en óptimas condiciones de funcionamiento; así como, de que se encuentre vigente en el portafolio/catálogo de productos del fabricante y/o no estar descontinuado por el mismo fabricante y cumplir con las especificaciones técnicas descritas en el **ANEXO T2 "Equipo Médico de SMI para PMI"**, cuidando que sean compatibles con el Catálogo Institucional (Cuadro Básico Institucional de Equipo Médico IMSS vigente a la fecha de publicación) o de los cuadros del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en salud (CENETEC) y haber sido ensamblado de manera integral en el país de origen.

Por lo que una vez que se conozca a él licitante adjudicado, esta deberá informar por escrito al Administrador del Contrato la designación del SUPERVISOR, a través del FORMATO **T19** "Designación de Supervisor" en congruencia a lo manifestado durante la evaluación la presentación del currículo y estructura organizacional del licitante, que será al menos un supervisor por Región, que deberá coordinar las acciones en la(s) Unidad(es) Médica(s) asignada(s), para que el servicio se preste a entera satisfacción del Instituto.
Por su 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 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 Trabajo (acorde a lo establecido en el numeral 4.2.19 inciso f) de los Términos y Condiciones). La empresa deberá acreditar por medio de carta bajo protesta de decir verdad, firmadas por el representante legal de la empresa 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 de Procedimientos 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, 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 adjudicado, deberá reportarlo por escrito a más tardar al 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 dar 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 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 UMAE/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 UMAE u OOAD, la cual revisará, analizará y autorizará dicho cambio tecnológico, sin que lo anterior modifique el precio unitario de los procedimientos.

3.3 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) y anexar lo siguiente:

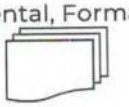
El licitante deberá presentar como parte de su propuesta técnica el FORMATO T23 "PROPUESTA PARA EVALUACIÓN TÉCNICA /DOCUMENTAL" (presentar formato en PDF y Excel editable), incluyendo copia simple de los registros sanitarios en anverso y reverso, vigentes expedido por la COFEPRIS, conforme al artículo 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:

1) Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.
2) Copia simple del acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario, presentado ante la COFEPRIS.
3) Carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del Titular del Registro Sanitario en donde, manifieste que el trámite de prórroga del Registro Sanitario, del cual presenta copia, fue sometido en tiempo y forma, y que el acuse de recibo presentado corresponde al producto sometido al trámite de prórroga.

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, debidamente referenciado, el "Listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del registro sanitario, y de aquellos productos que por su naturaleza, características propias y uso no se consideran como insumos para la salud y por ende no requieren registro sanitario", publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 22 de diciembre del 2014, en el que identifique aquellos que oferte. 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

Del Equipo Médico ofertado deberá presentar copia simple del Certificado FDA, CCEE o Certificado de Calidad de Buenas Prácticas de Manufactura de COFEPRIS o ISO de Calidad: ISO-9001:2015 O ISO-13485:2016 o JIS o MDSAP, vigentes a nombre del fabricante de los bienes, en el idioma del país de origen acompañado de su traducción simple al español. Aceptando únicamente las páginas debidamente referenciadas donde se cite el equipo, FORMATO T21 "PROPUESTA PARA EVALUACIÓN TÉCNICA /DOCUMENTAL" (presentar formato en PDF y Excel editable).

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 (Se acepta portada y página, donde se encuentre referenciada la Especificación técnica)
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 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

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 día **45 (cuarenta y cinco)**natural a partir de la emisión del fallo para llevar a cabo los procedimientos contenidos en el Catálogo de Procedimientos en la OOAD/UMAE, 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.

La empresa deberá presentar y entregar el Catálogo del instrumental actualizado a la fecha de la publicación de la convocatoria, emitido por el fabricante con el que prestará el servicio.

Para garantizar la continuidad del servicio, se requiere que El licitante adjudicado 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, Oftalmología 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 Cirugía Oftalmología o 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 adjudicado 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 adjudicado 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 83 (ochenta y tres) 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 T23** "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:

1) Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.
2) Copia simple del acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario, presentado ante la COFEPRIS.
3) Carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del Titular del Registro Sanitario en donde, manifieste que el trámite de prórroga del Registro Sanitario, del cual presenta copia, fue sometido en tiempo y forma, y que el acuse de recibo presentado corresponde al producto sometido al trámite de prórroga.

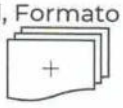
En el caso de que algún instrumental de origen Nacional o Internacional, el licitante advierta que no requiere Registro Sanitario, deberá presentar documento expedido por la COFEPRIS o deberá presentar, debidamente referenciado, el "Listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del registro sanitario, y de aquellos productos que por su naturaleza, características propias y uso no se consideran como insumos para la salud y por ende no requieren registro sanitario", publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 22 de diciembre del 2014, en el que identifique aquellos que oferte. 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.

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

1. Certificado de calidad ISO-9001:2015 o ISO-13485:2016 o JIS o MDSAP, vigente a nombre del fabricante de los bienes. O
2. Certificado FDA o CCEE o su equivalente por la Autoridad Sanitaría 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 T23 "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 (T23)
Nombre de la carpeta: "INSTRUMENTAL"
Contenido de la carpeta:



EJEMPLO:

Oftalmo 1 Set de segmento anterior, para el procedimiento: 10.13.001 Cirugía de catarata con LIO. 10.14.016 Cirugía de catarata extra capsular con LIO.

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 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 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

Nota: En el caso de existir instrumental que se considere itinerante (por alto costo, y bajo uso) deberá presentar el cronograma de Unidades en que se utilizará, manifestado en su metodología de plan de trabajo (para su evaluación) y una vez adjudicado entregarlo a dentro del día 45 (cuarenta y cinco)natural a partir de la emisión del fallo a los Administradores de contrato, a través del FORMATO **T28** "Cronograma de Actividades del Servicio Itinerante"

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 45 (cuarenta y cinco)**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:

- Descripción completa del bien de consumo (marca y lote)
- Cantidad
- Fecha de fabricación y caducidad
- País de origen del bien de consumo
- 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 adjudicado; 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 adjudicado, tomando en cuenta la productividad, tendencia e histórico de servicios integrales en años previos.

El licitante adjudicado 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	
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:

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 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:

1) Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.
2) Copia simple del acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario, presentado ante la COFEPRIS.
3) Carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del Titular del Registro Sanitario en donde, manifieste que el trámite de prórroga del Registro Sanitario, del cual presenta copia, fue sometido en tiempo y forma, y que el acuse de recibo presentado corresponde al producto sometido al trámite de prórroga.

En el caso de que algún Bien de Consumo de origen Nacional o Internacional, el licitante advierta que no requiere Registro Sanitario, deberá presentar documento expedido por la COFEPRIS o deberá presentar, debidamente referenciado, el "Listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del registro sanitario, y de aquellos productos que por su naturaleza, características propias y uso no se consideran como insumos para la salud y por ende no requieren registro sanitario", publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 22 de diciembre del 2014, en el que identifique aquellos que oferte. 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 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** "Catálogo de Bienes de Consumo de SMI para PMI" ", y en el **FORMATO T23 "PROPUESTA PARA EVALUACIÓN TÉCNICA /DOCUMENTAL" (presentar formato en PDF y Excel editable).**
De los Bienes de Consumo ofertados deberá presentar copia simple del Certificado FDA, CCEE o Certificado de Calidad de Buenas Prácticas de Manufactura de COFEPRIS o ISO de Calidad, vigente en el idioma del país de origen acompañado de su traducción simple al español. Aceptando únicamente las páginas debidamente referenciadas donde se cite los bienes de consumo FORMATO T23 "PROPUESTA PARA EVALUACIÓN TÉCNICA /DOCUMENTAL" (presentar formato en PDF y Excel editable).

5.2 Bienes de Consumo Complementario Catálogo:

CLSI	NOMBRE DEL 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.
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

CLSI	NOMBRE DEL BIEN DE CONSUMO COMPLEMENTARIO
	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 diámetro de polietileno.
10.02.901	Sonda de canal independiente hemostática universal de doble balón para control de epistaxis de 30 cc y de 10 cc (tamaño 4.5 a 9 cm).
10.02.902	Fresa cortante o esférica o cilíndrica para hueso duro y cartílago de 3.0 a 4.0 mm., diámetro por 10.5 a 12.5 cm., de longitud.
10.04.904	Sonda para drenaje urinario de permanencia prolongada, de elastómero de silicón o totalmente de silicón, con globo de auto retención de 5 y 30 ml., estéril y desechable, tipo Foley de dos o tres vías, calibres: 14, 16, 18, 20, 22 y 24 fr.
10.04.905	Set o 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 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 mm. X 10 cm., ó 4 fr. X 10 cm. Para pediatría 3.8 a 4 fr. 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 o por 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 extra largo.
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, trocar 1/4"y 1/8". Con reservorio.
10.06.911	Paquete de clips para cirugía laparoscópica, de titanio, estéril desechable, tamaños: mediano o mediano/largo.
10.06.912	Trocar 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.

CLSI	NOMBRE DEL BIEN DE CONSUMO COMPLEMENTARIO
10.06.915	Bolsa colectora de espécimen pequeña o 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 GA larga o equivalente.
10.12.902	Sutura sintética no absorbible, monofilamento de nylon con aguja de 1/2 círculo, punta espatulada doble armada (6mm.), 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 7 a 10 ml.
10.12.905	Sonda de endoiluminación Chadellierer 23 ó 27 GA. Según solicite el médico.
10.12.906	Sonda de endodiatermia o sonda de diatermia de 23o25o27 G.
10.12.907	Cánula Charles, calibre 23 G (compatible con la cabeza de ocutomo y lanceta).
10.12.912	Sutura doble armada (con dos agujas rectas o con una recta y otra curva) de 8 a 9 o 10-0 (esta última opcional) de polipropileno
10.12.913	Azul brillante vial de 0.5 a 1 ml.
10.12.914	Vitrector anterior o sonda de vitrectomia 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 membrana.
10.12.918	Silicón pesado o de alta densidad vial de 10 ml.
10.12.919	Cuchillete crescent.
10.12.922	Banda de 240 de silicón.
10.21.901	Stent bronquial de silicón varias medidas.
10.21.902	Pinza para biopsia de gastroenterología o biliar o pancreática desechable.
10.21.903	Sobretubo flexible de 140 cm o mayor, con balón (de látex 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, 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 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

CLSI	NOMBRE DEL BIEN DE CONSUMO COMPLEMENTARIO
	pancreática de 10 mm ó más de apertura y de diámetro lateral de 20 mm de longitud como mínimo
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.
10.23.916	Cepillo de 2.4 o mayor y 210 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 para su colocación.
10.23.918	Catéter de ablación con argón hibrida con long de más 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 citología para vía biliar guiado de al menos 2.1 a 2.5 mm y longitud de 200 a 240 CM.

Cantidades de Bienes de Consumo Complementario por OOAD/UMAE:

OOAD:	CANTIDAD BCC
Aguascalientes	95
Colima	30
Guanajuato	162
Jalisco	69
Michoacán	162
Nayarit	44
Querétaro	44
UMAE HE 1 CMN Bajío	25
UMAE HE CMN OCC Oblatos	25
UMAE HGO CMN OCC Oblatos	6
UMAE HGP 48 CMN Bajío	6
UMAE HP CMN OCC	10
Zacatecas	20
D.F. Norte	42
Edo. De Méx. Ote.	166
Edo. De Méx. Pte.	36
Guerrero	32
Hidalgo	19
Morelos	32
UMAE HE CMN La Raza	14
UMAE HGO 3 CMN La Raza	6
UMAE HGO 4 San Ángel	6
UMAE HGRAL CMN La Raza	26
UMAE HT Magdalena Salinas	36
UMAE HTO Lomas Verdes	19
Campeche	42
Chiapas	46
D.F. Sur	141
Oaxaca	8
Puebla	9

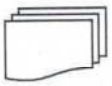
OOAD:	CANTIDAD BCC
Quintana Roo	15
Tabasco	63
Tlaxcala	6
UMAE HE 1 CMN Mérida	10
UMAE HE 14 CMN Veracruz	30
UMAE HE CMN Puebla	25
UMAE HE CMN Siglo XXI	33
UMAE HON CMN Siglo XXI	12
UMAE HP CMN Siglo XXI	11
UMAE HTO CMN Puebla	17
Veracruz Norte	48
Veracruz Sur	98
Yucatán	44
Coahuila	102
Nuevo León	88
San Luis Potosí	45
Tamaulipas	53
UMAE HE 25 CMN Monterrey	31
UMAE HGO 23 CMN Monterrey	3
UMAE HTO 21 CMN Monterrey	9
Baja California	183
Baja California Sur	24
Chihuahua	173
Durango	19
Sinaloa	140
Sonora	93
UMAE HE 2 CMN Obregón	38
UMAE HE 71 Torreón	3
D.F. Norte	42
Edo. De Méx. Ote.	68
Edo. De Méx. Pte.	11
Morelos	2
Querétaro	6
UMAE HE CMN La Raza	22
Zacatecas	10
D.F. Sur	82
UMAE HE CMN Siglo XXI	23
UMAE HON CMN Siglo XXI	22
UMAE HP CMN Siglo XXI	1
Yucatán	17
Baja California	19
Baja California Sur	21
Coahuila	11
Nuevo León	27
Sinaloa	53
Sonora	12
UMAE HE 2 CMN Obregón	20
UMAE HE 25 CMN Monterrey	20
UMAE HE 71 Torreón	14
UMAE HGRAL CMN La Raza	23
UMAE HP CMN OCC	12
Guanajuato	6
Hidalgo	7
Nayarit	15
Tlaxcala	16
UMAE HE CMN OCC Oblatos	14
D.F. Norte	5
D.F. Sur	14
Edo. De Méx. Ote.	3
Edo. De Méx. Pte.	27
Morelos	12
UMAE HE CMN Siglo XXI	8

OOAD:	CANTIDAD BCC
Coahuila	16
Tamaulipas	16
UMAE HE 25 CMN Monterrey	16
Baja California	14
Durango	22
Sinaloa	31
UMAE HE 2 CMN Obregón	15
UMAE HE 71 Torreón	16
UMAE HGRAL CMN La Raza	9
UMAE HE 14 CMN Veracruz	13
Yucatán	14
Total general	3641

El licitante adjudicado del servicio 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"**, y serán foliados y facturados por separado.

5.3 **La forma de presentación de la documentación** para llenar el **FORMATO T23 "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 T23)
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 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 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 T23.**

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 adjudicado 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 participante 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 **15 (quince) 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 que se consideren 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 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 del 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 llevara 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 que deberá elaborar, registró en la bitácora del equipo médico y de instrumental y seguimiento de acuerdo con los Formato correspondiente tanto del equipo médico como del instrumental.

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 cirugía, Oftalmología, 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, al menos un técnico por cada dos torres laparoscópica o endoscópica y en sala de oftalmología (al menos uno por cada microscopio solicitado)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 " y **FORMATO T20"**Designación de técnicos en sitio y supervisor de operación administrativa"

ASIGNACIÓN DE TÉCNICOS Y SUPERVISORES POR REGION:

* El Licitante participante 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".

** La Asignación del supervisor será al menos uno por cada diez Hospitales, perfil Licenciatura en Ingeniería Biomédica o Bachillerato Técnico en mantenimiento de equipo biomédico, si la Región adjudicada tuviese menos de 10 Unidades Hospitalarias tendrá que ser al menos uno por Región.

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 designado por El licitante adjudicado, 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 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 min antes para los procedimientos según la programación quirúrgica.

En el caso de los endoscopios con el siguiente procedimiento:

- Lavado mecánico de los endoscopios con base en la guía del fabricante después de cada procedimiento llevado a cabo en el paciente, o el uso de equipo de lavadoras automáticas para el lavado de endoscopios, siendo decisión del licitante adjudicado la utilización de estos en forma

automática o el lavado mecánico antes descrito. La utilización del lavado mecánico o el uso de lavadoras automáticas debe de apegarse a normatividad conforme a la NOM-045-SSA2-2005 Para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales.

- Todos los endoscopios utilizados, 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 o contagios en los pacientes y personal de salud, 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 adjudicado 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 ADMINISTRATIVA.

El proveedor podrá designar un SUPERVISOR DE OPERACIÓN por Región.

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 con el Supervisor 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 junto con el Supervisor 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.

7.4. SUPERVISOR.

El licitante adjudicado, a través de su SUPERVISOR, 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 será al menos uno por cada diez Hospitales, perfil Licenciatura en Ingeniería Biomédica o Bachillerato Técnico en mantenimiento de equipo biomédico, si la Región adjudicada tuviese menos de 10 Unidades Hospitalarias tendrá que ser al menos uno por Región.

7.5. 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 Región adjudicada dentro del 45 (cuarenta y cinco) natural a partir de la notificación del fallo en concordancia al curriculum de sus técnicos y

supervisores 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 d Contrato proporcionará dentro de los 45 (cuarenta y 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 60 (sesenta) 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 entre del día 61 (sesenta y uno) natural al 90(noventa) 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. REPORTE MENSUAL DE LA PRODUCTIVIDAD.

El Licitante Adjudicado deberá generar un reporte en Excel **FORMATO T26** "Control de Productividad, Bienes Básicos y Bienes de Consumo Complementarios de la CTSMI", contenido en "Formatos de SMI para PMI") que contenga el Registro de la productividad de los procedimientos realizados, los bienes de consumo complementarios utilizados, los bienes de consumo contratados en cada uno de los procedimientos, mismo que deberá entregar a la Unidad Médica en físico y en archivo electrónico de manera mensual, 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, como sustento de la productividad realizada en el periodo** (Excel editable y PDF firmado por las autoridades del Instituto y representante legal del proveedor. Esta información deberá ser consistente con los datos existentes en el Sistema ACCEDER, por lo que será responsabilidad de Jefe de Servicios Médicos validar dicha información.

El reporte deberá contener mínimamente la siguiente información:

1) Folio Servicio.
2) Clave Presupuestal de la Unidad Médica.
3) Localidad.
4) Fecha de Procedimiento (dd/mm/aaaa).
5) Servicio Integral.
6) NSS (a diez dígitos o posiciones).
7) Agregado Médico (a ocho dígitos o posiciones).
8) Nombre del paciente.
9) Primer Apellido Paciente.
10) Segundo Apellido Paciente.
11) Fecha de Nacimiento del Paciente (dd/mm/aaaa).
12) Sexo del Paciente.
13) Nombre Médico Tratante.
14) Primer Apellido Médico Tratante.
15) Segundo Apellido Médico Tratante.
16) Matricula Médico Tratante.
17) CLVSI del Procedimiento.
18) Tipo de procedimiento.
19) Motivo reprogramación.
20) Precio Unitario del Procedimiento.
21) Por cada Bien de Consumo Requerido del Procedimiento.
    a. CLVSI de Bien de Consumo Requerido del Procedimiento.
    b. Lote de Bien de Consumo Requerido del Procedimiento.
    c. Cantidad de Bien de Consumo Requerido del Procedimiento.
22) Por cada Bien de Consumo Complementario.
    a. CLVSI de Bien de Consumo Complementario.
    b. Lote de Bien de Consumo Complementario.
    c. Cantidad de Bien de Consumo Complementario.
    d. Precio Unitario del Bien de Consumo Complementario.
23) Incidencia.
    a. Fechas (dd/mm/aaaa).
    b. Breve descripción incidencia.

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 envió 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 36 Bis Fracción I 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 TI Requerimientos del Servicio Médico Integral para Procedimientos de Mínima Invasión

No.	Pq	Del	OOAD / UMAE	CLP	Tipo	Número	Localidad	CLVSI	Nombre_ Procedimiento	Mín. 2023 (5 meses)	Máx. 2023 (5 meses)
1345	1	22	Puebla	220135012151	HGZ	20	Puebla	10.03.001	Histeroscopia básica.	2	4
1346	1	22	Puebla	220135012151	HGZ	20	Puebla	10.03.002	Histeroscopia operatoria.	2	4
1347	1	22	Puebla	220135012151	HGZ	20	Puebla	10.04.001	Cistoscopia adulto.	4	10
1348	1	22	Puebla	220135012151	HGZ	20	Puebla	10.04.011	Resección transuretral de próstata/vejiga RTUP/RTUV/RTUC.	12	29
1349	1	22	Puebla	220135012151	HGZ	20	Puebla	10.04.015	Uretrotomía interna adulto.	2	5
1350	1	22	Puebla	220135012151	HGZ	20	Puebla	10.04.018	Litotricia ureteral rígida adulto.	7	17
1351	1	22	Puebla	220135012151	HGZ	20	Puebla	10.04.020	Litotricia ureteral flexible adulto (láser).	2	4
1352	1	22	Puebla	220135012151	HGZ	20	Puebla	10.04.021	Cistoscopia para retiro de catéter Doble J	7	17
1353	1	22	Puebla	220135012151	HGZ	20	Puebla	10.06.002	Apendicetomía laparoscópica adulto.	3	6
1354	1	22	Puebla	220135012151	HGZ	20	Puebla	10.06.010	Colecistectomía laparoscópica adulto.	34	83
1355	1	22	Puebla	220135012151	HGZ	20	Puebla	10.06.026	Laparoscopia diagnóstica adulto.	2	5

ANEXO T2 EQUIPO MÉDICO

Grupo Etario Adulto

EQUIPOS A PROPORCIONARSE EN LAS UNIDADES MÉDICAS CONFORME LO DESCRITO EN EL ANEXO T11 DISTRIBUCIÓN EQUIPO MÉDICO E INSTRUMENTAL .	
APLICA PARA EL EQUIPO MÉDICO DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN.	
CONSIDERACIONES PARA EQUIPO MÉDICO	
Para el equipo médico y sus accesorios ofertados de los paquetes 1,2,3,4,5: Deberán garantizar la óptima utilización, rendimiento, movilidad y traslado seguro, dentro de la unidad quirúrgica para el equipo mismo y para el personal de salud, que garanticen la realización de los procedimientos de catálogo y provean de seguridad al paciente, los accesorios deberán ser compatibles con la marca y modelos ofertado.	
Para el caso de otorrinolaringología, la Torre de visualización no debe incluir 1.1.8 Insuflador de CO2 ni 1.1.12 Capnógrafo.	
Para el caso de Endourología es necesario un brazo articulado adaptado a la torre para el monitor que permita la visualización frontal del urólogo	
No.	**PAQUETE 1 ACCESOS DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICOS DE MÍNIMA INVASIÓN**
1.1	**531.564.0267 Torre de Visualización que incluye: Carro transportador, monitor, endocamara, 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 automático y capnógrafo con oxímetro.**
1.1.1	**Carro porta equipo.**
1.1.2	**Monitor de video para aplicaciones médicas, compatible con endocamara.**
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 fabricantede mayor o igual a 23".
1.1.3	**Endocamara 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 Halogeno o LED. O Fuente alterna.
1.1.6.3	Con vida media (solo para el caso e 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 e Xenón)
1.1.6.5	Con entrada compatible con guía de luz ofertada de acuerdo a tecnologia 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	**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 automatico y/o equipo de aspiración automático:**
1.1.9.1	Con sistema de rodillos,(o según tecnología del fabricante)
1.1.10	**Capnógrafo con oxímetro:**
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 capnografo 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, 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 y neonatal, reusable para uso de sensores de flujo principal.
1.1.10.18.2	Adaptador endotraqueal o de vía aérea tamaño adulto, pediátrico y neonatal, reusable para uso de sensores de flujo 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 monopoloar)

	531.355.0013 Bisturí ultrasónico.
1.3	**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 Ultasónico Inalámbreico 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.

	531.328.0215 Equipo para sellado de vasos.
1.4	**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.

	531.584.0198 Litotriptor neumático.
1.5	**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 ultrasonica conforme a la tecnología del fabricante.
1.5.4	Presión de suministro de 8 Bar, para el caso de requerise 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 portaequipo 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.

	531.350.0133 Láser quirúrgico de Holmio. *Equipo Itinerante
1.6	**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.**
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 mínima no menor de 20 W.
1.6.6.2	Rango de energía por pulso de 200 a 3500 mJ o mayor deacuerdo 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 automático de ancho de pulso de 95 a 1500 ms según tecnologia 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 siguiente 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.
1.6.9	Disparo del láser activado por pedal.
1.6.10	Pedal con longitud del cable de activación. Como mínimo o inalámbrico según tecnología del fabricante
1.6.11	Sistema de enfriamiento.
1.6.12	Función de autoprueba 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

OTORRINOLARINGOLOGÍA	
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 con cremallera.**

MÍNIMA INVASIÓN DE ORTOPEDIA

	531.072.0064 Equipo de artroscopía.
1.9	**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.
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 compatible 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	Adaptador al mango de isquemia.

No.	PAQUETE 2 ENDOSCOPÍAS DEL APARATO RESPIRATORIO Y DIGESTIVO
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 tencologia 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:**
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 mayor 2.8 mm. (antes 3mm)
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 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 tecnologia 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.
	Compatibilidad con el modelo ofertado de fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca y generación.

2.3	**531.217.0235 Videocolonoscopio con las siguientes características:**
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
	Compatibilidad con el modelo ofertado de fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca y generación.

	531.431.0102 Unidad de electrocirugía para endoscopía.
2.4	**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; coagulacion 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 coagulacion 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 mínimo 1.5X.
2.5.3.2	Con Zoom óptico u Observación Óptico Digital.
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.
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.
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 tecnologia 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:**
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 mayor 2.8 mm .
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 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 segun tecnologia del fabricante.
2.6.9	Al menos dos botones configurables en el control de mando.

2.6.10	Con zoom electrónico mínimo de 1.5x.
2.6.11	Con Zoom óptico u Observación Óptico Digital.
2.6.12	Con función de cromoendoscopia Digital o Función de Banda Angosta.
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
	Compatibilidad con el modelo ofertado de fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca y generación.

2.7	**531.217.0235 Videocolonoscopio con las siguientes características:**
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°ó 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 tecnolgia del fabricante.
2.7.9	Al menos dos botones configurables en el control de mando.
2.7.10	Con zoom electrónico mínimo de 1.5x.
2.7.11	Con Zoom óptico u Observación Óptico Digital.
2.7.12	Con función de cromoendoscopia Digital o Función de Banda Angosta o Función de Banda Angosta o Función de Banda Angosta
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 probrador de fugas.
	Compatibilidad con el modelo ofertado de fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca y generación.

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 del 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 segun tecnologia 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 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 electrocuagulador.
2.9.12.3	Sonda para aplicación endoscópica flexible con cable de conexión (con tres modos de salida según tecnología del fabricante)
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.

	531.923.0321 Ultrasonido endoscópico *Equipo Itinerante
2.10	**Equipo que permite la visualización ultrasonográfica y endoscópica del tubo digestivo, que dentro de las características mas 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 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 180° / 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 con balón incluido.
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 180º.
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 Xenon 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 tecnologia 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.**
2.11.4	**Contenedor de líquidos para irrigación.**
2.11.3	**Bomba de irrigación (opcional)**

	531.146.1544 Videobroncoscopio.
2.12	Equipo computarizado, con videoprocesador de imágenes de alta definición, invasivo, utilizado para el diagnóstico y tratamiento de vías respiratorias altas:
2.12.1	Diámetro exterior del tubo de inserción en el rango de 3.9 hasta 6.2 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 (Anes 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 segun tecnologia 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
	Compatibilidad con el modelo ofertado de fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca y generación.

	SCCB Enteroscopio asistido con balón
2.13	**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 Kpa +/- 2.6 Kpa.
2.13.9	Globo para insuflación y avance del enteroscopio, opcional según tecnología.
2.13.10	Sobretubo de 1400 mm con balón incluido en la punta distal compatible con la marca o modelo ofertado

No.	PAQUETE 3 MINIMA INVASIÓN DE OFTALMOLOGÍA.
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 aspitración 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 vacio 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 600 a 700 mmHg. (antes era de 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 tecnologia del fabricante.
3.1.13.4	Pedal que permita el control de funciones.

	531.626.0115 Microscopio quirúrgico oftalmológico avanzado.
3.2	Equipo electromédico 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 tecnologia del fabricante.
3.2.7.5	Sistema de frenos de fricción o manuales. O segun tecnologia 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 area 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 tecnologia 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 ángulación 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 inclinacion del microsocpio:**
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).**

	Equipo de Facovitrectomía
3.3	**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 45º.
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 600 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.

	Microscopio para oftalmocirugía de alta especialidad
3.4	**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 tenología 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 tecnologia 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 area 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 tecnologia del fabricante o de acuerdo a tecnologia 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 tecnologia 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.
3.5.16	**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	**531.660.0096 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

	531.325.0069 Unidad para ultrasonografía oftalmológica.
3.7	**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 carácterísticas 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	Mediciones de distancia y área.
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 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 tecnologia 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 diferentes 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 automatico**
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 Vertice Distancia al Vértice de acuerdo a la tecnología del fabricante.
3.9.3	**Rangos de Queratometria**
3.9.3.1	De 30.00 dioptrías a a 67.50 dioptrías con pasos de 0.12 a 0.25 dioptrías.
3.9.3.2	Eje de 0 a 180° en pasos de 1°
3.9.4	**Pantalla:**
3.9.4.1	De 5"
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 Vertice y distancia interpupilar
3.9.8	Mesa de altura eléctrica

3.10	**531.247.0023 Equipo de Criocirugía Oftalmológica: equipo portátil utilizado como tratamiento a través de congelación de tejidos en cirugía 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
3.10.2	**Accesorios:**
3.10.2.1	Los necesarios para realizar el procedimiento

PAQUETE 4 CAPSULA ENDOSCOPICA	
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 mediante transmisión por radio. 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.

PAQUETE 5 PROCEDIMIENTOS FUNCIONALES DIGESTIVOS	
	537.336.0212 Grabador de pH con impedancia esofágico 24 Hrs. *Equipo Itinerante
5.1	**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 catéter de antimonio para Phmetría esofágica reusable, de acuerdo a tecnología 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.

	531.606.0275 Manómetro esofágico/ano-rectal de alta resolución *Equipo Itinerante
5.2	**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	**Modulo 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.
5.2.5.5	Modem integrado.
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 Pediatría
EQUIPOS A PROPORCIONARSE EN LAS UNIDADES MÉDICAS CONFORME LO DESCRITO EN EL ANEXO T11.
CONSIDERACIONES PARA EQUIPO MÉDICO
Para el equipo médico y sus accesorios ofertados de los paquetes 1,2,3 y 5 Deberán garantizar la óptima utilización, rendimiento, movilidad y traslado seguro, dentro de la unidad quirúrgica para el equipo mismo y para el personal de salud, que garanticen la realización de los procedimientos de catálogo y provean de seguridad al paciente, los accesorios deberán ser compatibles con la marca y modelos ofertado.
Para el caso de otorrinolaringología, la Torre de visualización no debe incluir 1.1.8 Insuflador de CO2 ni 1.1.12 Capnógrafo.
Para el caso de Endourología es necesario un brazo articulado adaptado a la torre para el monitor que permita la visualización frontal del urólogo

No.	PAQUETE 1 ACCESOS DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICOS DE MÍNIMA INVASIÓN PEDIATRICO
1.1	**531.564.0267 Torre de Visualización que incluye: Carro transportador, monitor, endocamara, 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 automático, capnógrafo con oxímetro.**
1.1.1	**Carro porta equipo.**
1.1.2	**Monitor de video para aplicaciones médicas, compatible con endocamara.**
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	**Endocamara 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 Xenon: 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 automatico y/o equipo de aspiración automático:**
1.1.9.1	Con sistema de rodillos,(o según tecnología del fabricante)
1.1.10	**Capnógrafo con oxímetro:**
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 capnografo 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, 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 y neonatal, reusable para uso de sensores de flujo principal.
1.1.10.18.2	Adaptador endotraqueal o de vía aérea tamaño adulto, pediátrico y neonatal, reusable para uso de sensores de flujo lateral.

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 maxima 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 Ultasónico Inalámbreico 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.

UROLOGÍA	
	531.584.0198 Litotriptor neumático.
1.5	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 ultrasonica conforme a la tecnología del fabricante.
1.5.4	Presión de suministro de 8 Bar, para el caso de requerise 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 portaequipo 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.

OTORRINOLARINGOLOGÍA	
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 con cremallera.**

No.	PAQUETE 2 ENDOSCOPÍAS DEL APARATO RESPIRATORIO Y DIGESTIVO PEDIATRICA.
2.5	**SCCB Torre de alta especialidad para endoscopía pediátrica de tubo digestivo que incluye: Torre de visualización endoscópica que consta de: un videogastrocopio, 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 de 1.5x o mayor
2.5.3.2	Con Zoom óptico u Observación Óptico Digital.
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 Función de Banda Angosta.
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:**
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 o mayor 2.8 mm .
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 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 segun tecnologia del fabricante.
2.6.9	Al menos dos botones configurables en el control de mando.
2.6.10	Con zoom electrónico de 1.5x o mayor
2.6.11	Con Zoom óptico u Observación Óptico Digital.
2.6.12	Con función de cromoendoscopia Digital o Función de Banda Angosta o Función de Banda Angosta.

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.
	Compatibilidad con el modelo ofertado de fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca y generación.

2.14	**SCCB Videogastroscopio neonatal.**
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 hasta 100 mm
2.14.1.3	Diámetro externo del tubo de inserción de 5.5 a 5.9 mm., como máximo.
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
	Compatibilidad con el modelo ofertado de fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca y generación.

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 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 8.8 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

2.16	**SCCB Videoduodenoscopio estandar terapéutico.**
2.16.1	Diámetro exterior del tubo de inserción en el rango de 10.8 a 12.6 mm.
2.16.1.1	Diámetro del canal de trabajo mayor o igual a 3.2 mm.
2.16.2	**Angulación en 4 direcciones:**
2.16.2.1	Al menos 210° de angulación total arriba/abajo.
2.16.2.2	Al menos 195° de angulación total derecha/izquierda.
2.16.2.3	Campo de visión de 98°ó mayor.
2.16.2.4	Con dirección de observación lateral.
2.16.2.5	Con profundidad en el campo de observación ≤ 5 mm hasta 60 mm.
2.16.3	**Longitud:**
2.16.3.1	Longitud de trabajo igual o mayor de 1240 mm.
2.16.3.2	Marcas a lo largo de la longitud de trabajo.
2.16.3.3	Con chips CCD a color o resolución 410,000 pixeles o mayor.
2.16.3.4	Al menos dos botones configurables en el control de mando.
2.16.4	**Debe incluir:**
2.16.4.1	Set de limpieza que incluya cepillo largo, cepillo corto, válvulas de irrigación.
2.16.4.2	Set de tapones para canal de trabajo, set de válvulas de aspiración, tapón hermético para esterilizar.
2.16.4.3	Comprobador de impermeabilidad
	Compatible con fuente de luz y procesador de video de la misma marca

2.17	**531.217.0243 Videocolonoscopio pediátrico.**
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.*
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
	Compatible con fuente de luz y procesador de video de la misma marca

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 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 electrocuagulador.
2.9.12.3	Sonda para aplicación endoscópica flexible con cable de conexión, según tecnologia 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.

2.5	**SCCB Torre para endoscopía 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)**
2.5.1	**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 mínimo de 1.5 x o mayor.
2.5.3.2	Con Zoom óptico u Observación Óptico Digital.
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.
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.

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.
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.
2.5.10	**Bomba de irrigación (opcional)**

2.18	**SCCB Videobroncoscopios neonatal: Equipo computarizado, con videoprocesador 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.**
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 de 110 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
	Compatible con fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca

2.19	**SCCB Videobroncoscopio pediátrico. Equipo computarizado, con videoprocesador 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**
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.
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
	Compatible con fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca

	SCCB Videobroncoscopio:
	Equipo computarizado, con videoprocesador de imágenes de alta definición, para observar tráquea y bronquios, invasivo, utilizado para el diagnóstico y tratamiento de vías respiratorias altas:
2.20	**Un broncoscopio con diámetro en el rango de 4.9 mm.**
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
	Compatible con fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca

No.	PAQUETE 3 MÍNIMA INVASIÓN DE OFTALMOLOGÍA PEDIATRICA.
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.
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 aspitración 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 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 600 a 700 mmHg. (antes era de 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.
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 tecnologia del fabricante.
3.1.13.4	Pedal que permita el control de funciones.

	Equipo de Facovitrectomía
3.3	**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).
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 45º.
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 600 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 velocidad de corte desde 5000 a 8000 CPM.
3.3.14	**Pieza de mano anterior u Ocutomo anterior:**
3.3.14.1	Tipo guillotina.
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.
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.

	531.626.0123 Microscopio para oftalmocirugía de alta especialidad.
3.4	**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 tenología 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 tecnologia 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 area 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 tecnologia del fabricante o de acuerdo a tecnologia 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 tecnologia del fabricante o de acuerdo a tecnologia 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.
3.5.16	**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.** **Equipo que se utiliza por método invasivo para coagulación retiniana, por medio de rayo láser.**
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	**531.660.0096 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

	531.325.0069 Unidad para ultrasonografía oftalmológica.
3.7	**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 carácterísticas 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, Haigis Hofer Q,
3.7.2.8	SRK/T , Holladay como mínimo.
3.7.2.9	Mediciones de distancia y área.
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 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 tecnologia del fabricante.* de 10" o mayor.
3.7.9.5	Teclado en español y mouse.
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 de Queratómetro Automático: aparato que realiza autorefracción y queratometría en diferentes tipo de pacientes (aún con catarata o lente intraocular)**

3.9.1	**Panel de control:**
3.9.1.1	A 90 o 180°
3.9.2	**Con alineamiento automático o inicio automatico**
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 Vertice Distancia al Vértice de acuerdo a la tecnología del fabricante.
3.9.3	**Rangos de Queratometria**
3.9.3.1	De 30.00 dioptrías a a 67.50 dioptrías con pasos de 0.12 a 0.25 dioptrías.
3.9.3.2	Eje de 0 a 180° en pasos de 1°
3.9.4	**Pantalla:**
3.9.4.1	De 5"
3.9.4.2	CRT, interface, RS-232C y Video
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 Vertice y distancia interpupilar
3.9.8	Mesa de altura eléctrica

3.10	**531.247.0023 Equipo de Criocirugía Oftálmica: equipo portátil utilizado como tratamiento a través de congelación de tejidos en cirugía 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
3.10.2	**Accesorios:**
3.10.2.1	Los necesarios para realizar el procedimiento

PAQUETE 4 CAPSULA ENDOSCOPICA PEDIATRICA	
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 mediante transmisión por radio. 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.

PAQUETE 5 PROCEDIMIENTOS FUNCIONALES DIGESTIVOS	
	537.336.0212 Grabador de pH con impedancia esofágico 24 Hrs. *Equipo Itinerante
5.1	**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 catéter de antimonio para Phmetría esofágica reusable, de acuerdo a tecnología 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.

	531.606.0275 Manómetro esofágico/ano-rectal de alta resolución *Equipo Itinerante
5.2	**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	**Modulo 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.
5.2.5.5	Modem integrado.
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 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:																												2022
No		MES 1													MES 2									MES 3								
	DÍAS CALENDARIO																													
	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																														dia 91

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en el Estado de Puebla Jefatura de Servicios Administrativos Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	CONTRATO NÚMERO **D22SEI2302**

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) 2022					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.

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

IMSS	**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL** **Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en el Estado de Puebla** **Jefatura de Servicios Administrativos** **Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento**	**CONTRATO NÚMERO** **D22SEI2302**

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

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en el Estado de Puebla Jefatura de Servicios Administrativos Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	CONTRATO NÚMERO D22SEI2302

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

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en el Estado de Puebla Jefatura de Servicios Administrativos Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	CONTRATO NÚMERO **D22SEI2302**

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

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en el Estado de Puebla Jefatura de Servicios Administrativos Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	CONTRATO NÚMERO **D22SEI2302**

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

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en el Estado de Puebla Jefatura de Servicios Administrativos Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	CONTRATO NÚMERO D22SEI2302

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

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

Nombre y Firma del Técnico responsable de la entrega

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en el Estado de Puebla Jefatura de Servicios Administrativos Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	CONTRATO NÚMERO **D22SEI2302**

Clínico de la Unidad Médica quién recibe

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

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en el Estado de Puebla Jefatura de Servicios Administrativos Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	CONTRATO NÚMERO **D22SEI2302**

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

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

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en el Estado de Puebla Jefatura de Servicios Administrativos Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	CONTRATO NÚMERO **D22SEI2302**

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

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en el Estado de Puebla Jefatura de Servicios Administrativos Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	CONTRATO NÚMERO D22SEI2302

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

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

_____

Nombre y Firma del Técnico responsable de la entrega

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en el Estado de Puebla Jefatura de Servicios Administrativos Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	CONTRATO NÚMERO **D22SEI2302**

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

"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

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en el Estado de Puebla Jefatura de Servicios Administrativos Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	CONTRATO NÚMERO **D22SEI2302**

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.**

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

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA.

FORMATO T20 "Designación de Técnicos en sitio"
(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 "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.**

ATENTAMENTE.

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA

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.

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en el Estado de Puebla Jefatura de Servicios Administrativos Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	CONTRATO NÚMERO **D22SEI2302**

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,..)

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, guía 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 oxímetro.**													
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.**													

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						
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	PARTIDA(S)
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	**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 oxímetro:**													
1.1.10.1	Equipo portátil, para la medición y registro continuo de CO2 espirado, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca 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.													

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	
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													

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	
	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													

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	
	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**													

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	
	cortarles o coagularlos durante un procedimiento quirúrgico.													
1.4.1	Salida para sellado o termofusión de vasos (bipolar modificado o cauterio) 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													

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						
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	PARTIDA(S
	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 automático 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													

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	
	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 artroscopía. Equipo para el diagnóstico y tratamiento de padecimientos articulares por mínima invasión, consta de:**													
1.9.1	**Rasurador:**													
1.9.2	**Unidad de control:**													

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	
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 artroscopía 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.													

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	
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 2.5 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.													

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						
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	PART
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.													

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	
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 vídeo 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													

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	
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**													

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	
	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													

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	
	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**													

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	
	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 recta.													
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.													

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	
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 tecnología 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.													

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	
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 electrocirugia 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 minima de 300 watts.													
2.9.3.2	Con mezcla blend y/o modo con potencia minima de 200 watts.													
2.9.3.3	Con al menos dos modos de coagulación monopolar con potencia minima 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 minima 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													

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	
	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:**													

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	
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 endoscopia 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.													

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	
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 180º.													
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.													

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	
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.**													
2.11.6	**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													

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	
	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 Enteroscopia 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.													

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	
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													

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	
	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:**													

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	
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.													

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	
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**													

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	
	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.													

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	
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**													

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	
	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,**													

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	
	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:**													

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	
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													

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	
	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	**531.660.0096 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 angioscopia 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	+20 lupa *de +200.*													
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.													

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	
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 c culares.**													
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 vitreo.													
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).													

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						
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	PARTIDA(S)
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.													

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	
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 Criocirugía Oftalmológica: equipo portátil utilizado como**													

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	
	tratamiento a través de congelación de tejidos en cirugía 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 tecnologia 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 tecnologia 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-meteria con impedancia ambulatoria de 24 Hrs.** para esófago que dentro de las características mas													

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	
	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.**													

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	
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 PEDIATRÍA														

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	
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.													

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	
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 oxímetro:**													
1.1.10.1	Equipo portátil, para la medición y registro continuo de CO2 espirado, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca 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.													

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	
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													

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	
	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													

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	
	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													

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	
	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 continuo 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 endoscopia 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**													

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	
	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.													

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	
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													

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	
	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.													

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						
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	PARTIDA(S)
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.													

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	
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 electrocirugia 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:**													

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	
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 endoscopía 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													

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	
	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**													

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						
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	PARTIDA(S)
	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**													

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	
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,													

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	
	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.													

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	
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 Phmetria 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:**													

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	
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, 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														

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		
	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 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 util 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 util de 11 a 12 cm.														
15	Pinza nasal, curva hacia arriba 45°, tipo Blakelsley-Wilde o Weil-Blakesley. Calibre "1", quijadas o 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		
	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 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 tecnologia 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														
21	Legra o cureta (según tecnologia del fabricante para antro), ovalado. Calibre "1", longitud útil de 17 a 19 cm														
22	Tijera nasal, recta, longitud														

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(
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabric. te;	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		
	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 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.														

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		
31	Pinza nasal cortante, recta, fina, 8 X 3 mm. Calibre 7" 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 fino bayoneta de 17 a 22 cm														
34	Contenedor de esterilización compatible con instrumental.														
Otorrino 2	**Set de CNG, 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														

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														
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 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														

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		
	FISCH, con orificio de interrupción, con 1 ½ ER, 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														
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**														

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 ovario, 10.06.027 Laparoscopía etapificadora para cáncer ginecológico, 10.06.028 Laparoscopía para embarazo ectópico, 10.06.933 Miomectomía.														
1	Aplicador para clip de titanio, mediano-largo. Diámetro 10 mm., 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														

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		
	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 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														

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		
	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 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														

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., longitud en el rango de 31 a 37 cm., autoclavable.														
16	Manipulador uterino reusable, articulado, con delineador vaginal completo o valvas 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)**														

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	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 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														

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		
	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.														
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 lente de 2.7 a 4.0 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		
	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 tecnología del fabricante)														
3.4	Para usarse con lente														

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 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 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.														

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		
1.2	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 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														

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		
	Charr.														
2.2.2	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)														
Endouro 3	**Set de Endourología 3, para el procedimiento: 10.04.018 Litotricia ureteral rígida 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														

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 fabric. .tc)	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		
	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.														
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:**														

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		
	10.04.020 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 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														

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		
	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 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														

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 el rango de 19 a 25														
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.														
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.														

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		
3.4	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 extractora de litos tridente o caimán														
3.5	Debe incluir:														
3.5.1	Juego de dilatadores telescópicos.														
Endouro 6	**Set de Endourología 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.														

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		
1.2	Con elemento de trabajo de corte pasivo (tipo iglesias) de mango abierto. Monopolar.														
1.3	Cable activo para electrodos de alta 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,**														

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		
	10.06.053 Suprarenalectomía 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						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 REFFRENCIADO)	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		
	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, tenestrada 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 componentes, de 5 mm., con largo de trabajo en el rango 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		
	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 accion, 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 rigido), 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.														

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		
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 laparoscopía adulto y 10.06.060 Pieloplastía 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														

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
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		
	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, 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.														

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		
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 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														

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		
	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 procedimientos: 10.06.013 Colectomía no asistida, 10.06.055 Cirugía 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														

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		
	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 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														

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		
	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.														
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,														

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		
	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, 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**														

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		
	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 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.														

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		
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 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														

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		
	Mixter reusable, rotable y desmontable, con punta angulada, diámetro de 5 mm., longitud de trabajo en el rango de 31 a 37 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,														

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		
	autoclavable.														
17	Tijera Metzembaun 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														

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		
	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 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														

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		
	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 cremallera, punta recta, longitud en el rango de 31 a 45 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		
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: 10.01.002 Artroscopia de muñeca/codo/tobillo sin implante.**														
1	Gancho palpador, para pequeñas articulaciones, con graduación.														

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	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 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														

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		
	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.														
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														

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		
	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 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														

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		
	cortante.(según tecnología del fabricante)														
20	Contenedor de esterilización compatible con instrumental de artroscopia 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														
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).														

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 fabrica. :e}	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	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).														
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														

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 X 35 a 40 cm. s/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 artroscopia 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														

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		
	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														
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 artroscopía 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	Guía de acceso para portal anterior														

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		
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														
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														

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 de cadera														
Endo Res 1	**Set de Endoscopia aparato respiratorio 1, para los procedimientos: 10.21.002 Broncoscopía 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 REFFRENCIADO)	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, 10.23.005 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 esfinterotomía biliar y colocación de prótesis biliar y pancreática básica adulto, 10.23.010														

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		
	Colangiografía con esfinterotomía 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 Gastrostomía endoscópica adulto, 10.23.020 Mucosectomía endoscópica de tubo digestivo, 10.23.022 Polipectomía de tubo digestivo alto y/o bajo adulto, 10.23.023 Colangiografía con esfinterotomía biliar y colocación de prótesis biliar y pancreática compleja, 10.23.024 Colangiografía retrógrada endoscópica para extracción de litos básica adulto y 10.23.025 Drenaje endoscópico de pseudoquiste pancreático.														
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														

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		
	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 tecnología de cada fabricante.														
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**														

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		
	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, 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														

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 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 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 Oftalmologia 2 de segmento posterior, para el**														

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		
	procedimiento: 10.12.008 Vitrectomía, 10.12.009 Facovitrectomía, 10.12.010 Vitrectomía con Endofotocoagulación* Y 10.12.91. 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, 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														

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		
	(reusable o desechable).														
10	Pinza de membranectomía 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 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														

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		
	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 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 sinoscopia, de diámetro externo de 5 mm., o diámetro interno en el														

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		
	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.														
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														

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		
	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-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,														

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 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 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														

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		
	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 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														

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) , 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 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 util 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														

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		
	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°. 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														

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		
	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.														
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,														

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		
	curvadas 45 grados a la izquierda, extrafinas, cuchara ovalada de 0.6 mm, longitud útil 10 cm														
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														

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		
	fabricante)														
15	Mango de aspiración de FISCH, con orificio de interrupción, cono LUER, longitud 5.5 cm, para utilizar con las cánulas de aspiración														
16	Tijeras de Bellucci 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 o frontal a elección del														

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		
	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.														
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 semirrigido.														
1.1	Diámetro de 6 fr. a 7.5 fr., visión de 0° a 6°, canal de trabajo de 3 fr. a 5 fr., longitud de 40 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 fab. cante)	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		
	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 Endourología pediátrica 5, para el procedimiento: 10.04.117 Litotricia pielocalicial pediátrica.**														
1	Ureteroscópio semirrígido: 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.														
Endouro Ped 7	**Set de Endourología pediátrica 7, para el procedimiento: 10.04.115 Uretrotomía interna pediátrica.**														

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	Uretrotomo que incluye: Óptica con angulo 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 Pieloureteroilitotomía por laparoscopía pediátrica, 10.06.150 Resección de quiste renal laparoscópico pediátrico, 10.06.160 Pieloplastía pediátrica y 10.06.161 Reimplante ureterovesical laparoscópico 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														

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		
	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 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														

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		
	20 a 33 cm.														
10	Pinza 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 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**														

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		
	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 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														

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 REFFRENCIADO)	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		
	absorbible o de poliuretano 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 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														

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		
	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 Cazayerli 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, 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,														

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 REFFRENCIADO)	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 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, (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														

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		
	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.														
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														

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		
	(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.														
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 Endoscopía aparato respiratorio pediátrico 3, para los procedimientos: 10.21.102 Broncoscopía con toma 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		
	cepillado pediátrica, 10.21.105 Extracción de cuerpo extraño aparato respiratorio pediátrica.														
1	Pinza para extracción de cuerpo extraño, tipo cocheariatera 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 Endoscopía tubo digestivo pediátrico 4, para los procedimientos: 10.22.102 Colonoscopía con toma de biopsia pediátrica, 10.22.106 Panendoscopía con toma de biopsia pediátrica, 10.23.101 Endoscopía de tubo digestivo para lesiones sangrantes no variceales pediátrica, 10.23.102 Endoscopía de tubo digestivo para lesiones sangrantes**														

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		
	variceales esofágicas con escleroterapia pediátrica, 10.23.103 Endoscopía de tubo digestivo para lesiones sangrantes variceales gastrointestinales pediátrica, 10.23.105 Colangiopancreatografía 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 Colangiografía 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 Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica para extracción de litos básica pediátrica.														
1	Pinza para biopsia														

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		
	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.														
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**														

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		
	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 Barraquer de alambre, de 9mm														
5	Gancho de Sinskey, 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														

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 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 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,**														

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		
	10.12.009 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.														
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.														

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	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° 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 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														

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 CE & CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	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 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.														

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 PROPROGA)	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		
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 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 equipo ofertado														
bcb24	Canastilla para litotricia y extracción de cálculos, 2 a 2.8														

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. 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., 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 hidrodiseccion endoscópica compatible 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		
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 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 colangiografía 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.														

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 L. 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		
bcb42	Catéter para manometría 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 polimero 5 mm. (Pza.)														
bcb48	Clips vasculares de polimero 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.														
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														

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		
	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 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														

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 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.														
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 endoláser y sistema óptico (filtros).														
bcb74	Engrapadora articulada lineal laparoscópica con corte 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		
	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.														
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 cartilago de 3.0 a 4 mm., diámetro por 10.5 a 12.5 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		
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, 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														

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		
	ureteral de alambre, con cubierta hidrofilica, 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 hidrofilica, 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 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.														

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 CATÁLOGO 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		
bcb101	Juego de dilatadores percutáneos del 8 al 20 fr. o de 8 a 30 fr.														
bcb102	Kit de Esfinterotomía por enteroscopía que incluye: Guía de alto rendimiento (o guía hidrofílica) de 450 a 600 cm de longitud y 0.035 de diámetro. Balón de extracción en el rango de 9 a 15 mm para enteroscopia 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 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														

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		
	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.														
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 poliglactina 910 O acido poliglicolico O 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 RE. ENCARADO)	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		
	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 incluiría en caso de que la pinza sea reusable, según tecnología del fabricante).														
bcb120	Pinza para Sellador de vasos compatible con equipo ofertado (no incluiría 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 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														

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		
	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 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														

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		
	para colocación.														
bcb133	Set de gastrostomia endoscópica percutánea, de colocación inicial estándar, 24 fr., por método de tracción y accesorios para colocación.														
bcb134	Set de ligadura variceal, 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: guia 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 2.9 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		
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 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														

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		
	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 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														

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 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 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 elastómero de silicón, con globo														

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 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 5 a 10 fr. X 5 a 10 cm., de longitud.														
bcb160	Sutura barbada 2-0 y 3-0 (calibre 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														

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., 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 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.,														

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		
bcb166	Trócares y camisas para cirugía laparoscópica, desechables y transparentes que permiten 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 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													
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 cartilago 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.													

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	
10.01.918	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 2.7mm 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 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 cartilago 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													

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	
	a 5 fr., de 40 a 70 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 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.													

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	
10.06.911	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 de 1/2 círculo o 3/4 círculo o 3/8 círculo, 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													

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	
	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 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, fistulas y sangrados 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,													

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	
	fistulas 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 abierta 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													
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 gastrostomia													

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	
	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 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 citología para vía biliar guiado de al menos 2.1 a 2.5 mm y longitud de 200 a 240 CM.													

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en el Estado de Puebla Jefatura de Servicios Administrativos Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	CONTRATO NÚMERO **D22SEI2302**

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 utiiizada, 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 puños, 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.

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en el Estado de Puebla Jefatura de Servicios Administrativos Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	CONTRATO NÚMERO **D22SEI2302**

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

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

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en el Estado de Puebla Jefatura de Servicios Administrativos Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	CONTRATO NÚMERO **D22SEI2302**

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		
CLAV	Nombre del Procedimiento:	

E		
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		

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en el Estado de Puebla Jefatura de Servicios Administrativos Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	CONTRATO NÚMERO **D22SEI2302**

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

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en el Estado de Puebla Jefatura de Servicios Administrativos Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	CONTRATO NÚMERO **D22SEI2302**

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

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en el Estado de Puebla Jefatura de Servicios Administrativos Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	CONTRATO NÚMERO **D22SEI2302**

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)

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".

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 2019.

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.

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".

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.

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".

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

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".

ANEXO 2 (Dos)

"Documento de Designación de Administrador del Contrato"

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA EN EL ESTADO DE PUEBLA
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

ANEXO OCHO

Fecha: 14 de Noviembre de 2022.

Of. Ref. JPM/CAOA/229001200100/1704/2022

ASUNTO: Requerimiento del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión del 01 de enero al 06 de Junio de 2023.
Régimen Ordinario

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

En relación al **"Requerimiento del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión del 01 de enero al 06 de Junio de 2023** 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:	DOCTOR ULISES CRUZ APANCO
Cargo:	TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
Matrícula:	99711203
Unidad de Adscripción:	OOAD PUEBLA

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:	DOCTOR ADRIAN CARMEN CRUZ ATENCO
Cargo:	JEFE DE SERVICIO DE CIRUGIA
Matrícula:	11668962
Unidad de Adscripción:	H.C.Z. No.20

2022 Ricardo Flores Magón

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA EN EL ESTADO DE PUEBLA
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

Fecha: 14 de Noviembre de 2022.

Of. Ref. JPM/CAOA/229001200100/1704/2022

Responsable de formalizar la recepción de los bienes y/o servicios:	
Nombre Completo:	DOCTOR ADRIAN CARMEN CRUZ ATENCO
Cargo:	JEFE DE SERVICIO DE CIRUGIA
Matrícula:	11668962
Unidad de Adscripción:	H.G.Z. No.20

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

Atentamente
"Seguridad y Solidaridad Social"

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

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

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".

Anexo 3 (tres)
"Propuesta económica"

PARTIDA	PAQUETE	DEL	OOAD / UMAE	TIPO	CLAVE	DESCRIPCION	CANTIDAD MÍNIMA [10]	CANTIDAD MÁXIMA [11]	PRECIO UNITARIO [12]	IMPORTE MÍNIMO SIN IVA [13]	IMPORTE MÁXIMO SIN IVA [14]
5	1	22	Puebla	HGZ	10.03.001	Histeroscopía básica.	2	4	$ 5,448.00	$ 10,896.00	$ 21,792.00
5	1	22	Puebla	HGZ	10.03.002	Histeroscopía operatoria.	2	4	$ 5,787.00	$ 11,574.00	$ 23,148.00
5	1	22	Puebla	HGZ	10.04.001	Cistoscopia adulto.	4	10	$ 5,593.00	$ 22,372.00	$ 55,930.00
5	1	22	Puebla	HGZ	10.04.011	Resección transuretral de próstata/vejiga RTUP/RTUV/RTUC.	12	29	$ 6,561.00	$ 78,732.00	$ 190,269.00
5	1	22	Puebla	HGZ	10.04.015	Uretrotomía interna adulto.	2	5	$ 5,399.00	$ 10,798.00	$ 26,995.00
5	1	22	Puebla	HGZ	10.04.018	Litotricia ureteral rígida adulto.	7	17	$ 9,877.00	$ 69,139.00	$ 167,909.00
5	1	22	Puebla	HGZ	10.04.020	Litotricia ureteral flexible adulto (láser).	2	4	$ 11,274.00	$ 22,548.00	$ 45,096.00
5	1	22	Puebla	HGZ	10.04.021	Cistoscopia para retiro de catéter Doble J	7	17	$ 5,593.00	$ 39,151.00	$ 95,081.00
5	1	22	Puebla	HGZ	10.06.002	Apendicetomía laparoscópica adulto.	3	6	$ 6,410.00	$ 19,230.00	$ 38,460.00
5	1	22	Puebla	HGZ	10.06.010	Colecistectomía laparoscópica adulto.	34	83	$ 7,202.00	$ 244,868.00	$ 597,766.00
5	1	22	Puebla	HGZ	10.06.026	Laparoscopía diagnóstica adulto.	2	5	$ 5,102.00	$ 10,204.00	$ 25,510.00
						BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIO					
5	1	22	Puebla	HGZ 20 Puebla	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	1	1	$ 210.00	$ 210.00	$ 210.00

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".

PARTIDA	PAQUETE	DEL	OOAD / UMAE	TIPO	CLAVE	DESCRIPCION	CANTIDAD MÍNIMA [10]	CANTIDAD MÁXIMA [11]	PRECIO UNITARIO [12]	IMPORTE MÍNIMO SIN IVA [13]	IMPORTE MÁXIMO SIN IVA [14]
						y 30 ml., estéril y desechable, tipo Foley de dos ó tres vías, calibres: 14, 16, 18, 20, 22 y 24 fr.					
5	1	22	Puebla	HGZ 20 Puebla	10.04.906	Set ó equipo de catéteres ureterales doble "J", radiopaco, consta de: guía metálica de alambre afinado en espiral, longitud de 24 a 26 cm., catéter ureteral de poliuretano 4.7 fr. a 7 fr., longitud de 70 cm., posicionador de vinil de 4.7 fr. a 7 fr., de 50 cm., de longitud.	1	1	$ 2,492.00	$ 2,492.00	$ 2,492.00
5	1	22	Puebla	HGZ 20 Puebla	10.04.909	Catéter ureteral para pielografía retrógrada de 3 a 5 fr., de 40 a 70 cm. de longitud.	1	1	$ 389.00	$ 389.00	$ 389.00
5	1	22	Puebla	HGZ 20 Puebla	10.04.912	Dilatador ureteral de balón, hidráulico de 6 fr. X 10 cm., incluye sistema de inflado.	1	1	$ 5,402.00	$ 5,402.00	$ 5,402.00
5	1	22	Puebla	HGZ 20 Puebla	10.04.916	Canastilla de Dormia de nitinol de 1.8 a 3 fr. (Ureterolito láser flexible).	1	1	$ 4,360.00	$ 4,360.00	$ 4,360.00
5	1	22	Puebla	HGZ 20 Puebla	10.04.920	Guía de alambre de nitinol de 0.035" a 0.038", 145 a 150 cm.	1	1	$ 1,133.00	$ 1,133.00	$ 1,133.00

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".

PARTIDA	PAQUETE	DEL	OOAD / UMAE	TIPO	CLAVE	DESCRIPCION	CANTIDAD MÍNIMA [10]	CANTIDAD MÁXIMA [11]	PRECIO UNITARIO [12]	IMPORTE MÍNIMO SIN IVA [13]	IMPORTE MÁXIMO SIN IVA [14]
5	1	22	Puebla	HGZ 20 Puebla	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	$ 3,827.00	$ 3,827.00	$ 3,827.00
5	1	22	Puebla	HGZ 20 Puebla	10.04.925	Balón dilatador ureteral calibre 3.8 fr. X 10 cm., o 4 fr. X 10 cm.	1	1	$ 5,029.00	$ 5,029.00	$ 5,029.00
5	1	22	Puebla	HGZ 20 Puebla	10.06.911	Paquete de clips para cirugía laparoscópica, de titanio, estéril, desechable, tamaños: mediano ó mediano/largo.	1	1	$ 185.00	$ 185.00	$ 185.00
									SUBTOTAL	$ 562,539.00	$ 1,310,980.00
									IVA	$ 90,006.24	$ 209,757.28
									TOTAL	$ 652,545.24	$ 1,520,740.28

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".

Anexo 4 (cuatro)

Convenio de Participación Conjunta

Vitalmex MEDICAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO	LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS DE LIBRE COMERCIO NÚMERO LA-050GYR006-E571-2022 "SERVICIO MÉDICO INTEGRAL PARA PROCEDIMIENTOS DE MINIMA INVASIÓN" (ELECTRÓNICA)
	TLALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MÉXICO, A 21 DE DICIEMBRE DE 2022.

DE MÉXICO, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, BAJO EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO 283,046.

- MODIFICACIONES A LA ESCRITURA CONSTITUTIVA SEGÚN RESOLUCIONES ADOPTADAS DE FORMA UNÁNIME Y POR ESCRITO DE PARTE DE LOS ACCIONISTAS DE FECHA 26 DE JUNIO DE 2018, MEDIANTE LA CUAL, ENTRE OTROS, SE MODIFICARON DE FORMA ÍNTEGRA LOS ESTATUTOS SOCIALES, MISMA QUE SE PROTOCOLIZÓ MEDIANTE ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 58,417 DE FECHA 26 DE JUNIO DE 2018, OTORGADA ANTE LA FE DEL LICENCIADO MARCO ANTONIO ESPINOZA ROMMYNGTH, TITULAR DE LA NOTARÍA PÚBLICA NÚMERO 97 DE LA CIUDAD DE MÉXICO, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, BAJO EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO 283,046.

LOS NOMBRES DE SUS SOCIOS SON **CONTROLADORA TEMPUS, S.A. DE C.V. CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CTE180316LH8; Y, BANCO MONEX, S.A., INSTITUCIÓN DE BANCA MÚLTIPLE, MONEX GRUPO FINANCIERO, COMO FIDUCIARIO DEL FIDEICOMISO IRREVOCABLE DE ADMINISTRACION NÚMERO F/5100 CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES BM!970413PA, LA ESTRUCTURA ACCIONARIA SEÑALADA SE DESPRENDE DE LA ESCRITURA NÚMERO 62,974 DE FECHA 23 DE SEPTIEMBRE DE 2020, OTORGADA ANTE LA FE DEL NOTARIO NO. 97 DE LA CIUDAD DE MÉXICO, LIC. MARCO ANTONIO ESPINOZA ROMMYNGTH, MISMA QUE POR EL CONTENIDO DE LA ASAMBLEA NO SE CONSIDERA UNA REFORMA AL ESTATUTO SOCIAL.**

1.2. TIENE LOS SIGUIENTES REGISTROS OFICIALES: REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO **GVI011127M52** Y REGISTRO PATRONAL ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL NÚMERO **C5364525100**.

1.3. SU REPRESENTANTE LEGAL CON EL CARÁCTER YA MENCIONADO, CUENTA CON LAS FACULTADES NECESARIAS PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE CONVENIO, DE CONFORMIDAD CON EL CONTENIDO DEL TESTIMONIO DE LA **ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 56,714 DE FECHA 12 DE OCTUBRE DE 2017, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. MARCO ANTONIO ESPINOZA ROMMYNGTH NOTARIO PÚBLICO NÚMERO 97, DEL DISTRITO FEDERAL, HOY CIUDAD DE MÉXICO**, MANIFESTANDO "BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD", QUE DICHAS FACULTADES NO LE HAN SIDO REVOCADAS, NI LIMITADAS O MODIFICADAS EN FORMA ALGUNA, A LA FECHA EN QUE SE SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

EL DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL ES EL UBICADO EN **AVENIDA INDUSTRIA ELÉCTRICA DE MÉXICO NÚMERO 3, COLONIA SAN PEDRO BARRIENTOS, TLALNEPANTLA DE BAZ, CÓDIGO POSTAL 54010, ESTADO**

2

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".

Vitalmex

PEDICAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO	LICITACION PUBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS DE LIBRE COMERCIO NUMERO LA-050GYR006-E571-2021 "SERVICIO MEDICO INTEGRAL PARA PROCEDIMIENTOS DE MINIMA INVASION" (ELECTRONICA) TLALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MEXICO, A 21 DE DICIEMBRE DE 2021

DE MÉXICO, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, BAJO EL FOLIO MERCANTIL NUMERO 283,046.

- MODIFICACIONES A LA ESCRITURA CONSTITUTIVA, SEGÚN RESOLUCIONES ADOPTADAS DE FORMA UNÁNIME Y POR ESCRITO, DE PARTE DE LOS ACCIONISTAS DE FECHA 26 DE JUNIO DE 2018, MEDIANTE LA CUAL, ENTRE OTROS, SE MODIFICARON DE FORMA ÍNTEGRA LOS ESTATUTOS SOCIALES MISMA QUE SE PROTOCOLIZÓ MEDIANTE ESCRITURA PÚBLICA NUMERO 58,417 DE FECHA 26 DE JUNIO DE 2018, OTORGADA ANTE LA FE DEL LICENCIADO MARCO ANTONIO ESPINOZA ROMMYNGTH, TITULAR DE LA NOTARÍA PÚBLICA NÚMERO 97 DE LA CIUDAD DE MÉXICO, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, BAJO EL FOLIO MERCANTIL NUMERO 283,046.

LOS NOMBRES DE SUS SOCIOS SON: **CONTROLADORA TEMPUS, S.A. DE C.V. CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CTE180316LH9; Y, BANCO MONEX, S.A., INSTITUCIÓN DE BANCA MÚLTIPLE, MONEX GRUPO FINANCIERO, COMO FIDUCIARIO DEL FIDEICOMISO IRREVOCABLE DE ADMINISTRACIÓN NÚMERO F/5100 CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES BMI9704113PA, LA ESTRUCTURA ACCIONARIA SEÑALADA SE DESPRENDE DE LA ESCRITURA NÚMERO 62,974 DE FECHA 23 DE SEPTIEMBRE DE 2020, OTORGADA ANTE LA FE DEL NOTARIO NO. 97 DE LA CIUDAD DE MÉXICO, LIC. MARCO ANTONIO ESPINOZA ROMMYNGTH, MISMA QUE POR EL CONTENIDO DE LA ASAMBLEA NO SE CONSIDERA UNA REFORMA AL ESTATUTO SOCIAL.**

II.2 TIENE LOS SIGUIENTES REGISTROS OFICIALES: REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO GVI911127M52 Y REGISTRO PATRONAL ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL NÚMERO C8354525100.

II.3 SU REPRESENTANTE LEGAL CON EL CARÁCTER YA MENCIONADO, CUENTA CON LAS FACULTADES NECESARIAS PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE CONVENIO DE CONFORMIDAD CON EL CONTENIDO DEL TESTIMONIO DE LA **ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 56,714 DE FECHA 12 DE OCTUBRE DE 2017, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. MARCO ANTONIO ESPINOZA ROMMYNGTH, NOTARIO PÚBLICO NUMERO 97, DEL DISTRITO FEDERAL, HOY CIUDAD DE MÉXICO,** MANIFESTANDO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE DICHAS FACULTADES NO LE HAN SIDO REVOCADAS, NI LIMITADAS O MODIFICADAS EN FORMA ALGUNA A LA FECHA EN QUE SE SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

II.4 EL DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL ES EL UBICADO EN AVENIDA INDUSTRIA ELECTRICA DE MEXICO NUMERO 3, COLONIA SAN PEDRO BARRIENTOS, TLALNEPANTLA DE BAZ, CODIGO POSTAL 54010, ESTADO

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".

VIRGINICA MEDICAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO	LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS DE LIBRE COMERCIO NÚMERO LA-050GYR008-E571-2022 "SERVICIO MÉDICO INTEGRAL PARA PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN" (ELECTRÓNICA)
	TLALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MÉXICO, A 21 DE DICIEMBRE DE 2022.

DE MÉXICO

I.4 SU OBJETO SOCIAL ENTRE OTROS CORRESPONDE A: ADMINISTRAR TODO TIPO DE SOCIEDADES EMPRESAS O NEGOCIOS Y PRESTAR TODA CLASE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS, TECNICOS E INDUSTRIALES, POR LO QUE CUENTA CON LOS RECURSOS FINANCIEROS, TECNICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS POR LO QUE CUENTA CON LOS RECURSOS FINANCIEROS, TECNICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS PARA OBLIGARSE EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE ESTIPULAN EN EL PRESENTE CONVENIO.

I.5 SEÑALA COMO DOMICILIO LEGAL PARA TODOS LOS EFECTOS QUE DERIVEN DEL PRESENTE CONVENIO, EL UBICADO EN AVENIDA INDUSTRIA ELECTRICA DE MÉXICO NÚMERO 3, COLONIA SAN PEDRO BARRIENTOS, TLALNEPANTLA DE BAZ, CÓDIGO POSTAL 54010, ESTADO DE MÉXICO.

II.- EL PARTICIPANTE B DECLARA QUE:

II.1 ES UNA SOCIEDAD LEGALMENTE CONSTITUIDA DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES MEXICANAS, SEGÚN CONSTA EN EL TESTIMONIO DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 142,415 DE FECHA 24 DE ENERO DE 1986, PASADA ANTE LA FE DEL LICENCIADO MARIO MONROY ESTRADA, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO 91 DE LA CIUDAD DE MÉXICO, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DE COMERCIO DEL DISTRITO FEDERAL, BAJO EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO 86,852, DE FECHA 09 DE MAYO DE 1986.

EL ACTA CONSTITUTIVA DE LA SOCIEDAD NO HA TENIDO REFORMAS Y MODIFICACIONES.

LOS NOMBRES DE SUS SOCIOS SON: FERNANDO AMIGO CASTAÑEDA, CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES AICF-5702207LO Y MA. DEL CARMEN SORDO VILLALÓN CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES SOVC-570220-7LO.

II.2 TIENE LOS SIGUIENTES REGISTROS OFICIALES: REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO **END860130349** Y REGISTRO PATRONAL ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL NÚMERO **B1219829103**.

II.3 SU REPRESENTANTE LEGAL CON EL CARÁCTER YA MENCIONADO CUENTA CON LAS FACULTADES NECESARIAS PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE CONVENIO DE CONFORMIDAD CON EL CONTENIDO DEL TESTIMONIO DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 106,036 DE FECHA 17 DE AGOSTO DE 2016, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. JOSÉ LUIS QUEVEDO SALCEDA, NOTARIO

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".

Vitalmex

MEDICAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO	LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS DE LIBRE COMERCIO NUMERO LA-050GYR006-E571-2022 "SERVICIO MEDICO INTEGRAL PARA PROCEDIMIENTOS DE MINIMA INVASION" (ELECTRONICA) TLALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MEXICO, A 21 DE DICIEMBRE DE 2022

PUBLICO NUMERO 99 DE LA CIUDAD DE MEXICO, INSCRITO EN EL REGISTRO PUBLICO DE COMERCIO DEL DISTRITO FEDERAL, BAJO EL FOLIO MERCANT MANIFESTANDO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE DICHAS FACULTADES NO LE HAN SIDO REVOCADAS, NI LIMITADAS O MODIFICADAS EN FORMA ALGUNA, A LA FECHA EN QUE SE SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO JURIDICO.

EL DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL ES EL UBICADO EN MONTE IRAZU 189, COLONIA LOMAS DE CHAPULTEPEC, ALCALDÍA MIGUEL HIDALGO, CÓDIGO POSTAL 11000, CIUDAD DE MEXICO

2.4 SU OBJETO SOCIAL, ENTRE OTROS CORRESPONDE A: FABRICACIÓN COMPRA, VENTA ALQUILER Y EN GENERAL LA EXPLOTACIÓN DE EQUIPOS MEDICO E INDUSTRIA ... LA FABRICACIÓN, EXPLOTACIÓN Y EN GENERAL LA CELEBRACIÓN DE CUALQUIER ACTO DE COMERCIO EN RELACIÓN CON MOBILIARIO Y EQUIPO DE OFICINA, POR LO QUE CUENTA CON LOS RECURSOS FINANCIEROS, TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS PARA OBLIGARSE EN LOS TERMINOS Y CONDICIONES QUE SE ESTIPULAN EN EL PRESENTE CONVENIO

2.5 SEÑALA COMO DOMICILIO LEGAL PARA TODOS LOS EFECTOS QUE DERIVEN DEL PRESENTE CONVENIO, EL UBICADO EN MONTE IRAZU 189, COLONIA LOMAS DE CHAPULTEPEC, ALCALDÍA MIGUEL HIDALGO, CODIGO POSTAL 11000, CIUDAD DE MEXICO

3 EL PARTICIPANTE C DECLARA QUE

3.1 ES UNA SOCIEDAD LEGALMENTE CONSTITUIDA, DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES MEXICANAS, SEGÚN CONSTA EN EL TESTIMONIO DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 86,835 DE FECHA 24 DE ABRIL DE 2006 PASADA ANTE LA FE DEL LIC. JOSÉ LUIS QUEVEDO SALCEDA, NOTARIO PUBLICO NÚMERO 99 DEL DISTRITO FEDERAL, HOY CIUDAD DE MÉXICO, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DE COMERCIO DEL DISTRITO FEDERAL, BAJO EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO 348,696

EL ACTA CONSTITUTIVA DE LA SOCIEDAD SI HA TENIDO REFORMAS Y MODIFICACIONES

- ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 89,702 DE FECHA 07 DE DICIEMBRE DE 2007, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. JOSÉ LUIS QUEVEDO SALCEDA, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO 99 DE LA CIUDAD DE MÉXICO, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO CON EL NÚMERO 3346595, DE FECHA 17 DE MAYO DE 2008.
- ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 93,146 DE FECHA 08 DE DICIEMBRE

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".

DE 2009, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. JOSE LUIS QUEVEDO SALCEDA, NOTARIO PÚBLICO NUMERO 99 DE LA CIUDAD DE MÉXICO, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO, CON EL NUMERO 3348695, DE FECHA 17 DE MAYO DE 2006.

- ESCRITURA PUBLICA NUMERO 101,641 DE FECHA 26 DE JUNIO DE 2014, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. JOSE LUIS QUEVEDO SALCEDA, NOTARIO PUBLICO NUMERO 99 DE LA CIUDAD DE MÉXICO, E INSCRITA EN EL REGISTRO PUBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO, CON EL NUMERO 3348695, DE FECHA 17 DE MAYO DE 2006.

LOS NOMBRES DE SUS SOCIOS SON JORGE HUERTA ORTIZ CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES HUOJ-741011-4W7, LUIS PEREZ SOLIS CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES PESL-720916-8X2 Y LILIA VÁZQUEZ ROMERO CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES VARL-680324-6P4.

II.2 TIENE LOS SIGUIENTES REGISTROS OFICIALES: REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NUMERO MSC060428T1A Y REGISTRO PATRONAL ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL NUMERO Y5439746103.

II.3 SU REPRESENTANTE LEGAL CON EL CARACTER YA MENCIONADO CUENTA CON LAS FACULTADES NECESARIAS PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE CONVENIO, DE CONFORMIDAD CON EL CONTENIDO DEL TESTIMONIO DE LA ESCRITURA PÚBLICA NUMERO 91,797 DE FECHA 05 DE AGOSTO DE 2013, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. JOSE LUIS QUEVEDO SALCEDA, NOTARIO PUBLICO 99 DEL DISTRITO FEDERAL, HOY CIUDAD DE MEXICO, MANIFESTANDO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE DICHAS FACULTADES NO LE HAN SIDO REVOCADAS, NI LIMITADAS O MODIFICADAS EN FORMA ALGUNA, A LA FECHA EN QUE SE SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO JURIDICO.

EL DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL ES EL UBICADO EN MONTE IRAZU 189, COLONIA LOMAS DE CHAPULTEPEC, ALCALDÍA MIGUEL HIDALGO, CÓDIGO POSTAL 11000, CIUDAD DE MEXICO.

II.4 SU OBJETO SOCIAL ENTRE OTROS CORRESPONDE A: FABRICACION, ADQUISICIÓN, COMPRA VENTA, IMPORTACIÓN, EXPORTACIÓN, ARRENDAMIENTO ENAJENACIÓN REPARACIÓN O COMERCIALIZACIÓN DE TODA CLASE DE EQUIPO MÉDICO, APARATOS PARA LABORATORIO, ASI COMO PARA LA INVESTIGACIÓN MÉDICA, QUIMICA, BIOLÓGICA Y DE TODA INDOLE CIENTIFICA., EQUIPOS INDUSTRIALES Y DE COMPUTO Y PROGRAMAS DE COMPUTADORAS DE EQUIPOS ELECTRICOS Y ELECTRÓNICOS Y SUS ACCESORIOS. POR LO QUE CUENTA CON LOS RECURSOS FINANCIEROS, TECNICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS

"Este instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".

ADMINISTRATIVOS, ECONÓMICOS Y FINANCIEROS PARA PRESENTAR PROPOSICIÓN TÉCNICA Y ECONÓMICA EN LA LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS DE LIBRE COMERCIO NÚMERO LA-050GYR005-E571-2022 "SERVICIO MÉDICO INTEGRAL PARA PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN" (ELECTRÓNICA) Y EN CASO DE SER ADJUDICATARIOS DEL CONTRATO SE OBLIGAN A PRESTAR EL SERVICIO OBJETO DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN, CON LA PARTICIPACIÓN SIGUIENTE

"PARTICIPANTE A" SE OBLIGA A REALIZAR EL SERVICIO OBJETO DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN DE CONFORMIDAD CON LA DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO SEÑALADO EN LA CONVOCATORIA DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN Y SUS ANEXOS. ADEMÁS DE LO ANTERIOR, SE OBLIGA A PROPORCIONAR EL DOCUMENTO DONDE SE ACREDITE LA CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015 O ISO 13485:2016 EN SERVICIOS INTEGRALES VIGENTES Y LOS QUE SEAN NECESARIOS, CONFORME A LA CONVOCATORIA Y SUS ANEXOS DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN.

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".

Grupo Vitalmex MEDICAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO	LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS DE LIBRE COMERCIO NUMERO LA-050GYR006-E371-2022 "SERVICIO MEDICO INTEGRAL PARA PROCEDIMIENTOS DE MINIMA INVASION" (ELECTRÓNICA)
	TLALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MÉXICO, A 21 DE DICIEMBRE DE 2022.

60) Primer Apellido Médico Tratante.
61) Segundo Apellido Médico Tratante.
62) Matrícula Médico Tratante.
63) CLAVSI del Procedimiento.
64) Tipo de procedimiento.
65) Motivo reprogramación.
66) Precio Unitario del Procedimiento.
67) Por cada Bien de Consumo Requerido del Procedimiento.
    a. CLAVSI de Bien de Consumo Requerido del Procedimiento.
    b. Lote de Bien de Consumo Requerido del Procedimiento.
    c. Cantidad de Bien de Consumo Requerido del Procedimiento.
68) Por cada Bien de Consumo Complementario.
    a. CLAVSI de Bien de Consumo Complementario.
    b. Lote de Bien de Consumo Complementario.
    c. Cantidad de Bien de Consumo Complementario.
    d. Precio Unitario del Bien de Consumo Complementario.
69) Incidencia.
    a. Fechas (dd/mm/aaaa).
    b. Breve descripción incidencia.

12. **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 falló 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 36 Bis Fracción I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, el Instituto se reserva el derecho de autenticar los documentos presentados en cualquier momento.

SEGUNDA.- REPRESENTANTE COMÚN Y OBLIGADO SOLIDARIO.

"LAS PARTES" ACEPTAN EXPRESAMENTE EN DESIGNAR COMO REPRESENTANTE COMÚN AL **"PARTICIPANTE A" GRUPO VITALMEX, S.A. DE C.V.**, A TRAVÉS DEL PRESENTE INSTRUMENTO, OTORGÁNDOLE PODER AMPLIO Y SUFICIENTE, PARA ATENDER TODO LO RELACIONADO CON LAS PROPOSICIONES TÉCNICA Y ECONÓMICA EN LA LICITACIÓN PÚBLICA, ASÍ COMO PARA SUSCRIBIR DICHAS PROPOSICIONES Y PARA CUALQUIER ACTO DERIVADO DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN.

ASIMISMO, CONVIENEN ENTRE SI EN CONSTITUIRSE EN FORMA CONJUNTA Y SOLIDARIA

97

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".

Grupo Vitalmex MEDICAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO	LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS DE LIBRE COMERCIO NUMERO LA-050GYR006-E571-2022 "SERVICIO MÉDICO INTEGRAL PARA PROCEDIMIENTOS DE MINIMA INVASIÓN" (ELECTRÓNICA)
	TLALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MÉXICO, A 21 DE DICIEMBRE DE 2022.

PARA COMPROMETERSE POR CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE CONVENIO, CON RELACIÓN AL CONTRATO QUE SUS REPRESENTANTES LEGALES FIRMEN CON EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DERIVADO DE LA LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS DE LIBRE COMERCIO NÚMERO LA-050GYR006-E571-2022 "SERVICIO MÉDICO INTEGRAL PARA PROCEDIMIENTOS DE MINIMA INVASIÓN" (ELECTRÓNICA), ACEPTANDO EXPRESAMENTE EN RESPONDER ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL POR LAS PROPOSICIONES QUE SE PRESENTEN Y, EN SU CASO, DE LAS OBLIGACIONES QUE DERIVEN DE LA ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO RESPECTIVO.

TERCERA.- DEL COBRO DE LAS FACTURAS.

"LAS PARTES" CONVIENEN EXPRESAMENTE, QUE **EL "PARTICIPANTE A" GRUPO VITALMEX, S.A. DE C.V. ESTARÁ FACULTADO PARA EFECTUAR EL COBRO DE LAS FACTURAS RELATIVAS AL SERVICIO QUE SE PRESTE AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**, CON MOTIVO DEL CONTRATO QUE SE DERIVE DE LA LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS DE LIBRE COMERCIO NÚMERO LA-050GYR006-E571-2022, SERVICIO MÉDICO INTEGRAL PARA PROCEDIMIENTOS DE MINIMA INVASIÓN" (ELECTRÓNICA).

CUARTA.- VIGENCIA.

"LAS PARTES" CONVIENEN, EN QUE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONVENIO SERÁ EL DEL PERÍODO DURANTE EL CUAL SE DESARROLLE EL PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS DE LIBRE COMERCIO NÚMERO LA-050GYR006-E571-2022 "SERVICIO MÉDICO INTEGRAL PARA PROCEDIMIENTOS DE MINIMA INVASIÓN" (ELECTRÓNICA), INCLUYENDO, EN SU CASO, DE RESULTAR ADJUDICADOS DEL CONTRATO, EL PLAZO QUE SE ESTIPULE EN ESTE Y EL QUE PUDIERA RESULTAR DE CONVENIOS DE MODIFICACIÓN.

QUINTA.- OBLIGACIONES.

"LAS PARTES" CONVIENEN EN QUE EN EL SUPUESTO DE QUE CUALQUIERA DE ELLAS QUE SE DECLARE EN QUIEBRA O EN SUSPENSIÓN DE PAGOS, NO LAS LIBERA DE CUMPLIR CON SUS OBLIGACIONES, POR LO QUE CUALQUIERA DE ELLAS QUE SUBSISTA, ACEPTA Y SE OBLIGA EXPRESAMENTE A RESPONDER SOLIDARIAMENTE DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES A QUE HUBIERE LUGAR.

"LAS PARTES" ACEPTAN Y SE OBLIGAN A PROTOCOLIZAR ANTE NOTARIO PÚBLICO EL PRESENTE CONVENIO, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADOS DEL CONTRATO QUE SE DERIVE DEL FALLO EMITIDO EN LA LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS DE LIBRE COMERCIO NÚMERO LA-050GYR006-E571-2022 "SERVICIO MÉDICO INTEGRAL PARA PROCEDIMIENTOS DE MINIMA INVASIÓN"

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".

Vitalmex MEDICAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO	LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS DE LIBRE COMERCIO NÚMERO LA-050GYR006-E571-2022 "SERVICIO MEDICO INTEGRAL PARA PROCEDIMIENTOS DE MINIMA INVASIÓN" (ELECTRÓNICA)
	TLALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MÉXICO, A 21 DE DICIEMBRE DE 2022.

(ELECTRÓNICA) EN QUE PARTICIPAN Y, QUE EL PRESENTE INSTRUMENTO, DEBIDAMENTE PROTOCOLIZADO, FORMARÁ PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO QUE SUSCRIBAN LOS REPRESENTANTES LEGALES DE CADA INTEGRANTE Y EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

LEÍDO QUE FUE EL PRESENTE CONVENIO POR "LAS PARTES" Y ENTERADOS DE SU ALCANCE Y EFECTOS LEGALES, ACEPTANDO QUE NO EXISTIÓ ERROR, DOLO, VIOLENCIA O MALA FE, LO RATIFICAN Y FIRMAN, DE CONFORMIDAD EN TLALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MÉXICO, EL DÍA 21 DE DICIEMBRE DE 2022.

EL "PARTICIPANTE A"

ERIKA MAYELA MENESES CAZARES
REPRESENTANTE LEGAL DE GRUPO VITALMEX, S.A. DE C.V.

EL "PARTICIPANTE B"

RICARDO MORENO MARTÍNEZ
REPRESENTANTE LEGAL DE ENDOMÉDICA, S.A. DE C.V.

EL "PARTICIPANTE C"

MARIANA RIVERA WELSH
REPRESENTANTE LEGAL DE MEDICAL SCOPE, S.A. DE C.V.

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".

Anexo 5 (cinco)
"Formato de fianza"

FORMATO PARA FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO

AFIANZADORA:
Denominación social: _____, en lo sucesivo la "Afianzadora"
Domicilio: _____.
Autorización del Gobierno Federal para operar: _____ (Número de oficio y fecha).

BENEFICIARIA:
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, en lo sucesivo "la Beneficiaria".
Domicilio: _____.
A "la Contratante" y a "la Beneficiaria" se les podrá enviar la fianza a los correos electrónicos _____ y _____.

FIADO (S): (En caso de proposición conjunta, el nombre y datos de cada uno de ellos)
Nombre o denominación social: _____.
RFC: _____.
Domicilio: _____ (El mismo que aparezca en el contrato principal).

DATOS DE LA PÓLIZA:
Número: _____ (Número asignado por la "Afianzadora").
Monto Afianzado: _____ (Con letra y número, sin incluir el Impuesto al Valor Agregado).
Moneda: _____.
Fecha de expedición: _____.
Obligación garantizada: El cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el contrato en los términos de la Cláusula PRIMERA de la presente póliza de fianza.
Naturaleza de las Obligaciones: La obligación garantizada será indivisible y en caso de presentarse algún incumplimiento se hará efectiva por el monto total de las obligaciones garantizadas.

DATOS DEL CONTRATO O PEDIDO, EN LO SUCESIVO EL "CONTRATO":
Número asignado por "la Contratante": _____.
Objeto: _____.
Monto del Contrato: (Con número y letra, sin el Impuesto al Valor Agregado)
Moneda: _____.
Vigencia:_____.
Fecha de suscripción: _____.
Tipo: Servicios.
Obligación contractual para la garantía de cumplimiento: Indivisible, conforme a lo estipulado en el contrato.
Procedimiento al que se sujetará la presente póliza de fianza para hacerla efectiva: El previsto en el artículo 279 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.
Competencia y Jurisdicción: Para todo lo relacionado con la presente póliza, el fiado, el fiador y cualesquier otro obligado, así como "la Beneficiaria", se someterán a la jurisdicción y competencia de los tribunales federales de _____ (precisar el lugar), renunciando al fuero que pudiera corresponderle en razón de su domicilio o por cualquier otra causa.

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".

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

La validación de la presente fianza se podrá realizar en la dirección electrónica www.amig.org.mx

_____ (Nombre del representante de la Afianzadora), representante legal de la "Afianzadora".

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

PRIMERA.- OBLIGACIÓN GARANTIZADA.

Esta póliza de fianza garantiza el cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el "Contrato" a que se refiere esta póliza y en sus convenios modificatorios que se hayan realizado o a los anexos del mismo, cuando no rebasen el porcentaje de ampliación indicado en la cláusula siguiente.

SEGUNDA.- MONTO AFIANZADO.

La "Afianzadora", se compromete a pagar a la Beneficiaria, hasta el monto de esta póliza, que es de $ _____ (_____ /100 moneda nacional) (el monto no deberá incluir el Impuesto al Valor Agregado) que representa el 10% (diez por ciento) del _____ (monto máximo establecido para el ejercicio fiscal ____ que corresponda, o en su caso, del valor del "Contrato".

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

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

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

TERCERA.- INDEMNIZACIÓN POR MORA.

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

CUARTA.- VIGENCIA.

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".

La fianza permanecerá vigente hasta que se dé cumplimiento a la o las obligaciones que garantice en los términos del "Contrato" y continuará vigente en caso de que "la Contratante" otorgue prórroga o espera al cumplimiento del "Contrato", en los términos de la siguiente cláusula.

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

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

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

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

La "Afianzadora" acepta expresamente garantizar la obligación a que esta póliza se refiere, aún en el caso de que se otorgue prórroga, espera o ampliación al fiado por parte de la "Contratante" para el cumplimiento total de las obligaciones que se garantizan, por lo que no se actualiza el supuesto de extinción de fianza previsto en el artículo 179 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, sin que se entienda novada la obligación.

SEXTA.- SUPUESTOS DE SUSPENSIÓN.

Para garantizar el cumplimiento del "Contrato", cuando concurran los supuestos de suspensión en los términos de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento y demás disposiciones aplicables, "la Contratante" deberá emitir el o las actas circunstanciadas y, en su caso, las constancias a que haya lugar. En estos supuestos, a petición del fiado, la "Afianzadora" otorgará el o los endosos conducentes, conforme a lo estatuido en el artículo 166 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para lo cual bastará que el fiado exhiba a la "Afianzadora" dichos documentos expedidos por "la Contratante".

El aplazamiento derivado de la interposición de recursos administrativos y medios de defensa legales, no modifica o altera el plazo de ejecución inicialmente pactado, por lo que subsistirán inalterados los términos y condiciones originalmente previstos, entendiendo que los endosos que emita la "Afianzadora" por cualquiera de los supuestos referidos, formarán parte en su conjunto, solidaria e inseparable de la póliza inicial.

SÉPTIMA.- SUBJUDICIDAD.

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

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

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".

OCTAVA.- COAFIANZAMIENTO O YUXTAPOSICIÓN DE GARANTÍAS.

El coafianzamiento o yuxtaposición de garantías, no implicará novación de las obligaciones asumidas por la "Afianzadora" por lo que subsistirá su responsabilidad exclusivamente en la medida y condiciones en que la asumió en la presente póliza de fianza y en sus documentos modificatorios.

NOVENA.- CANCELACIÓN DE LA FIANZA.

La "Afianzadora" quedará liberada de su obligación fiadora siempre y cuando "la Contratante" le comunique por escrito, por conducto del servidor público facultado para ello, su conformidad para cancelar la presente garantía.

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

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

DÉCIMA.- PROCEDIMIENTOS.

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

DÉCIMA PRIMERA.- RECLAMACIÓN

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

DÉCIMA SEGUNDA.- DISPOSICIONES APLICABLES.

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

------ FIN DE TEXTO ------

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes al procedimiento de contratación que se señala".