IMSS	**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO**	**Adjudicación Directa AA-50-GYR-050GYR031-N-197-2024 SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE CIRUGIA DE MINIMA INVASIÓN NUMERO DE CONTRATO PARA PAGO SEI-A-24-27-0419-0058 CONTRATO 050GYR031N19724-001-00**

SE ELIMINAN DATOS DE TELEFONO POR CONSIDERARSE INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICABLE Y QUE POR SU DIFUSÓN PUEDE AFECTAR LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD EN TÉRMINOS DE LA FRACCIÓN I DEL ART. 113 DE LA LFTAIP

CONTRATO **ABIERTO** PARA LA PRESTACIÓN DEL **SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE CIRUGIA DE MINIMA INVASIÓN,** CON CARÁCTER NACIONAL QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL EJECUTIVO FEDERAL POR CONDUCTO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN LO SUCESIVO **"EL INSTITUTO",** REPRESENTADO POR LA DRA. MARÍA DE LOURDES DÍAZ ESPINOSA, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA, ESTABLECIDO EN LA FRACCIÓN XXVI, DEL ARTÍCULO 155, EN RELACIÓN CON EL ARTÍCULO 2, FRACCIÓN IV, INCISO A), DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, Y POR LA OTRA INTERMET, S.A. DE C.V., EN LO SUCESIVO **"EL PROVEEDOR"**, REPRESENTADA POR, **SANDRA MEJIA VILCHIS** EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, A QUIENES DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ **"LAS PARTES"**, AL TENOR DE LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

DECLARACIONES

1. "EL INSTITUTO" declara que:

1.1 Es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal con personalidad jurídica y patrimonio propio, que tiene a su cargo la organización y administración del Seguro Social, como un servicio público de carácter nacional, en términos de los artículos 4 y 5 de la Ley del Seguro Social. Está facultado para celebrar los actos necesarios para la consecución de los fines para los que fue creado, de conformidad con el artículo 251 fracción IV de la Ley del Seguro Social.

1.2 Conforme a lo dispuesto por los artículos 251 A de la Ley del Seguro Social, y 2, fracción IV, inciso a), 139, 141, 144 fracciones I, XXIII y XXXVI, y 155 fracción XXVI del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social y el numeral 5.3.16 inciso b) de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, la Dra. María de Lourdes Díaz Espinosa, en su carácter de Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Sonora, es el servidor público que tiene conferidas las facultades legales para celebrar el presente instrumento jurídico en representación de **"EL INSTITUTO"**, y acredita su personalidad con el Testimonio que contiene la Escritura Pública No. 103358, otorgada el 21 de julio de 2021 ante la fe del Licenciado César Álvarez Flores, Titular de la Notaría Pública No. 87 de la Ciudad de México, actuando como asociado en el protocolo de la Notaría Pública No. 98 de la Ciudad de México, de la cual es Titular el Licenciado Gonzalo M. Ortiz Blanco, inscrita en el Registro Público de Organismos Descentralizados bajo el folio número 97-7-26072021-134555, de fecha 26 de julio de 2021, en cumplimiento a lo ordenado en la fracción IV del artículo 25 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, facultades que no le han sido modificadas, restringidas o revocadas en forma alguna, quien podrá ser sustituido en cualquier momento en su cargo o funciones, sin que sea necesario elaborar un convenio modificatorio.

Su nombramiento se encuentra inscrito en el Registro Público de Organismos Descentralizados, bajo el folio número 97-5-13072021-111121, de fecha 13 de julio de 2021, en términos del artículo 25, fracción III, de la Ley Federal de Entidades Paraestatales.

1.3 De conformidad con los numerales 2.2, 5.3.15 inciso b) y 5.4.13 de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como el artículo 2, fracción III Bis y el penúltimo párrafo del artículo 84 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, suscribe el presente instrumento el **Dr. Jesus Ernesto Garcia Valdez, Coordinador de Prevencion y Atencion a la Salud del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Sonora, con R.F.C.** [redacted]**,** designado para dar seguimiento y verificar el cumplimiento de las obligaciones que deriven del objeto del presente contrato, conforme al **"Oficio de Designación de Administrador del contrato",** el cual se agrega como **Anexo 6 (Seis)** del presente contrato, quien podrá ser sustituido en cualquier

SE ELIMINAN DATOS DE TELEFONO POR CONSIDERARSE INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICABLE Y QUE POR SU DIFUSÓN PUEDE AFECTAR LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD EN TÉRMINOS DE LA FRACCIÓN I DEL ART. 113 DE LA LFTAIP

momento, bastando para tales efectos un comunicado por escrito y firmado por el servidor público facultado para ello, informando a **"EL PROVEEDOR"** para los efectos del presente contrato.

1.4 De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2, fracción I, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y los numerales 4.31 y 5.3.8 inciso b), de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, suscribe el presente instrumento el **Lic. Juan Pedro Beltrán Muñoz, Titular de la Jefatura de Servicios Administrativos, del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Sonora, con RFC [redacted],** facultado para llevar a cabo los procedimientos de contratación y suscribir los documentos que se deriven de estos, así como para participar en él como Área Responsable de la Contratación en el proceso que se deriva el presente contrato.

1.5. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2, fracción II, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público; y los numerales 5.3.1 y 4.24, de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, suscribe el presente instrumento, **Dr. Manuel de Jesus Lopez Castro , Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Medicas del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Sonora, con RFC** [redacted] facultado para determinar y analizar las necesidades de la prestación de los servicios, así como para participar en el contrato como Área Requirente, en el proceso que se deriva el presente contrato.

1.6 La adjudicación del presente contrato se realizó mediante el procedimiento de ADJUDICACION DIRECTA AA-50-GYR-050GYR031-N-197-2024 de carácter **NACIONAL** al amparo de lo establecido en los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y de conformidad con los artículos 26 fracción III y 41 Fracción V de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, **"LAASSP",** 71 y 72 Fracción V de su Reglamento.

1.7 "EL INSTITUTO" cuenta con suficiencia presupuestaria otorgada mediante número de cuenta 42060419 de conformidad con Certificado de Disponibilidad Presupuestal Previo con folio de autorización 0000037097-2024 de fecha 20 de agosto del 2024 emitido por el Titular de la Jefatura de Servicios Administrativos , mismo que se agrega al presente instrumento jurídico como Anexo 1 (Uno).

1.8 Cuenta con el Registro Federal de Contribuyentes N° IMS421231I45.

1.9 Tiene establecido su domicilio en calle 5 de Febrero 220 Norte, Colonia Centro, C.P. 85000, Ciudad Obregón, Sonora. Mismo que señala para los fines y efectos legales del presente contrato.

2. "EL PROVEEDOR", por conducto de su representante declara que:

2.1 Es una persona moral legalmente constituida mediante Escritura Pública número 30397 de fecha 27 de abril de 1988, expedida ante la fe del Licenciado Fernando Velasco Turati, Notario Publico numero 2 de la Ciudad de Tlalnepantla, Estado de Mexico, denominada, INTERMET, S.A. DE C.V., cuyo objeto social consiste, entre otras actividades, en el servicio médico integral de procedimientos de mínima invasión, inscrita en el folio mercantil numero 112220, de fecha 12 de enero de 1989.

2.2 La C. Sandra Mejia Vilchis, en su carácter de Representante legal, con facultades suficientes para suscribir el presente contrato y obligar a su representada, como lo acredita en términos de la Escritura Publica numero 116765 de fecha 13 de octubre del 2022, ante la fe del Licenciado Jose Luis Quevedo Salceda titular de la Notaria numero

99 de la ciudad de Mexico, instrumento que bajo protesta de decir verdad manifiesta no le ha sido limitado ni revocado en forma alguna.

2.3 Reúne las condiciones técnicas, jurídicas y económicas, y cuenta con la organización y elementos necesarios para su cumplimiento.

2.4 Cuenta con su Registro Federal de Contribuyentes **INT880518EF4.**

2.5 Acredita el cumplimiento de sus obligaciones fiscales en términos de lo dispuesto en el artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación vigente, incluyendo las de Aportaciones Patronales y Entero de Descuentos, ante el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores y las de Seguridad Social ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme a las Opiniones de Cumplimiento de Obligaciones Fiscales emitidas por el SAT, INFONAVIT e IMSS, respectivamente.

2.6 Tiene establecido su domicilio en Blvd. Adolfo Lopez Mateos No. 1502, Col. Mixcoac Alcaldia Benito Juarez de la Ciudad de Mexico, C.P. 03910, Telefono [redacted] correo electronico: departamentodecontratos@intermet.com.mx, mismo que señala para los fines y efectos legales del presente contrato.

3. De "LAS PARTES":

3.1 Que es su voluntad celebrar el presente contrato y sujetarse a sus términos y condiciones, por lo que de común acuerdo se obligan de conformidad con las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO.

"EL PROVEEDOR" acepta y se obliga a proporcionar a **"EL INSTITUTO"** la prestación del **SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE CIRUGIA DE MINIMA INVASIÓN,** en los términos y condiciones establecidos en este contrato y sus anexos que forman parte integrante del mismo:

Anexo 1 (uno) "Certificado de Disponibilidad Presupuestal Previo"
Anexo 2 (dos) "Procedimientos y precios asignados"
Anexo 3 (tres) "Términos y Condiciones"
Anexo 4 (cuatro) "Modelo para Póliza de Fianza de Cumplimiento de Contrato"
Anexo 5 (cinco) "Propuesta económica"
Anexo 6 (seis) "Oficio de Designación de Administrador del contrato"
Anexo 7 (Siete) "Anexo Técnico"

SEGUNDA. MONTO DEL CONTRATO.

"EL INSTITUTO" pagará **a "EL PROVEEDOR"** como contraprestación por el servicio objeto de este contrato, la cantidad mínima de $1,896,621.42 (Un millon ochocientos noventa y seis mil Seiscientos Veintiun pesos 42/100M.N), más el Impuesto al Valor Agregado (IVA) por $303,459.42 (Trescientos tres mil cuatrocientos cincuenta y nueve pesos 42/100 M.N) y un monto máximo de $4,741,553.55 (Cuatro millones Setecientos Cuarenta y Un mil Quinientos cinceunta y tres pesos 55/100 M.N.), más impuestos que asciende a $5,500,202.12 (Cinco millones Quinientos mil Doscientos dos pesos 12/100 M.N).

SE ELIMINAN DATOS DE TELEFONO POR CONSIDERARSE INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICABLE Y QUE POR SU DIFUSÓN PUEDE AFECTAR LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD EN TÉRMINOS DE LA FRACCIÓN I DEL ART. 113 DE LA LFTAIP

El precio unitario es considerado fijo y en moneda nacional de los Estados Unidos Mexicanos hasta que concluya la relación contractual que se formaliza, incluyendo todos los conceptos y costos involucrados en la prestación del **SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE CIRUGIA DE MINIMA INVASIÓN,** por lo que **"EL PROVEEDOR"** no podrá agregar ningún costo extra y los precios serán inalterables durante la vigencia del presente contrato.

TERCERA. ANTICIPO.

Para el presente contrato **"EL INSTITUTO"** no otorgará anticipo a **"EL PROVEEDOR".**

CUARTA. FORMA Y LUGAR DE PAGO.

"EL INSTITUTO" efectuará el pago a través de transferencia electrónica en pesos de los Estados Unidos Mexicanos, conforme a los servicios efectivamente prestados y a entera satisfacción del administrador del contrato y de acuerdo con lo establecido en el **"ANEXO 3" "Términos y Condiciones**", así como en la convocatoria que forma parte integrante de este contrato.

El pago se realizará en un plazo máximo de 20 (veinte) días naturales siguientes, contados a partir de la fecha en que sea entregado y aceptado el Comprobante Fiscal Digital por Internet (CFDI) o factura electrónica a **"EL INSTITUTO"**, con la aprobación (firma) del Administrador del presente contrato.

El cómputo del plazo para realizar el pago se contabilizará a partir del día hábil siguiente de la aceptación del CFDI o factura electrónica, y ésta reúna los requisitos fiscales que establece la legislación en la materia, el desglose de los servicios prestados, los precios unitarios, se verifique su autenticidad, no existan aclaraciones al importe y vaya acompañada con la documentación soporte de la prestación de los servicios facturados.

De conformidad con el artículo 90, del Reglamento de la **"LAASSP"**, en caso de que el CFDI o factura electrónica entregado presente errores, el Administrador del presente contrato o a quien éste designe por escrito, dentro de los 3 (tres) días hábiles siguientes de su recepción, indicará a **"EL PROVEEDOR"** las deficiencias que deberá corregir; por lo que, el procedimiento de pago reiniciará en el momento en que **"EL PROVEEDOR"** presente el CFDI y/o documentos soporte corregidos y sean aceptados.

El tiempo que **"EL PROVEEDOR"** utilice para la corrección del CFDI y/o documentación soporte entregada, no se computará para efectos de pago, de acuerdo con lo establecido en el artículo 51 de la **"LAASSP"**.

El CFDI o factura electrónica deberá ser presentada de manera física en el Departamento de Presupuesto, Contabilidad y Tramite de Erogaciones del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Sonora, con domicilio en Calle 5 de Febrero No. 220, entre Allende y Nainari, C.P. 85000, Col. Centro, Ciudad Obregón, Sonora, de lunes a viernes en horario de 08:00 horas a 13:00 horas.

El CFDI o factura electrónica se deberá presentar desglosando el impuesto cuando aplique.

"EL PROVEEDOR" manifiesta su conformidad que, hasta en tanto no se cumpla con la verificación, supervisión y aceptación de la prestación de los servicios, no se tendrán como recibidos o aceptados por el Administrador del presente contrato.

Para efectos de trámite de pago, **"EL PROVEEDOR"** deberá ser titular de una cuenta bancaria, en la que se efectuará la transferencia electrónica de pago, respecto de la cual deberá proporcionar toda la información y documentación que le sea requerida por **"EL INSTITUTO",** para efectos del pago.

"EL PROVEEDOR" deberá presentar la información y documentación que **"EL INSTITUTO"** le solicite para el trámite de pago, atendiendo a las disposiciones legales e internas de **"EL INSTITUTO"**.

El pago de la prestación de los servicios recibidos, quedará condicionado al pago que **"EL PROVEEDOR"** deba efectuar por concepto de penas convencionales y, en su caso, deductivas.

Para el caso que se presenten pagos en exceso, se estará a lo dispuesto por el artículo 51, párrafo tercero, de la **"LAASSP"**.

QUINTA. LUGAR, PLAZOS Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

La prestación del servicio se realizará conforme a los plazos, condiciones y entregables establecidos por **"EL INSTITUTO"** en el Anexo 3 (Tres**) "Términos y Condiciones",** y en el presente contrato.

Los servicios serán prestados en las unidades señaladas en el Anexo 2 (dos) **"Procedimientos y precios asignados"**

En los casos que derivado de la verificación se detecten defectos o discrepancias en la prestación del servicio o incumplimiento en las especificaciones técnicas, **"EL PROVEEDOR"** contará con un plazo de **5 Días (Cinco)** hábiles para la reposición o corrección, contados a partir del momento de la notificación por correo electrónico y/o escrito, sin costo adicional para **"EL INSTITUTO".**

SEXTA. VIGENCIA.

"LAS PARTES" convienen en que la vigencia del presente contrato será del **03 de Septiembre al 31 de octubre 2024.**

SÉPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO.

"LAS PARTES" están de acuerdo que **"EL INSTITUTO"** por razones fundadas y explícitas podrá ampliar el monto o la cantidad de los servicios, de conformidad con el artículo 52 de la "LAASSP", siempre y cuando las modificaciones no rebasen en su conjunto el 20% (veinte por ciento) de los establecidos originalmente, el precio unitario sea igual al originalmente pactado y el contrato esté vigente. La modificación se formalizará mediante la celebración de un Convenio Modificatorio.

"EL INSTITUTO", podrá ampliar la vigencia del presente instrumento, siempre y cuando, no implique incremento del monto contratado o de la cantidad del servicio, siendo necesario que se obtenga el previo consentimiento de **"EL PROVEEDOR"**.

De presentarse caso fortuito o fuerza mayor, o por causas atribuibles a **"EL INSTITUTO"**, se podrá modificar el plazo del presente instrumento jurídico, debiendo acreditar dichos supuestos con las constancias respectivas. La modificación del plazo por caso fortuito o fuerza mayor podrá ser solicitada por cualquiera de **"LAS PARTES".**

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, no procederá la aplicación de penas convencionales por atraso.

Cualquier modificación al presente contrato deberá formalizarse por escrito, y deberá suscribirse por el servidor público de **"EL INSTITUTO"** que lo haya hecho, o quien lo sustituya o esté facultado para ello, para lo cual **"EL PROVEEDOR"** realizará el ajuste respectivo de la garantía de cumplimiento, en términos del artículo 91, último párrafo del Reglamento de la LAASSP, salvo que por disposición legal se encuentre exceptuado de presentar garantía de cumplimiento.

"EL INSTITUTO" se abstendrá de hacer modificaciones que se refieran a precios, anticipos, pagos progresivos, especificaciones y, en general, cualquier cambio que implique otorgar condiciones más ventajosas a un proveedor comparadas con las establecidas originalmente.

OCTAVA. GARANTÍA DE LOS SERVICIOS.

Para la prestación de los servicios materia del presente contrato, no se requiere que "EL PROVEEDOR" presente una garantía por la calidad de los servicios contratados.

NOVENA. GARANTÍA.

CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

Conforme a los artículos 48, fracción II, 49, fracción II de la "LAASSP"; 85, fracción III, y 103 de su Reglamento; y 166 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, **"EL PROVEEDOR"** se obliga a constituir una garantía **DIVISIBLE,** y en este caso se hará efectiva en proporción al incumplimiento de la obligación principal, mediante fianza expedida por compañía afianzadora mexicana autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, a favor del INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, por un importe equivalente al 10% del monto total del contrato, sin incluir impuestos.

Dicha fianza deberá ser entregada a **"EL INSTITUTO"**, a más tardar dentro de los 10 días naturales posteriores a la firma del presente contrato.

En caso de que **"EL PROVEEDOR"** incumpla con la entrega de la garantía en el plazo establecido, **"EL INSTITUTO"** podrá rescindir el contrato y dará vista al Órgano Interno de Control para que proceda en el ámbito de sus facultades.

La garantía de cumplimiento no será considerada como una limitante de responsabilidad de **"EL PROVEEDOR"**, derivada de sus obligaciones y garantías estipuladas en el presente instrumento jurídico, y no impedirá que **"EL INSTITUTO"** reclame la indemnización por cualquier incumplimiento que pueda exceder el valor de la garantía de cumplimiento.

En caso de incremento al monto del presente instrumento jurídico o modificación al plazo, **"EL PROVEEDOR"** se obliga a entregar a **"EL INSTITUTO",** dentro de los 10 (diez días) naturales siguientes a la formalización del mismo, de conformidad con el último párrafo del artículo 91, del Reglamento de la **"LAASSP"**, los documentos modificatorios o endosos correspondientes, debiendo contener en el documento la estipulación de que se otorga de manera conjunta, solidaria e inseparable de la garantía otorgada inicialmente.

Una vez cumplidas las obligaciones a satisfacción, el servidor público facultado por **"EL INSTITUTO"** procederá inmediatamente a extender la constancia de cumplimiento de las obligaciones contractuales y dará inicio a los trámites para la cancelación de la garantía cumplimiento del contrato, lo que comunicará a **"EL PROVEEDOR".**

La garantía de cumplimiento deberá presentarse a través de una fianza, y se deberá observar el "Modelo de póliza de fianza de Cumplimiento", aprobado en las disposiciones de carácter general publicadas en el Diario Oficial de la

SE ELIMINAN DATOS DE RFC POR CONSIDERARSE INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICABLE Y QUE POR SU DIFUSÓN PUEDE AFECTAR LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD EN TÉRMINOS DE LA FRACCIÓN I DEL ART. 113 DE LA LFTAIP

Federación, el 15 de abril de 2022, que se encuentra disponible en CompraNet. Como se aprecia en el Anexo 4 (cuatro) "Modelo para Póliza de Fianza de Cumplimiento de Contrato"

DÉCIMA. OBLIGACIONES DE "EL PROVEEDOR".

"EL PROVEEDOR", se obliga a:

- **a)** Prestar los servicios en las fechas o plazos y lugares establecidos conforme a lo pactado en el presente contrato y anexos respectivos.
- **b)** Cumplir con las especificaciones técnicas, de calidad y demás condiciones establecidas en el presente contrato y sus respectivos anexos.
- **c)** Asumir la responsabilidad de cualquier daño que llegue a ocasionar a **"EL INSTITUTO"** o a terceros con motivo de la ejecución y cumplimiento del presente contrato.
- **d)** Proporcionar la información que le sea requerida por la Secretaría de la Función Pública y el Órgano Interno de Control, de conformidad con el artículo 107 del Reglamento de la **"LAASSP"**.
- **e)** Entregar bimestralmente, las constancias de cumplimiento de la inscripción y pago de cuotas al Instituto Mexicano del Seguro Social del personal que utilice para la prestación de los servicios.
- **f)** **"EL PROVEEDOR"** 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 IMSS"** las compense con el o los pagos que tenga que hacerle por concepto de contraprestación por la contratación de bienes o servicios." De conformidad con el numeral 5.4.10 e las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y de Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

DÉCIMA PRIMERA. OBLIGACIONES DE "EL INSTITUTO".

"EL INSTITUTO", se obliga a:

- **a)** Otorgar las facilidades necesarias, a efecto de que **"EL PROVEEDOR"** lleve a cabo en los términos convenidos la prestación de los servicios objeto del contrato.

- **b)** Realizar el pago correspondiente en tiempo y forma.

- **c)** Extender a **"EL PROVEEDOR",** por conducto del servidor público facultado, 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 SEGUNDA. ADMINISTRACIÓN, VERIFICACIÓN, SUPERVISIÓN Y ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

"EL INSTITUTO" designa como Administrador del presente contrato al Dr. Jesus Ernesto Garcia Valdez, Coordinador de Prevencion y Atencion a la Salud del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Sonora, con R.F.C. [redacted] quien dará seguimiento y verificará el cumplimiento de los derechos y obligaciones establecidos en este instrumento.

Los servicios se tendrán por recibidos previa revisión del administrador del presente contrato, la cual consistirá en la verificación del cumplimiento de las especificaciones establecidas en el presente contrato

"EL INSTITUTO", a través del administrador del contrato, rechazará los servicios, que no cumplan las especificaciones establecidas en este contrato y en sus Anexos, obligándose **"EL PROVEEDOR"** en este supuesto a realizarlos

nuevamente bajo su responsabilidad y sin costo adicional para **"EL INSTITUTO",** sin perjuicio de la aplicación de las penas convencionales o deducciones al cobro correspondientes.

"EL INSTITUTO", a través del administrador del contrato, podrá aceptar los servicios que incumplan de manera parcial o deficiente las especificaciones establecidas en este contrato y en los anexos respectivos, sin perjuicio de la aplicación de las deducciones al pago que procedan, y reposición del servicio, cuando la naturaleza propia de éstos lo permita.

DÉCIMA TERCERA. DEDUCCIONES.

"EL INSTITUTO", aplicará deducciones al pago por el incumplimiento parcial o deficiente, en que incurra "EL PROVEEDOR" conforme a lo estipulado en las cláusulas del presente contrato y sus anexos respectivos, las cuales se calcularán por un 5% sobre el monto de los servicios, proporcionados en forma parcial o deficiente. Las cantidades a deducir se aplicarán en el CFDI o factura electrónica que "EL PROVEEDOR" presente para su cobro, en el pago que se encuentre en trámite o bien en el siguiente pago.

De no existir pagos pendientes, se requerirá a **"EL PROVEEDOR"** que realice el pago de la deductiva a través del esquema e5cinco Pago Electrónico de Derechos, Productos y Aprovechamientos (DPA´s) a favor del Departamento de Presupuesto Contabilidad y Tramite de Erogaciones de la Jefatura de Servicios de Finanzas del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Sonora. En caso de negativa se procederá a hacer efectiva la garantía de cumplimiento del contrato.

Las deducciones económicas se aplicarán sobre la cantidad indicada sin incluir impuestos.

El cálculo de las deducciones correspondientes las realizará el administrador del contrato de **"EL INSTITUTO"** cuyá notificación se realizará por escrito o vía correo electrónico, dentro de los 5 (días) posteriores al incumplimiento parcial o deficiente.

DÉCIMA CUARTA. PENAS CONVENCIONALES.

En caso de que **"EL PROVEEDOR"** incurra en atraso en el cumplimiento conforme a lo pactado para la prestación de los servicios, objeto del presente contrato, conforme a lo establecido en el Anexo 3 (Tres) "Términos y Condiciones", parte integral del presente contrato **"EL INSTITUTO",** por conducto del administrador del contrato aplicará la pena convencional equivalente al 5%, por cada dia de atraso sobre la parte de los servicios no prestados, de conformidad con este instrumento legal y sus respectivos anexos.

El Administrador determinará el cálculo de la pena convencional, cuya notificación se realizará por escrito o vía correo electrónico, dentro de los 05 días posteriores al atraso en el cumplimiento de la obligación de que se trate.

El pago de los servicios quedará condicionado, proporcionalmente, al pago que **"EL PROVEEDOR"** deba efectuar por concepto de penas convencionales por atraso; en el supuesto que el contrato sea rescindido en términos de lo previsto en la CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA DE RESCISIÓN, no procederá el cobro de dichas penas ni la contabilización de las mismas al hacer efectiva la garantía de cumplimiento del contrato.

El pago de la pena podrá efectuarse a través del esquema e5cinco Pago Electrónico de Derechos, Productos y Aprovechamientos (DPA´s), a favor del Departamento de Presupuesto Contabilidad y Tramite de Erogaciones de la Jefatura de Servicios de Finanzas del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Sonora; o bien, a través de un comprobante de egreso (CFDI de Egreso) conocido comúnmente como Nota de Crédito, en el momento en el que emita el comprobante de Ingreso (Factura o CFDI de Ingreso) por concepto de los servicios, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

El importe de la pena convencional, no podrá exceder el equivalente al monto total de la garantía de cumplimiento del contrato, y en el caso de no haberse requerido esta garantía, no deberá exceder del 20% (veinte por ciento) del monto total del contrato.

Cuando **"EL PROVEEDOR"** quede exceptuado de la presentación de la garantía de cumplimiento, en los supuestos previsto en la **"LAASSP"**, el monto máximo de las penas convencionales por atraso que se puede aplicar, será del 20% (veinte por ciento) del monto de los servicios prestados fuera de la fecha convenida, de conformidad con lo establecido en el tercer párrafo del artículo 96 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

DÉCIMA QUINTA. LICENCIAS, AUTORIZACIONES Y PERMISOS.

"EL PROVEEDOR" se obliga a observar y mantener vigentes las licencias, autorizaciones, permisos o registros requeridos para el cumplimiento de sus obligaciones.

DÉCIMA SEXTA. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL.

Para la prestación de los servicios materia del presente contrato, no se requiere que **"EL PROVEEDOR"** contrate una póliza de seguro por responsabilidad civil.

DÉCIMA SÉPTIMA. TRANSPORTE.

"EL PROVEEDOR" se obliga bajo su costa y riesgo, a trasportar los bienes e insumos necesarios para la prestación del servicio, desde su lugar de origen, hasta las instalaciones señaladas en el ANEXO 3 (tres) "Términos y Condiciones", del presente contrato.

DÉCIMA OCTAVA. IMPUESTOS Y DERECHOS.

Los impuestos, derechos y gastos que procedan con motivo de la prestación de los servicios, objeto del presente contrato, serán pagados por **"EL PROVEEDOR"**, mismos que no serán repercutidos a **"EL INSTITUTO"**.

"EL INSTITUTO" sólo cubrirá, cuando aplique, lo correspondiente al Impuesto al Valor Agregado (IVA), en los términos de la normatividad aplicable y de conformidad con las disposiciones fiscales vigentes.

DÉCIMA NOVENA. PROHIBICIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES.

"EL PROVEEDOR" 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"**.

VIGÉSIMA. DERECHOS DE AUTOR, PATENTES Y/O MARCAS.

"EL PROVEEDOR" será responsable en caso de infringir patentes, marcas o viole otros registros de derechos de propiedad industrial a nivel nacional e internacional, con motivo del cumplimiento de las obligaciones del presente contrato, por lo que se obliga a responder personal e ilimitadamente de los daños y perjuicios que pudiera causar a **"EL INSTITUTO"** o a terceros.

De presentarse alguna reclamación en contra de **"EL INSTITUTO"**, por cualquiera de las causas antes mencionadas, **"EL PROVEEDOR"**, se obliga a salvaguardar los derechos e intereses de **"EL INSTITUTO"** de cualquier controversia, liberándola de toda responsabilidad de carácter civil, penal, mercantil, fiscal o de cualquier otra índole, sacándola en paz y a salvo.

En caso de que **"EL INSTITUTO"** tuviese que erogar recursos por cualquiera de estos conceptos, **"EL PROVEEDOR"** se obliga a reembolsar de manera inmediata los recursos erogados por aquella.

VIGÉSIMA PRIMERA. CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

"LAS PARTES" acuerdan que la información que se intercambie de conformidad con las disposiciones del presente instrumento, se tratarán de manera confidencial, siendo de uso exclusivo para la consecución del objeto del presente contrato y no podrá difundirse a terceros de conformidad con lo establecido en las Leyes General y Federal, respectivamente, de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados, y demás legislación aplicable.

Para el tratamiento de los datos personales que **"LAS PARTES"** recaben con motivo de la celebración del presente contrato, deberá de realizarse con base en lo previsto en los Avisos de Privacidad respectivos.

Por tal motivo, **"EL PROVEEDOR"** asume cualquier responsabilidad que se derive del incumplimiento de su parte, o de sus empleados, a las obligaciones de confidencialidad descritas en el presente contrato.

VIGÉSIMA SEGUNDA. SUSPENSIÓN TEMPORAL DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

Con fundamento en el artículo 55 Bis de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 102, fracción II, de su Reglamento, **"EL INSTITUTO"** en el supuesto de caso fortuito o de fuerza mayor o por causas que le resulten imputables, podrá suspender la prestación de los servicios, de manera temporal, quedando obligado a pagar a **"EL PROVEEDOR"**, aquellos servicios que hubiesen sido efectivamente prestados, así como, al pago de gastos no recuperables previa solicitud y acreditamiento.

Una vez que hayan desaparecido las causas que motivaron la suspensión, el contrato podrá continuar produciendo todos sus efectos legales, si **"EL INSTITUTO"** así lo determina; y en caso que subsistan los supuestos que dieron origen a la suspensión, se podrá iniciar la terminación anticipada del contrato, conforme lo dispuesto en la cláusula siguiente.

VIGÉSIMA TERCERA. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.

"EL INSTITUTO" cuando concurran razones de interés general, o bien, cuando por causas justificadas se extinga la necesidad de requerir los servicios originalmente contratados y se demuestre que de continuar con el cumplimiento de las obligaciones pactadas, se ocasionaría algún daño o perjuicio a **"EL INSTITUTO"**, o se determine la nulidad total o parcial de los actos que dieron origen al presente contrato, con motivo de la resolución de una inconformidad o intervención de oficio, emitida por la Secretaría de la Función Pública, podrá dar por terminado anticipadamente el presente contrato sin responsabilidad alguna para **"EL INSTITUTO"**, ello con independencia de lo establecido en la cláusula que antecede.

Cuando **"EL INSTITUTO"** determine dar por terminado anticipadamente el contrato, lo notificará a **"EL PROVEEDOR"** hasta con 30 (treinta) días naturales anteriores al hecho, debiendo sustentarlo en un dictamen fundado y motivado, en el que, se precisarán las razones o causas que dieron origen a la misma y pagará a **"EL PROVEEDOR"** la parte proporcional de los servicios prestados, así como los gastos no recuperables en que haya incurrido, previa solicitud por

escrito, siempre que éstos sean razonables, estén debidamente comprobados y se relacionen directamente con el presente contrato, limitándose según corresponda a los conceptos establecidos en la fracción I, del artículo 102 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

VIGÉSIMA CUARTA. RESCISIÓN.

"EL INSTITUTO" podrá iniciar en cualquier momento el procedimiento de rescisión, cuando **"EL PROVEEDOR"** incurra en alguna de las siguientes causales:

a) Contravenir los términos pactados para la prestación de los servicios, establecidos en el presente contrato;
b) Transferir en todo o en parte las obligaciones que deriven del presente contrato a un tercero ajeno a la relación contractual;
c) Ceder los derechos de cobro derivados del contrato, sin contar con la conformidad previa y por escrito de **"EL INSTITUTO"**;
d) Suspender total o parcialmente y sin causa justificada la prestación de los servicios del presente contrato;
e) No realizar la prestación de los servicios en tiempo y forma conforme a lo establecido en el presente contrato y sus respectivos anexos;
f) No proporcionar a los Órganos de Fiscalización, la información que le sea requerida con motivo de las auditorías, visitas e inspecciones que realicen;
g) Ser declarado en concurso mercantil, o por cualquier otra causa distinta o análoga que afecte su patrimonio;
h) En caso de que compruebe la falsedad de alguna manifestación, información o documentación proporcionada para efecto del presente contrato;
i) No presentar bimestralmente, las constancias de la inscripción y pago de cuotas al Instituto Mexicano del Seguro Social del personal que utilice para la prestación de los servicios;
j) No entregar dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha de firma del presente contrato, la garantía de cumplimiento del mismo;
k) Cuando la suma de las penas convencionales exceda el monto total de la garantía de cumplimiento del contrato;
l) Cuando la suma de las deducciones al pago, excedan el límite máximo establecido para las deducciones;
m) Divulgar, transferir o utilizar la información que conozca en el desarrollo del cumplimiento del objeto del presente contrato, sin contar con la autorización de **"EL INSTITUTO"** en los términos de lo dispuesto en la **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES** del presente instrumento jurídico;
n) Impedir el desempeño normal de labores de **"EL INSTITUTO";**
o) Cambiar su nacionalidad por otra e invocar la protección de su gobierno contra reclamaciones y órdenes de **"EL INSTITUTO",** cuando sea extranjero, y
p) Incumplir cualquier obligación distinta de las anteriores y derivadas del presente contrato.

Para el caso de optar por la rescisión del contrato, **"EL INSTITUTO"** comunicará por escrito a **"EL PROVEEDOR"** el incumplimiento en que haya incurrido, para que en un término de 5 (cinco) días hábiles contados a partir del día siguiente de la notificación, exponga lo que a su derecho convenga y aporte en su caso las pruebas que estime pertinentes.

Transcurrido dicho término **"EL INSTITUTO",** en un plazo de 15 (quince) días hábiles siguientes, tomando en consideración los argumentos y pruebas que hubiere hecho valer **"EL PROVEEDOR"**, determinará de manera fundada y motivada dar o no por rescindido el contrato, y comunicará a **"EL PROVEEDOR"** dicha determinación dentro del citado plazo.

Cuando se rescinda el contrato, se formulará el finiquito correspondiente, a efecto de hacer constar los pagos que deba efectuar **"EL INSTITUTO"** por concepto del contrato hasta el momento de rescisión, o los que resulten a cargo de **"EL PROVEEDOR".**

Iniciado un procedimiento de conciliación **"EL INSTITUTO"** podrá suspender el trámite del procedimiento de rescisión.

Si previamente a la determinación de dar por rescindido el contrato se realiza la prestación de los servicios, el procedimiento iniciado quedará sin efecto, previa aceptación y verificación de **"EL INSTITUTO"** de que continúa vigente la necesidad de la prestación de los servicios, aplicando, en su caso, las penas convencionales correspondientes.

"EL INSTITUTO" podrá determinar no dar por rescindido el contrato, cuando durante el procedimiento advierta que la rescisión del mismo 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 rescindirse el contrato, **"EL INSTITUTO"** establecerá con **"EL PROVEEDOR"**, otro plazo, que le permita subsanar el incumplimiento que hubiere motivado el inicio del procedimiento, aplicando las sanciones correspondientes. El convenio modificatorio que al efecto se celebre deberá atender a las condiciones previstas por los dos últimos párrafos del artículo 52 de la **"LAASSP"**.

No obstante, de que se hubiere firmado el convenio modificatorio a que se refiere el párrafo anterior, si se presenta de nueva cuenta el incumplimiento, **"EL INSTITUTO"** quedará expresamente facultado para optar por exigir el cumplimiento del contrato, o rescindirlo, aplicando las sanciones que procedan.

Si se llevara a cabo la rescisión del contrato, y en el caso de que a **"EL PROVEEDOR"** se le hubieran entregado pagos progresivos, éste deberá de reintegrarlos más los intereses correspondientes, conforme a lo indicado en el artículo 51, párrafo cuarto, de la **"LAASSP"**.

Los intereses se calcularán sobre el monto de los pagos progresivos efectuados 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"**.

VIGÉSIMA QUINTA. RELACIÓN Y EXCLUSIÓN LABORAL.

"EL PROVEEDOR" reconoce y acepta ser el único patrón de todos y cada uno de los trabajadores que intervienen en la prestación del servicio, deslindando de toda responsabilidad a **"EL INSTITUTO"** respecto de cualquier reclamo que en su caso puedan efectuar sus trabajadores, sea de índole laboral, fiscal o de seguridad social y en ningún caso se le podrá considerar patrón sustituto, patrón solidario, beneficiario o intermediario.

"EL PROVEEDOR" asume en forma total y exclusiva las obligaciones propias de patrón respecto de cualquier relación laboral, que el mismo contraiga con el personal que labore bajo sus órdenes o intervenga o contrate para la atención de los asuntos encomendados por **"EL INSTITUTO"**, así como en la ejecución de los servicios.

Para cualquier caso no previsto, **"EL PROVEEDOR"** exime expresamente a **"EL INSTITUTO"** de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal o de cualquier otra especie que en su caso pudiera llegar a generarse, relacionado con el presente contrato.

Para el caso que, con posterioridad a la conclusión del presente contrato, **"EL INSTITUTO"** reciba una demanda laboral por parte de trabajadores de **"EL PROVEEDOR"**, en la que se demande la solidaridad y/o sustitución patronal a **"EL INSTITUTO"**, **"EL PROVEEDOR"** queda obligado a dar cumplimiento a lo establecido en la presente cláusula.

VIGÉSIMA SEXTA. DISCREPANCIAS.

"LAS PARTES" convienen que, en caso de discrepancia entre la solicitud de cotización y el modelo de contrato, prevalecerá lo establecido en la solicitud respectiva, de conformidad con el artículo 81, fracción IV, del Reglamento de la "LAASSP".

VIGÉSIMA SÉPTIMA. CONCILIACIÓN.

"LAS PARTES" acuerdan que para el caso de que se presenten desavenencias derivadas de la ejecución y cumplimiento del presente contrato podrán someterse al procedimiento de conciliación establecido en los artículos 77, 78 y 79 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 126 al 136 de su Reglamento.

VIGÉSIMA OCTAVA. 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.

VIGÉSIMA NOVENA. LEGISLACIÓN APLICABLE.

"LAS PARTES" se obligan a sujetarse estrictamente para la prestación de los servicios objeto del presente contrato a todas y cada una de las cláusulas que lo integran, sus anexos que forman parte integral del mismo, a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento; Código Civil Federal; Ley Federal de Procedimiento Administrativo, Código Federal de Procedimientos Civiles; Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento.

TRIGÉSIMA. 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 con sede en **Ciudad Obregón, Sonora,** renunciando expresamente al fuero que pudiera corresponderles en razón de su domicilio actual o futuro.

Por lo anterior expuesto, **"LAS PARTES"**, manifiestan estar conformes y enterados de las consecuencias, valor y alcance legal de todas y cada una de las estipulaciones que el presente instrumento jurídico contiene, por lo que lo ratifican y firman en todas sus partes, por duplicado.

Por lo anterior expuesto, "**LAS PARTES",** manifiestan estar conformes y enterados de las consecuencias, valor y alcance legal de todas y cada una de las estipulaciones que el presente instrumento jurídico contiene, por lo que lo ratifican y firman en todas sus partes, por duplicado. Así mismo el instrumento jurídico deberá formalizarse dentro de los **15 días naturales a partir de la fecha de asignación** de la presente acta en el Módulo de Formalización de Instrumentos Jurídicos (MFIJ), derivado del presente procedimiento de adjudicación directa.

POR:
"EL INSTITUTO"

"EL INSTITUTO"
Instituto Mexicano del Seguro Social

"EL PROVEEDOR"

Dra. María de Lourdes Díaz Espinosa
RFC: [redacted]
Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Sonora, establecido en la fracción XXVI, del artículo 155, en relación con el artículo 2, fracción IV, inciso a), del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social

Titular del Área Requirente

INTERMET, S.A. DE C.V
RFC: INT880518EF4
REPRESENTANTE LEGAL
Sandra Mejia Vilchis

Titular del Área Responsable de la Contratación

Dr. Manuel de Jesús Lopez Castro
Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Sonora
R.F.C. [redacted]

Titular del Área Administradora

Lic. Juan Pedro Beltrán Muñoz
Titular de la Jefatura de Servicios Administrativos del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Sonora
RFC: [redacted]

Dr. Jesus Ernesto Garcia Valdez
Coordinador de Prevencion y Atencion a la Salud del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Sonora,
RFC: [redacted]

SE ELIMINAN DATOS DE RFC POR CONSIDERARSE INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICABLE Y QUE POR SU DIFUSÓN PUEDE AFECTAR LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD EN TÉRMINOS DE LA FRACCIÓN I DEL ART. 113 DE LA LFTAIP

Anexo 1

"Certificado de Disponibilidad Presupuestal Previo"

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

SOLICITUD: 0000037097 - 2024

Dependencia Solicitante:	D0027	Delegación Sonora
	SEI	Servicios Integrales
	27050001	Oficina Delegacional Son

Descripción:

Servicio: Cirugía Mínima Invasión

Fecha Impresión: 20/08/2024 Fecha Validación: 20/08/2024

		Importe	Cuenta	Partida presupuestaria	
Total Comprometido (en pesos):	$	5,500,202.12	42060419	33903	Servicios Integrales

COMPROMISO MENSUAL (en miles de pesos)

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5,500.2	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 Públicas 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: $ 5,500,202.12
CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL DOSCIENTOS DOS PESOS 12/100 MN

LIC. JUAN PEDRO BELTRAN MUÑOZ
Autorizó
TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Anexo 2

"Procedimientos y precios asignados"

PROVEEDOR: INTERMET, S.A. DE C.V.

PARTIDA	TIPO	NÚMERO	LOCALIDAD	CLAVE	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO/BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS	CANTIDAD MAXIMA	PRECIO UNITARIO SIN IVA	IMPORTE MÍNIMO SIN IVA	IMPORTE MAXIMO SIN IVA
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.01.004	ARTROSCOPÍA DE HOMBRO SIN IMPLANTE	2	$8,896.04	$7,116.83	$17,792.08
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.01.008	ARTROSCOPIA DE RODILLA CON IMPLANTE	4	$11,105.29	$17,768.46	$44,421.16
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.01.010	ARTROSCOPIA DE RODILLA	2	$8,031.97	$6,425.58	$16,063.94
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.001	CISTOSCOPIA ADULTO	4	$3,243.79	$5,190.06	$12,975.16
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.011	RESECCIÓN TRANSURETERAL DE PRÓSTATA/VEJIGA RTUP/RTUV/RTUC	35	$5,157.65	$72,207.10	$180,517.75
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.015	URETROTOMÍA INTERNA ADULTO	2	$3,180.60	$2,544.48	$6,361.20
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.016	LITOTRICIA PERCUTÁNEA	4	$10,089.37	$16,142.99	$40,357.48
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.018	LITOTRICIA URETERAL RÍGIDA ADULTO	4	$6,002.08	$9,603.33	$24,008.32
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.021	CISTOSCOPIA PARA RETIRO DE CATÉTER DOBLE J	2	$3,460.05	$2,768.04	$6,920.10
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.06.010	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ADULTO	70	$6,813.87	$190,788.36	$476,970.90
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.06.011	COLECISTECTOMÍA CON EXPLORACIÓN DE VÍA BILIAR ADULTO	2	$5,424.61	$4,339.69	$10,849.22
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.06.035	NEFRECTOMÍA ADULTO	6	$15,200.37	$36,480.89	$91,202.22
1	UMAA	68	HERMOSILLO	10.01.010	ARTROSCOPIA DE RODILLA	3	$8,031.97	$9,638.36	$24,095.91
1	HGZ	14	HERMOSILLO	10.01.004	ARTROSCOPÍA DE HOMBRO SIN IMPLANTE	2	$8,896.04	$7,116.83	$17,792.08
1	HGZ	14	HERMOSILLO	10.01.008	ARTROSCOPIA DE RODILLA CON IMPLANTE	4	$11,105.29	$17,768.46	$44,421.16
1	HGZ	14	HERMOSILLO	10.01.010	ARTROSCOPIA DE RODILLA	24	$8,031.97	$77,106.91	$192,767.28
1	HGZ	14	HERMOSILLO	10.03.001	HISTEROSCOPÍA BÁSICA	2	$3,610.89	$2,888.71	$7,221.78
1	HGZ	14	HERMOSILLO	10.03.002	HISTEROSCOPÍA OPERATORIA	2	$4,944.04	$3,955.23	$9,888.08
1	HGZ	14	HERMOSILLO	10.06.004	CIRUGÍA DE HIATO ESOFÁGICO ADULTO	4	$8,728.74	$13,965.98	$34,914.96
1	HGZ	14	HERMOSILLO	10.06.010	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ADULTO	133	$6,813.87	$362,497.88	$906,244.71
1	HGZ	4	GUAYMAS	10.04.001	CISTOSCOPIA ADULTO	2	$3,243.79	$2,595.03	$6,487.58

1	HGZ	4	GUAYMAS	10.04.011	RESECCIÓN TRANSURETERAL DE PRÓSTATA/VEJIGA RTUP/RTUV/RTUC	2	$5,157.65	$4,126.12	$10,315.30
1	HGZ	4	GUAYMAS	10.06.010	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ADULTO	20	$6,813.87	$54,510.96	$136,277.40
1	HGZ	4	GUAYMAS	10.06.026	LAPAROSCOPÍA DIAGNÓSTICA ADULTO	2	$4,884.78	$3,907.82	$9,769.56
1	HGR	1	CD. OBREGÓN	10.03.001	HISTEROSCOPÍA BÁSICA	2	$3,610.89	$2,888.71	$7,221.78
1	HGR	1	CD. OBREGÓN	10.03.002	HISTEROSCOPÍA OPERATORIA	2	$4,944.04	$3,955.23	$9,888.08
1	HGR	1	CD. OBREGÓN	10.04.101	CISTOSCOPIA PEDIÁTRICA	2	$3,651.65	$2,921.32	$7,303.30
1	HGR	1	CD. OBREGÓN	10.04.115	URETROTOMÍA INTERNA PEDIÁTRICA	2	$4,698.69	$3,758.95	$9,397.38
1	HGR	1	CD. OBREGÓN	10.06.002	APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ADULTO	4	$6,986.90	$11,179.04	$27,947.60
1	HGR	1	CD. OBREGÓN	10.06.004	CIRUGÍA DE HIATO ESOFÁGICO ADULTO	2	$8,728.74	$6,982.99	$17,457.48
1	HGR	1	CD. OBREGÓN	10.06.010	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ADULTO	106	$6,813.87	$288,908.09	$722,270.22
1	HGR	1	CD. OBREGÓN	10.06.025	LAPAROSCOPÍA DE OVARIO	20	$4,976.21	$39,809.68	$99,524.20
1	HGZ	3	NAVOJOA	10.04.001	CISTOSCOPIA ADULTO	3	$3,243.79	$3,892.55	$9,731.37
1	HGZ	3	NAVOJOA	10.04.011	RESECCIÓN TRANSURETERAL DE PRÓSTATA/VEJIGA RTUP/RTUV/RTUC	18	$5,157.65	$37,135.08	$92,837.70
1	HGZ	3	NAVOJOA	10.06.010	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ADULTO	2	$6,813.87	$5,451.10	$13,627.74
1	HGZMF	5	NOGALES	10.01.004	ARTROSCOPÍA DE HOMBRO SIN IMPLANTE	2	$8,896.04	$7,116.83	$17,792.08
1	HGZMF	5	NOGALES	10.01.008	ARTROSCOPIA DE RODILLA CON IMPLANTE	3	$11,105.29	$13,326.35	$33,315.87
1	HGZMF	5	NOGALES	10.01.010	ARTROSCOPIA DE RODILLA	2	$8,031.97	$6,425.58	$16,063.94
1	HGZMF	5	NOGALES	10.01.011	ARTROSCOPÍA DE HOMBRO CON IMPLANTE	3	$14,580.67	$17,496.80	$43,742.01
1	HGZMF	5	NOGALES	10.03.001	HISTEROSCOPÍA BÁSICA	2	$3,610.89	$2,888.71	$7,221.78
1	HGZMF	5	NOGALES	10.03.002	HISTEROSCOPÍA OPERATORIA	2	$4,944.04	$3,955.23	$9,888.08
1	HGZMF	5	NOGALES	10.04.001	CISTOSCOPIA ADULTO	28	$3,243.79	$36,330.45	$90,826.12
1	HGZMF	5	NOGALES	10.04.011	RESECCIÓN TRANSURETERAL DE PRÓSTATA/VEJIGA RTUP/RTUV/RTUC	28	$5,157.65	$57,765.68	$144,414.20
1	HGZMF	5	NOGALES	10.04.015	URETROTOMÍA INTERNA ADULTO	2	$3,180.60	$2,544.48	$6,361.20
1	HGZMF	5	NOGALES	10.04.020	LITOTRICIA URETERAL FLEXIBLE ADULTO (LÁSER)	3	$15,276.78	$18,332.14	$45,830.34

1	HGZMF	5	NOGALES	10.06.002	APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ADULTO	2	$6,986.90	$5,589.52	$13,973.80
1	HGZMF	5	NOGALES	10.06.004	CIRUGÍA DE HIATO ESOFÁGICO ADULTO	2	$8,728.74	$6,982.99	$17,457.48
1	HGZMF	5	NOGALES	10.06.010	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ADULTO	78	$6,813.87	$212,592.74	$531,481.86
1	HGZMF	5	NOGALES	10.06.024	LAPAROSCOPÍA CON TOMA DE BIOPSIA ADULTO	2	$3,508.57	$2,806.86	$7,017.14
1	HGZMF	5	NOGALES	10.06.026	LAPAROSCOPÍA DIAGNÓSTICA ADULTO	4	$4,884.78	$7,815.65	$19,539.12
1	HGZMF	5	NOGALES	10.06.027	LAPAROSCOPÍA ETAPIFICADORA PARA CÁNCER GINECOLÓGICO	2	$6,375.42	$5,100.34	$12,750.84
1	HGSMF	12	AGUA PRIETA	10.06.010	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ADULTO	2	$6,813.87	$5,451.10	$13,627.74
1	HGSMF	12	AGUA PRIETA	10.06.026	LAPAROSCOPÍA DIAGNÓSTICA ADULTO	2	$4,884.78	$3,907.82	$9,769.56
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.904	SONDA PARA DRENAJE URINARIO DE PERMANENCIA PROLONGADA, DE ELASTÓMERO DE SILICÓN Ó TOTALMENTE DE SILICÓN, CON GLOBO DE AUTO RETENCIÓN DE 5 Y 30 ML., ESTÉRIL Y DESECHABLE, TIPO FOLEY DE DOS Ó TRES VÍAS, CALIBRES: 14, 16, 18, 20, 22 Y 24 FR.	1	$278.63	$111.45	$278.63
1	HGZ	2	HERMOSILLO	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.	1	$1,835.33	$734.13	$1,835.33
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.907	BALÓN DILATADOR PARA TRACTO PERCUTÁNEO.	1	$7,483.73	$2,993.49	$7,483.73
1	HGZ	2	HERMOSILLO	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.	1	$114.33	$45.73	$114.33

1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.909	CATÉTER URETERAL PARA PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA DE 3 A 5 FR., DE 40 A 70 CM., DE LONGITUD.	1	$286.49	$114.60	$286.49
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.910	CUCHILLO RECTO Y DE MEDIA LUNA PARA URETROTOMO COMPATIBLE CON EL EQUIPO.	1	$3,131.11	$1,252.44	$3,131.11
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.912	DILATADOR URETERAL DE BALÓN, HIDRÁULICO DE 6 FR. X 10 CM, INCLUYE SISTEMA DE INFLADO.	1	$5,171.80	$2,068.72	$5,171.80
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.913	CAMISA DE ACCESO URETERAL DE DOBLE LUMEN, DE 35 CM., DE LONGITUD.	1	$5,061.67	$2,024.67	$5,061.67
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.914	GUÍA EXTRARÍGIDA DE ALAMBRE DE 0.035" A 0.038”, 145 A 150 CM.	1	$1,090.80	$436.32	$1,090.80
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.915	CANASTILLA DE DORMIA DE NITINOL DE 4 A 4.5 FR. X 65 A 90 CM., DE LONGITUD Y DIÁMETRO DE CANASTA DE 1 A 2 CM.	1	$5,466.92	$2,186.77	$5,466.92
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.916	CANASTILLA DE DORMIA DE NITINOL DE 1.8 A 3 FR. (URETEROLITO LÁSER FLEXIBLE).	1	$4,495.86	$1,798.34	$4,495.86
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.917	DILATADOR URETERAL DE BALÓN DE 3.8 FR. X 10 CM., Ó 4 FR. X 10 CM. PARA PEDIATRÍA 3.8 A 4 FR X 4 CM DE LONGITUD DE BALÓN.	1	$4,207.47	$1,682.99	$4,207.47
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.918	CAMISA DE ACCESO URETERAL HIDROFÍLICA.	1	$2,709.90	$1,083.96	$2,709.90
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.919	JUEGO DE DILATADORES PERCUTÁNEOS TIPO AMPLATZ DE 8 A 30 FR.	1	$4,826.22	$1,930.49	$4,826.22
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.920	GUÍA DE ALAMBRE DE NITINOL DE 0.035" A 0.038”, 145 A 150 CM.	1	$1,001.40	$400.56	$1,001.40
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.921	AGUJA DE ACCESO PERCUTÁNEO.	1	$1,118.94	$447.58	$1,118.94
1	HGZ	2	HERMOSILLO	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	$4,509.06	$1,803.62	$4,509.06
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.923	ELECTRODO DE VAPORIZACIÓN PARA	1	$1,828.77	$731.51	$1,828.77

					ENDOUROLOGÍA				
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.924	CATÉTER CON BALÓN DE OCLUSIÓN DE 5 A 7 FR. X 75 A 100 CM., DE LONGITUD.	1	$3,107.59	$1,243.04	$3,107.59
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.925	BALÓN DILATADOR URETERAL CALIBRE 3.8 FR. X 10 CM., O 4 FR. X 10 CM.	1	$5,554.90	$2,221.96	$5,554.90
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.04.926	CATÉTER TIPO OPEN-END URETERAL 3 A 4 FR.	1	$260.36	$104.14	$260.36
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.06.902	ENGRAPADORA ARTICULADA LINEAL LAPAROSCÓPICA CON CORTE Y CARTUCHOS CON RANGO DESDE 30MM HASTA 60 MM., EN UNA SOLA Ó POR SEPARADO.	1	$7,561.11	$3,024.44	$7,561.11
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.06.903	CARTUCHO 30 A 35, 45, 60 MM., DE LONGITUD CON GRAPAS DE 1.0 A 4.5 MM., DE ALTURA.	1	$5,927.68	$2,371.07	$5,927.68
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.06.906	SISTEMA DE FIJACIÓN BIODEGRADABLE PARA FIJACIÓN DE MALLA.	1	$9,534.15	$3,813.66	$9,534.15
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.06.907	SISTEMA DE FIJACIÓN HELICOIDAL DE ALEACIÓN DE TITANIO PARA MALLA LAPAROSCÓPICA	1	$8,576.36	$3,430.54	$8,576.36
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.06.908	CLIP VASCULAR POLÍMERO MEDIANO/LARGO, LARGO O EXTRALARGO.	1	$562.07	$224.83	$562.07
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.06.909	ENGRAPADORA CIRCULAR DESDE 28 A 34 MM., CON CAPUCHÓN.	1	$8,161.97	$3,264.79	$8,161.97
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.06.910	DRENAJE FLEXIBLE CON DISEÑO DE 4 CANALES, 10 FR. Y 19FR, SIN HUB, TRÓCAR 1/4"Y 1/8". CON RESERVORIO.	1	$1,884.39	$753.76	$1,884.39
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.06.911	PAQUETE DE CLIPS PARA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, DE TITANIO, ESTÉRIL DESECHABLE, TAMAÑOS: MEDIANO Ó MEDIANO/LARGO.	1	$177.95	$71.18	$177.95
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.06.912	TRÓCAR CON BALÓN DILATADOR PARA ESPACIO	1	$4,446.61	$1,778.64	$4,446.61

					RETROPERITONEAL O EQUIVALENTE.				
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.06.915	BOLSA COLECTORA DE ESPÉCIMEN PEQUEÑA Ó GRANDE SEGÚN PIEZA A EXTRAER.	1	$406.88	$162.75	$406.88
1	HGZ	2	HERMOSILLO	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).	1	$10,745.25	$4,298.10	$10,745.25
1	HGZ	2	HERMOSILLO	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.	1	$2,888.78	$1,155.51	$2,888.78
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.01.902	EQUIPO DE INJERTO OSTEOCONDRAL MOSAICOPLASTIA Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA SU USO.	1	$10,233.75	$4,093.50	$10,233.75
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.01.903	ANCLAS BIODEGRADABLE O COMPUESTAS SIN NUDO DE 2.6 A 6.5 MM.	1	$5,755.87	$2,302.35	$5,755.87
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.01.904	TORNILLO DE BIOTENODESIS O SIMILAR COMPUESTO O BIOCOMPATIBLE DIVERSAS MEDIDAS.	1	$4,471.01	$1,788.40	$4,471.01
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.01.905	TORNILLO DE REVISIÓN.	1	$2,902.48	$1,160.99	$2,902.48
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.01.906	SISTEMA DE CORTICO FEMORAL.	1	$4,431.00	$1,772.40	$4,431.00
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.01.907	SISTEMA DE CORTICO FEMORAL DE REVISIÓN.	1	$2,960.71	$1,184.28	$2,960.71
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.01.908	SISTEMA DE REPARACIÓN DE MENISCO.	1	$3,948.26	$1,579.30	$3,948.26

1	HGZ	2	HERMOSILLO	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.	1	$3,182.11	$1,272.84	$3,182.11
1	HGZ	2	HERMOSILLO	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.	1	$3,556.10	$1,422.44	$3,556.10
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.01.911	SISTEMA DE FIJACIÓN DEL REBORDE GLENOIDEO, CON CABEZA DE 2.8 A 3.5 MM., DE DIÁMETRO	1	$2,980.61	$1,192.24	$2,980.61
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.01.912	SISTEMA DE REPARACIÓN DE MUÑECA, CODO Y TOBILLOS TIPO ANCLA ENTRE 1.7 A 3.7 MM.	1	$4,449.30	$1,779.72	$4,449.30
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.01.913	SISTEMA DE REDUCCIÓN POR BOTONES CORTICAL PARA LESIONES DE SINDESMOSIS SIN NUDOS, ACERO INOXIDABLE O TITANIO.	1	$12,730.83	$5,092.33	$12,730.83
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.01.914	CONSUMIBLES PARA DISTRACTORES DE ARTROSCOPIA DE TOBILLO, HOMBRO EN DECÚBITO LATERAL, HOMBRO EN SILLA DE PLAYA, Y ARTROSCOPIA DE MUÑECA.	1	$2,424.82	$969.93	$2,424.82
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.01.915	SISTEMA DE REDUCCIÓN ACROMIO CLAVICULAR POR BOTONES CORTICALES Y SUTURA DE ESPECIALIDAD.	1	$4,127.63	$1,651.05	$4,127.63
1	HGZ	2	HERMOSILLO	10.01.916	FRESA CORTANTE O ESFÉRICA PARA HUESO DURO Y CARTÍLAGO DE 3.0 A 5.5 MM., DIÁMETRO POR 10.5 A 17 CM., DE LONGITUD.	1	$1,334.01	$533.60	$1,334.01
1	UMAA	68	HERMOSILLO	10.01.908	SISTEMA DE REPARACIÓN	1	$3,948.26	$1,579.30	$3,948.26

					DE MENISCO.				
1	UMAA	68	HERMOSILLO	10.01.916	FRESA CORTANTE O ESFÉRICA PARA HUESO DURO Y CARTÍLAGO DE 3.0 A 5.5 MM., DIÁMETRO POR 10.5 A 17 CM., DE LONGITUD.	1	$1,334.01	$533.60	$1,334.01
1	HGZ	14	HERMOSILLO	10.06.902	ENGRAPADORA ARTICULADA LINEAL LAPAROSCÓPICA CON CORTE Y CARTUCHOS CON RANGO DESDE 30MM HASTA 60 MM., EN UNA SOLA Ó POR SEPARADO.	1	$7,561.11	$3,024.44	$7,561.11
1	HGZ	14	HERMOSILLO	10.06.903	CARTUCHO 30 A 35, 45, 60 MM., DE LONGITUD CON GRAPAS DE 1.0 A 4.5 MM., DE ALTURA.	1	$5,927.68	$2,371.07	$5,927.68
1	HGZ	14	HERMOSILLO	10.06.908	CLIP VASCULAR POLÍMERO MEDIANO/LARGO, LARGO O EXTRALARGO.	1	$562.07	$224.83	$562.07
1	HGZ	14	HERMOSILLO	10.06.909	ENGRAPADORA CIRCULAR DESDE 28 A 34 MM., CON CAPUCHÓN.	1	$8,161.97	$3,264.79	$8,161.97
1	HGZ	14	HERMOSILLO	10.06.911	PAQUETE DE CLIPS PARA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, DE TITANIO, ESTÉRIL DESECHABLE, TAMAÑOS: MEDIANO Ó MEDIANO/LARGO.	1	$177.95	$71.18	$177.95
1	HGZ	14	HERMOSILLO	10.01.908	SISTEMA DE REPARACIÓN DE MENISCO.	1	$3,948.26	$1,579.30	$3,948.26
1	HGZ	14	HERMOSILLO	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.	1	$3,182.11	$1,272.84	$3,182.11
1	HGZ	4	GUAYMAS	10.06.911	PAQUETE DE CLIPS PARA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, DE TITANIO, ESTÉRIL DESECHABLE, TAMAÑOS: MEDIANO Ó MEDIANO/LARGO.	1	$177.95	$71.18	$177.95

1	HGR	1	CD. OBREGÓN	10.06.911	PAQUETE DE CLIPS PARA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, DE TITANIO, ESTÉRIL DESECHABLE, TAMAÑOS: MEDIANO Ó MEDIANO/LARGO.	1	$177.95	$71.18	$177.95
1	HGZ	3	NAVOJOA	10.04.910	CUCHILLO RECTO Y DE MEDIA LUNA PARA URETROTOMO COMPATIBLE CON EL EQUIPO.	1	$3,131.11	$1,252.44	$3,131.11
1	HGZ	3	NAVOJOA	10.06.911	PAQUETE DE CLIPS PARA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, DE TITANIO, ESTÉRIL DESECHABLE, TAMAÑOS: MEDIANO Ó MEDIANO/LARGO.	1	$177.95	$71.18	$177.95
1	HGZMF	5	NOGALES	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).	1	$2,160.07	$864.03	$2,160.07
1	HGZMF	5	NOGALES	10.02.902	FRESA CORTANTE O ESFÉRICA O CILINDRICA PARA HUESO DURO Y CARTÍLAGO DE 3.0 A 4.0 MM., DIÁMETRO POR 10.5 A 12.5 CM., DE LONGITUD.	1	$6,343.98	$2,537.59	$6,343.98
1	HGZMF	5	NOGALES	10.04.904	SONDA PARA DRENAJE URINARIO DE PERMANENCIA PROLONGADA, DE ELASTÓMERO DE SILICÓN Ó TOTALMENTE DE SILICÓN, CON GLOBO DE AUTO RETENCIÓN DE 5 Y 30 ML., ESTÉRIL Y DESECHABLE, TIPO FOLEY DE DOS Ó TRES VÍAS, CALIBRES: 14, 16, 18, 20, 22 Y 24 FR.	1	$278.63	$111.45	$278.63
1	HGZMF	5	NOGALES	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	1	$1,835.33	$734.13	$1,835.33

					POLIURETANO. RADIOPACO. CON POSICIONADOR.				
1	HGZMF	5	NOGALES	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.	1	$114.33	$45.73	$114.33
1	HGZMF	5	NOGALES	10.04.909	CATÉTER URETERAL PARA PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA DE 3 A 5 FR., DE 40 A 70 CM., DE LONGITUD.	1	$286.49	$114.60	$286.49
1	HGZMF	5	NOGALES	10.04.910	CUCHILLO RECTO Y DE MEDIA LUNA PARA URETROTOMO COMPATIBLE CON EL EQUIPO.	1	$3,131.11	$1,252.44	$3,131.11
1	HGZMF	5	NOGALES	10.04.912	DILATADOR URETERAL DE BALÓN, HIDRÁULICO DE 6 FR. X 10 CM, INCLUYE SISTEMA DE INFLADO.	1	$5,171.80	$2,068.72	$5,171.80
1	HGZMF	5	NOGALES	10.04.914	GUÍA EXTRARÍGIDA DE ALAMBRE DE 0.035" A 0.038”, 145 A 150 CM.	1	$1,090.80	$436.32	$1,090.80
1	HGZMF	5	NOGALES	10.04.915	CANASTILLA DE DORMIA DE NITINOL DE 4 A 4.5 FR. X 65 A 90 CM., DE LONGITUD Y DIÁMETRO DE CANASTA DE 1 A 2 CM.	1	$5,466.92	$2,186.77	$5,466.92
1	HGZMF	5	NOGALES	10.04.916	CANASTILLA DE DORMIA DE NITINOL DE 1.8 A 3 FR. (URETEROLITO LÁSER FLEXIBLE).	1	$4,495.86	$1,798.34	$4,495.86
1	HGZMF	5	NOGALES	10.04.923	ELECTRODO DE VAPORIZACIÓN PARA ENDOUROLOGÍA	1	$1,828.77	$731.51	$1,828.77
1	HGZMF	5	NOGALES	10.04.924	CATÉTER CON BALÓN DE OCLUSIÓN DE 5 A 7 FR. X 75 A 100 CM., DE LONGITUD.	1	$3,107.59	$1,243.04	$3,107.59
1	HGZMF	5	NOGALES	10.04.926	CATÉTER TIPO OPEN-END URETERAL 3 A 4 FR.	1	$260.36	$104.14	$260.36
1	HGZMF	5	NOGALES	10.06.906	SISTEMA DE FIJACIÓN BIODEGRADABLE PARA FIJACIÓN DE MALLA.	1	$9,534.15	$3,813.66	$9,534.15

1	HGZMF	5	NOGALES	10.06.907	SISTEMA DE FIJACIÓN HELICOIDAL DE ALEACIÓN DE TITANIO PARA MALLA LAPAROSCÓPICA	1	$8,576.36	$3,430.54	$8,576.36
1	HGZMF	5	NOGALES	10.06.911	PAQUETE DE CLIPS PARA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, DE TITANIO, ESTÉRIL DESECHABLE, TAMAÑOS: MEDIANO Ó MEDIANO/LARGO.	1	$177.95	$71.18	$177.95
1	HGZMF	5	NOGALES	10.01.903	ANCLAS BIODEGRADABLE O COMPUESTAS SIN NUDO DE 2.6 A 6.5 MM.	1	$5,755.87	$2,302.35	$5,755.87
1	HGZMF	5	NOGALES	10.01.904	TORNILLO DE BIOTENODESIS O SIMILAR COMPUESTO O BIOCOMPATIBLE DIVERSAS MEDIDAS.	1	$4,471.01	$1,788.40	$4,471.01
1	HGZMF	5	NOGALES	10.01.908	SISTEMA DE REPARACIÓN DE MENISCO.	1	$3,948.26	$1,579.30	$3,948.26
1	HGZMF	5	NOGALES	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.	1	$3,182.11	$1,272.84	$3,182.11
1	HGZMF	5	NOGALES	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.	1	$3,556.10	$1,422.44	$3,556.10
1	HGZMF	5	NOGALES	10.01.916	FRESA CORTANTE O ESFÉRICA PARA HUESO DURO Y CARTÍLAGO DE 3.0 A 5.5 MM., DIÁMETRO POR 10.5 A 17 CM., DE LONGITUD.	1	$1,334.01	$533.60	$1,334.01
1	HGSMF	12	AGUA PRIETA	10.06.902	ENGRAPADORA ARTICULADA LINEAL LAPAROSCÓPICA CON CORTE Y CARTUCHOS CON RANGO DESDE 30MM HASTA 60 MM., EN UNA SOLA Ó POR	1	$7,561.11	$3,024.44	$7,561.11

					SEPARADO.				
1	HGSMF	12	AGUA PRIETA	10.06.903	CARTUCHO 30 A 35, 45, 60 MM., DE LONGITUD CON GRAPAS DE 1.0 A 4.5 MM., DE ALTURA.	1	$5,927.68	$2,371.07	$5,927.68
1	HGSMF	12	AGUA PRIETA	10.06.907	SISTEMA DE FIJACIÓN HELICOIDAL DE ALEACIÓN DE TITANIO PARA MALLA LAPAROSCÓPICA	1	$8,576.36	$3,430.54	$8,576.36
1	HGSMF	12	AGUA PRIETA	10.06.908	CLIP VASCULAR POLÍMERO MEDIANO/LARGO, LARGO O EXTRALARGO.	1	$562.07	$224.83	$562.07
1	HGSMF	12	AGUA PRIETA	10.06.909	ENGRAPADORA CIRCULAR DESDE 28 A 34 MM., CON CAPUCHÓN.	1	$8,161.97	$3,264.79	$8,161.97
1	HGSMF	12	AGUA PRIETA	10.06.911	PAQUETE DE CLIPS PARA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, DE TITANIO, ESTÉRIL DESECHABLE, TAMAÑOS: MEDIANO Ó MEDIANO/LARGO.	1	$177.95	$71.18	$177.95
1	HGSMF	12	AGUA PRIETA	10.06.912	TRÓCAR CON BALÓN DILATADOR PARA ESPACIO RETROPERITONEAL O EQUIVALENTE.	1	$4,446.61	$1,778.64	$4,446.61
1	HGSMF	12	AGUA PRIETA	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).	1	$10,745.25	$4,298.10	$10,745.25
							SUBTOTAL	**$ 1,896,621.42**	**$4,741,553.55**
								IVA	**$758,648.57**
								TOTAL	**$5,500,202.12**

Anexo 3

"Términos y Condiciones"

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TERMINOS Y CONDICIONES

Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión.

Servicios Médicos Integrales

Términos Y Condiciones Para La Contratación Del Servicio Médico Integral De Procedimientos De Mínima Invasión Tanto Diagnósticos Como Terapéuticos.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

1. DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO 3
1.1 EN EL DESARROLLO DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS. 3
1.2 PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS 3
1.3 SUSTITUCIÓN DE EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL Y BIENES DE CONSUMO 3
1.4 SERVICIO INTEGRAL ITINERANTE PARA UNIDADES MÉDICAS. 3
1.5 REASIGNACIÓN DE NÚMERO Y TIPO DE PROCEDIMIENTOS 4
1.6 EQUIPOS MÉDICOS Y CONTENEDORES QUE UTILIZAN GASES 4
1.7 INFORMACIÓN DE LOS CONTENIDOS Y REQUERIMIENTOS DE LA UNIDAD MÉDICA ASIGNADA 4
1.8 EQUIPO MÉDICO ITINERANTE 5
1.9 SEGUIMIENTO Y CONTROL POR LA COCTI 5
1.10 PROCEDIMIENTOS EXCLUSIVOS PARA UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD (UMAE) 5
2. NIVELES DE SERVICIO 6
3. TIPO Y VIGENCIA DEL CONTRATO 7
4. TIPO DE ABASTECIMIENTO 8
5. UNIDAD DE MEDIDA 8
6. CANTIDADES DETERMINADAS 8
7. NORMAS OFICIALES QUE DEBEN CONSIDERAR A CUMPLIR LOS LICITANTES, PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 11
8. VISITA A LAS INSTALACIONES INSTITUCIONALES 11
9. PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO 12
10. DEDUCCIONES 15
11. GARANTÍA DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS 21
12. CONDICIONES Y FORMA DE PAGO DEL SERVICIO 21
13. MECANISMOS DE COMPROBACIÓN 22
14. FORMA Y TÉRMINOS EN QUE SE REALIZARÁ LA VERIFICACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL SERVICIO Y LA ACEPTACIÓN DEL MISMO 22
15. ACCIONES POSTERIORES A LA FIRMA DEL CONTRATO Y PREVIO AL INICIO DEL SERVICIO 27

16. OBLIGACIONES DEL LICITANTE ADJUDICADO A LA CONCLUSIÓN DEL CONTRATO 27
17. TERMINACIÓN DEL CONTRATO 27
18. MODIFICACIONES AL CONTRATO 28
19. SERVIDORES PÚBLICOS RESPONSABLES DE ADMINISTRAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO 28

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN 2024

1. DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

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

1.1 EN EL DESARROLLO DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS.

En el caso de llevarse a cabo en el mismo evento endoscópico, más de un procedimiento del catálogo, **se cobrará sólo el de mayor costo**, y los bienes de consumo complementarios que se hayan utilizado.

1.2 PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

Si por razones varias, resultara que en un procedimiento diagnóstico no se completa la visualización ni la conclusión del procedimiento, **este no será facturado**. En el caso de procedimiento terapéutico en el cual no se completó el tratamiento específico programado, este será facturado como procedimiento diagnóstico.

1.3 SUSTITUCIÓN DE EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL Y BIENES DE CONSUMO

Si el equipo médico, instrumental y bienes de consumo con los que el proveedor proporciona el servicio no cumplen con la funcionalidad o no dispone del mismo, tendrá que sustituirlo por otro que cumpla con la misma función y calidad, previa notificación al administrador del contrato por medio del **ANEXO T16 "Reporte de Incidencias"**, el **Técnico del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión** deberá dar la continuidad del servicio con la notificación al proveedor. Y si el equipo, instrumental o bien de consumo sustituido tiene mayor precio, se deberá facturar con el precio del bien inicialmente solicitado. Esto deberá registrarse en la hoja de consumo respectiva y estar firmado por el médico y el personal **Técnico del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión** del proveedor, al finalizar dicho procedimiento.

En el caso que este bien de consumo persista con defecto en la funcionalidad del producto, deberá cambiarse por otro que cumpla con las especificaciones técnicas solicitadas y deberá presentar la documentación correspondiente a los registros sanitarios. Esta sustitución se realizará dentro de los 5 (cinco) días hábiles a la notificación.

1.4 SERVICIO INTEGRAL ITINERANTE PARA UNIDADES MÉDICAS.

Se considerarán para un Servicio Integral Itinerante a las unidades médicas que por su requerimiento anual no cumplen con el indicador mínimo necesario establecido de procedimientos como se muestra a continuación:

- **Paquete 1:** entre 90 (noventa) a 200 (doscientos) procedimientos
- **Paquete 2**: entre 100 (cien) a 935 (novecientos treinta y cinco)
- **Paquete 3:** No hay servicio itinerante
- **Paquete 4:** No hay servicio itinerante
- **Paquete 5:** No hay servicio itinerante

El proveedor podrá ofrecer sus servicios en la modalidad de itinerante. En este servicio, las unidades médicas institucionales deberán hacer su solicitud de Servicio Médico Integral con un lapso mínimo de 7 (siete) días para la realización de los procedimientos y de común acuerdo entre las partes, esta petición se hará vía telefónica y correo electrónico; el servicio otorgado deberá ser de la misma calidad del servicio integral con equipo médico fijo asignado.

El servicio **itinerante** deberá planearse cronológicamente en las Partidas y Zonas geográficas asignadas, para que el equipo médico e instrumental quirúrgico y bienes de consumo sea utilizado en **forma alterna y secuencial** dentro de la misma Delegación, garantizando la atención y la realización del procedimiento a través de un Cronograma de Actividades, **ANEXO**

T28 "Cronograma de Actividades del Servicio Itinerante", consensado con los jefes de servicio de cada unidad médica, en esta modalidad de servicio, de acuerdo a su productividad. En el **ANEXO T11 "Guía de Distribución de Equipo Médico e Instrumental por Unidad Médica"** se describen las unidades y requerimientos que son factibles de recibir este servicio así como la sugerencia de equipamiento e instrumental asignado, en caso de unidades con equipo fijo (Torres laparoscópicas) pero con baja productividad de determinada clave de procedimiento, el set de instrumental específico (ejemplo; sets de instrumental de pequeñas articulaciones) **podrá ser itinerante** siendo decisión del licitante adjudicado la logística de acuerdo al Cronograma de actividades, **ANEXO T28 "Cronograma de Actividades del Servicio Itinerante** "una vez consensado con las unidades médicas (jefes de áreas quirúrgicas), pudiendo ser estas como **jornadas quirúrgicas** de un día o más según el requerimiento en ese momento, de tal forma que en cada jornada podrán realizarse tres (3) procedimientos como mínimo para el **Paquete 1**, seis (6) procedimientos como mínimo para el **Paquete 2.**

1.5 REASIGNACIÓN DE NÚMERO Y TIPO DE PROCEDIMIENTOS

La determinación del número y tipo de procedimientos asignados en el **ANEXO T1 "Requerimientos de Procedimientos, y Bienes de Consumo Complementarios por Unidad Médica"** así como en el **ANEXO T4 "Bienes de Consumo Básicos y Complementarios"**, por UMAE/Delegación, **es de tipo enunciativo** sin embargo, **no es limitativo**, de tal manera que las Delegaciones y UMAE, podrán realizar los siguientes cambios:

- 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 Delegación**, respetando el presupuesto asignado.**
- 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 Delegación.
- Dentro de una zona se podrá realizar cambios en el presupuesto asignado entre las Delegaciones/UMAE, de ser requerido con base a la productividad y necesidades de atención al derechohabiente, previo acuerdo entre las partes.
- En UMAE que se encuentren con cambios en sus necesidades de procedimientos podrán realizar el cambio de presupuesto y asignación de requerimientos con otra UMAE para ejercer los procedimientos y presupuesto asignado.

1.6 EQUIPOS MÉDICOS Y CONTENEDORES QUE UTILIZAN GASES

En relación con el Tanque Contenedor de CO2 y el Gas CO2, que se encuentra en función de las torres de visualización, el proveedor adjudicado tendrá la responsabilidad del abasto necesario para llevar a cabo los procedimientos de Mínima Invasión que lo requieran. A excepción de una UMAE o Delegación que cuente con artroscopia tanto de hombro y rodilla; así como en aquellas unidades con la especialidad de Otorrinolaringología, en cuyos casos no es necesaria la aplicación de CO2. En este mismo sentido no serán necesarios los equipos como, Insuflador de CO2 y Capnógrafo, por tanto, estos equipos podrán ser excluidos en aquellas torres asignadas a estos servicios (otorrinolaringología y ortopedia).
Para las unidades de Facoemulsificación con bomba tipo Venturi, el proveedor deberá contar con tanque o fuente de Nitrógeno para el funcionamiento del equipo.

1.7 INFORMACIÓN DE LOS CONTENIDOS Y REQUERIMIENTOS DE LA UNIDAD MÉDICA ASIGNADA

Como parte del Servicio el proveedor deberá de informar a la Unidades Médicas asignadas el contenido de su servicio integral específico para esa unidad, es decir deberá de informar al área operativa: cirujanos y/o endoscopistas, que equipo médico, sets de instrumental y bienes de consumo tanto básicos como complementarios tienen asignados, debiendo de tener evidencia de esta información y en apego a **ANEXO T27 "Información de los Contenidos y Requerimientos de la Unidad**

Médica Asignada a Proporcionar en el SMI de PMI" dentro de los días 80 (ochenta) al 88 (ochenta y ocho) posteriores a la emisión del fallo.

1.8 EQUIPO MÉDICO ITINERANTE

Estos equipos por tener características especiales en su requerimiento y tipo de paciente al cual está dirigido se considerarán en la modalidad **"Equipo Itinerante",** entendiéndose: aquel equipo que puede ofertar el proveedor y que tiene la posibilidad de trasladarlo entre las unidades médicas que se encuentren en su zona 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:

- Láser Quirúrgico de Holmio
- Equipo de Cápsula endoscópica
- Equipo de Grabador de pH con impedancia
- Manómetro esofágico/ano-rectal de alta resolución

Por tanto, la movilidad o no de estos equipos itinerantes, serán a consideración y bajo la responsabilidad del proveedor, manteniendo la calidad del servicio en la realización de los procedimientos y sin generar un costo extra.

1.9 SEGUIMIENTO Y CONTROL POR LA COCTI

Para el caso del equipo médico, instrumental y bienes de consumo, en relación con su funcionamiento, toda aquella incidencia reportada a través del **ANEXO T16 "Reporte de incidencias"**, además se deberá de notificar a la COCTI, con la finalidad de tener un control interno, así como su seguimiento y resolución con apego a los numerales **9 Penalizaciones** y **10 Deducciones**.

1.10 PROCEDIMIENTOS EXCLUSIVOS PARA UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD (UMAE)

1.10.1 Para el caso de los procedimientos de Artroscopia de Cadera clave 10.01.013 y Artroscopia de cadera con implante clave 10.01.014, estos solo serán asignados y podrán ser llevados a cabo en las Unidades Médicas de Alta Especialidad. Así como los bienes de consumo complementarios relacionados a los procedimientos en mención.

1.10.2 Los siguientes Bienes de Consumo Complementarios enlistados a continuación podrán solicitarse dependiendo de la necesidad de la unidad médica pero sin sobrepasar el 30 % de su requerimiento del procedimiento 10.01.012 y 10.01.013.

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 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

1.10.3 Para el caso del procedimiento 10.06.157 Laparoscopia con corrección de malformaciones congénitas de tubo digestivo, en la UMAE HP Siglo XXI, se podrán realizar corrección del tracto genitourinario, toda vez que son utilizados los mismos bienes de consumo aplicados en este procedimiento, siendo esta UMAE la única unidad médica en solicitar este tipo de procedimientos.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

2. 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 de PMI** para la prestación del servicio de acuerdo con lo solicitado en los apartados: 1. EQUIPO MÉDICO del **ANEXO técnico** 4. LUGAR, PLAZO Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.	Dentro de los de 90 días naturales contados a partir de la emisión del fallo.
Dotación de los sets de instrumental descrito en el ANEXO T 3. En el apartado: 3 INSTRUMENTAL	El día natural 90 a partir del fallo.
Primera dotación de bienes de consumo corresponderá al consumo estimado de 7 días hábiles por UMAE/Delegación.	El día natural 90 a partir del fallo.
Mantenimiento preventivo se realizaría cuando menos cada 2 meses o antes de ser necesario de los equipos médicos y del instrumental del SMI de PMI.	En los periodos contenidos en el Reporte de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Médicos e Instrumental conforme a lo establecido en punto 5.1 del ANEXO técnico.
Reporte de Mantenimiento **Preventivo** de los Equipos Médicos e Instrumental.	El Programa de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Médicos, se realizará como el manual de operación del **FABRICANTE** sugiera utilizando el **ANEXO T5 "Reporte de mantenimiento Preventivo de los equipos médicos e instrumental".**
Reporte de Mantenimiento **correctivo** de los equipos médicos del **SMI de PMI**, y asistencia técnica en términos del numeral 5.2 MANTENIMIENTO CORRECTIVO	En un plazo máximo de 48 (cuarenta y ocho) horas 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 **ANEXO T6 "Reporte de mantenimiento correctivo de los equipos médicos e instrumental"**
Asistencia Técnica: deberá proporcionar la asistencia técnica, para el uso óptimo de los equipos médicos, accesorios e instrumental y bienes de consumo.	Previo al procedimiento conforme a lo establecido en punto 6.1 del ANEXO técnico. Durante el procedimiento conforme a lo establecido en punto 6.1 del ANEXO técnico. Posterior al procedimiento conforme a lo establecido en punto 6.1 del ANEXO técnico.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO
Para el Técnico del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión de Endoscopia deberá cumplir con el Manual de Procedimientos del Proceso de Desinfección de Alto Nivel y Esterilización para los endoscopios.	**ANEXO T 25** "Manual de Desinfección de Alto Nivel" (DAN)
Para el Técnico del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión, presentarse al servicio de Cirugía y/o Endoscopia	Horario de inicio y presentación del Técnico del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión. En el turno matutino 7:30 AM En el turno vespertino 1:30 PM En el turno nocturno 8:00 PM Este último se deberá coordinar con los jefes de servicio.
Bien de consumo básico y complementario con defecto o falla.	La sustitución inmediata por otro de iguales características a las requeridas.
El proveedor entregará a través de su Técnico del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión el instrumental y bienes de consumo, estériles y completos.	Deberá entregar y tener listos 30 (treinta) minutos antes de cada procedimiento endoscópico
Capacitación previa.	**La capacitación técnica previa** deberá otorgarse a partir del día 60 (sesenta) posterior al fallo.

3. TIPO Y VIGENCIA DEL CONTRATO

El Tipo de Contrato a celebrarse será Abierto, de conformidad con el artículo 47 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, siendo su vigencia a partir del **emisión del fallo hasta el 31 de octubre del 2024.**

LUGAR, PLAZO Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

a. LUGAR

La prestación del servicio será otorgada en las 35 Delegaciones y 23 UMAE como se muestra en el **ANEXO T12 Catálogo de Unidades Médicas.**

b. PLAZO

El licitante adjudicado contará con un margen de 90 días naturales posteriores a la emisión del fallo para la puesta a punto del servicio.

c. CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El Licitante Adjudicado procederá a realizar las adecuaciones del área, entregará, instalará y pondrá a punto los equipos de los Procedimientos de Mínima Invasión, entregando la primera dotación de los **bienes de consumo** el día natural 80 (ochenta) a partir de la emisión y notificación del fallo, entregando la primera dotación del **instrumental** el día natural 80 (ochenta) a partir de la emisión y notificación del fallo, la unidad médica proporcionará el listado del personal para capacitación el día natural 40 (cuarenta) a partir de la emisión y notificación del fallo.

Los licitantes adjudicados a partir de la emisión del fallo, en un plazo no mayor a 5 días naturales, deberán afinar detalles de la integración del PLAN DE TRABAJO.

4. TIPO DE ABASTECIMIENTO

Se adjudicará a un solo Licitante por partida completa, un licitante podrá participar en una o varias partidas.
Los licitantes, para la presentación de sus proposiciones deberán ajustarse estrictamente a los requisitos y especificaciones técnico médicas previstas en este documento, describiendo en forma amplia y detallada las características del servicio que se está ofertando.

De conformidad con el Artículo 36 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, así como su reglamento Art. 51, el criterio de evaluación del presente procedimiento **es Binario.**
El licitante podrá ofertar por separado cada una de las Partidas según sea el caso. Por tanto, el licitante podrá obtener las partidas que le interesen pudiendo ser una o dos o más, en estas están incluidas tanto Delegaciones como UMAE, considerando el **Catálogo de Procedimientos** del ANEXO Técnico.

5. UNIDAD DE MEDIDA

La unidad de medida se refiere al **Procedimiento Realizado** de mínima invasión de acuerdo con el **ANEXO T1 "Requerimientos del Servicio Médico Integral de Procedimientos y Bienes Complementarios por Unidad Médica".**

6. CANTIDADES DETERMINADAS

Las cantidades determinadas por Unidad Médica se desglosan en el **ANEXO T1 "Requerimientos del Servicio Médico Integral de Procedimientos y Bienes Complementarios por Unidad Médica"**. Las cuales se indican en resumen en las siguientes tablas:

Tabla 1 partida (NZ número de zona, "Pq" paquete, CLVSI clave del servicio integral)

PARTIDA	CLP	UNIDAD	LOCALIDAD	CLVSI	NOMBRE PROCEDIMIENTO	CANTIDAD MINIMA	CANTIDAD MÁXIMO
1	270511062151	HGR 1	CD. OBREGON	10.03.001	HISTEROSCOPÍA BÁSICA.	1	2
1	270511062151	HGR 1	CD. OBREGON	10.03.002	HISTEROSCOPÍA OPERATORIA.	1	2
1	270511062151	HGR 1	CD. OBREGON	10.04.101	CISTOSCOPIA PEDIÁTRICA.	1	2
1	270511062151	HGR 1	CD. OBREGON	10.04.115	URETROTOMÍA INTERNA PEDIÁTRICA.	1	2
1	270511062151	HGR 1	CD. OBREGON	10.06.002	APENDICETOMÍA LAPAROSCÓPICA ADULTO.	2	4
1	270511062151	HGR 1	CD. OBREGON	10.06.004	CIRUGÍA DE HIATO ESOFÁGICO ADULTO.	1	2
1	270511062151	HGR 1	CD. OBREGON	10.06.010	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ADULTO.	42	106
1	270511062151	HGR 1	CD. OBREGON	10.06.025	LAPAROSCOPÍA DE OVARIO.	8	20
1	275104052151	HGSZ 12	AGUA PRIETA	10.06.010	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ADULTO.	1	2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

1	275104052151	HGSZ 12	AGUA PRIETA	10.06.026	LAPAROSCOPÍA DIAGNÓSTICA ADULTO.	1	2
1	270159012151	HGZ 14	HERMOSILLO	10.01.004	ARTROSCOPIA DE HOMBRO SIN IMPLANTE	1	2
1	270159012151	HGZ 14	HERMOSILLO	10.01.008	ARTROSCOPÍA DE RODILLA CON IMPLANTE.	2	4
1	270159012151	HGZ 14	HERMOSILLO	10.01.010	ARTROSCOPÍA DE RODILLA.	10	24
1	270159012151	HGZ 14	HERMOSILLO	10.03.001	HISTEROSCOPÍA BÁSICA.	1	2
1	270159012151	HGZ 14	HERMOSILLO	10.03.002	HISTEROSCOPÍA OPERATORIA.	1	2
1	270159012151	HGZ 14	HERMOSILLO	10.06.004	CIRUGÍA DE HIATO ESOFÁGICO ADULTO.	2	4
1	270159012151	HGZ 14	HERMOSILLO	10.06.010	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ADULTO.	53	133
1	270101012151	HGZ 2	HERMOSILLO	10.01.004	ARTROSCOPIA DE HOMBRO SIN IMPLANTE	1	2
1	270101012151	HGZ 2	HERMOSILLO	10.01.008	ARTROSCOPÍA DE RODILLA CON IMPLANTE.	2	4
1	270101012151	HGZ 2	HERMOSILLO	10.01.010	ARTROSCOPÍA DE RODILLA.	1	2
1	270101012151	HGZ 2	HERMOSILLO	10.04.001	CISTOSCOPIA ADULTO.	2	4
1	270101012151	HGZ 2	HERMOSILLO	10.04.011	RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA/VEJIGA RTUP/RTUV/RTUC.	14	35
1	270101012151	HGZ 2	HERMOSILLO	10.04.015	URETROTOMÍA INTERNA ADULTO.	1	2
1	270101012151	HGZ 2	HERMOSILLO	10.04.016	LITOTRICIA PERCUTÁNEA.	2	4
1	270101012151	HGZ 2	HERMOSILLO	10.04.018	LITOTRICIA URETERAL RÍGIDA ADULTO.	2	4
1	270101012151	HGZ 2	HERMOSILLO	10.04.021	CISTOSCOPIA PARA RETIRO DE CATÉTER DOBLE J	1	2
1	270101012151	HGZ 2	HERMOSILLO	10.06.010	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ADULTO.	28	70
1	270101012151	HGZ 2	HERMOSILLO	10.06.011	COLECISTECTOMÍA CON EXPLORACIÓN DE VÍA BILIAR ADULTO.	1	2
1	270101012151	HGZ 2	HERMOSILLO	10.06.035	NEFRECTOMÍA ADULTO.	2	6
1	270701012151	HGZ 3	NAVOJOA	10.04.001	CISTOSCOPIA ADULTO.	1	3
1	270701012151	HGZ 3	NAVOJOA	10.04.011	RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA/VEJIGA RTUP/RTUV/RTUC.	7	18
1	270701012151	HGZ 3	NAVOJOA	10.06.010	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ADULTO.	1	2
1	270301012151	HGZ 4	GUAYMAS	10.04.001	CISTOSCOPIA ADULTO.	1	2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

1	270301012151	HGZ 4	GUAYMAS	10.04.011	RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA/VEJIGA RTUP/RTUV/RTUC.	1	2
1	270301012151	HGZ 4	GUAYMAS	10.06.010	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ADULTO.	8	20
1	270301012151	HGZ 4	GUAYMAS	10.06.026	LAPAROSCOPÍA DIAGNÓSTICA ADULTO.	1	2
1	271001022151	HGZ 5	NOGALES	10.01.004	ARTROSCOPIA DE HOMBRO SIN IMPLANTE	1	2
1	271001022151	HGZ 5	NOGALES	10.01.008	ARTROSCOPÍA DE RODILLA CON IMPLANTE.	1	3
1	271001022151	HGZ 5	NOGALES	10.01.010	ARTROSCOPÍA DE RODILLA.	1	2
1	271001022151	HGZ 5	NOGALES	10.01.011	ARTROSCOPIA DE HOMBRO CON IMPLANTE.	1	3
1	271001022151	HGZ 5	NOGALES	10.03.001	HISTEROSCOPÍA BÁSICA.	1	2
1	271001022151	HGZ 5	NOGALES	10.03.002	HISTEROSCOPÍA OPERATORIA.	1	2
1	271001022151	HGZ 5	NOGALES	10.04.001	CISTOSCOPIA ADULTO.	11	28
1	271001022151	HGZ 5	NOGALES	10.04.011	RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA/VEJIGA RTUP/RTUV/RTUC.	11	28
1	271001022151	HGZ 5	NOGALES	10.04.015	URETROTOMÍA INTERNA ADULTO.	1	2
1	271001022151	HGZ 5	NOGALES	10.04.020	LITOTRICIA URETERAL FLEXIBLE ADULTO (LÁSER).	1	3
1	271001022151	HGZ 5	NOGALES	10.06.002	APENDICETOMÍA LAPAROSCÓPICA ADULTO.	1	2
1	271001022151	HGZ 5	NOGALES	10.06.004	CIRUGÍA DE HIATO ESOFÁGICO ADULTO.	1	2
1	271001022151	HGZ 5	NOGALES	10.06.010	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ADULTO.	31	78
1	271001022151	HGZ 5	NOGALES	10.06.024	LAPAROSCOPÍA CON DE TOMA BIOPSIA ADULTO.	1	2
1	271001022151	HGZ 5	NOGALES	10.06.026	LAPAROSCOPÍA DIAGNÓSTICA ADULTO.	2	4
1	271001022151	HGZ 5	NOGALES	10.06.027	LAPAROSCOPÍA ETAPIFICADORA PARA CÁNCER GINECOLÓGICO.	1	2
1	270149UA2110	UMAA 68	HERMOSILLO	10.01.010	ARTROSCOPÍA DE RODILLA.	1	3
						274	**669**

7. NORMAS OFICIALES QUE DEBEN CONSIDERAR A CUMPLIR LOS LICITANTES, PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

De conformidad con el artículo 31 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público así como el numeral 4.28.3 de las POBALINES, durante la prestación del servicio el licitante adjudicado tendrá la obligación de dar cumplimiento y/o favorecer el cumplimiento en las unidades médicas, de las siguientes Normas Oficiales:

- 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 oct. 1995.
- Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, para la Práctica de la Cirugía Mayor Ambulatoria. DOF: 29/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 DOF del 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-SSA0-2002, Protección ambiental - Salud ambiental – Residuos peligrosos biológico-infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo. Con fecha publicada en el DOF de 17 feb. 2003

8. VISITA A LAS INSTALACIONES INSTITUCIONALES.

El licitante deberá 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 de la publicación de la convocatoria y podrá acudir a las Unidades Médicas sujetas a la prestación del servicio, con el Director de la Unidad Médica de la Delegación/UMAE o el Funcionario que este designe, elaborando nota informativa de visita en papel membretado del proveedor 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 Delegación/UMAE o el Funcionario que este designe.

Los licitante podrán optar por realizar la visita a las Instalaciones Institucionales a fin de considerar todos los aspectos técnicos, específicos y económicos de los equipos, insumos y la prestación del servicio, para la elaboración y presentación de su proposición, debiendo presentar obligatoriamente carta compromiso, conforme al ANEXO T31 "Formato de 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 se compromete a cumplir cabalmente para la instalación del (de los) equiposen la partida que resulte adjudicada, con todos y cada uno de los requerimientos necesarios, contemplando los espacios físicos del área donde serán prestados los SMI, así como todas y cada una de las adecuaciones físicas que se requieran para la correcta instalación de los equipos, así como la óptima prestación de los servicios contratados.

El personal del Instituto intervendrá únicamente en la identificación y guía del espacio en el que los equipos deberán ubicarse. Para los casos en los que el licitante haya optado por realizar la visita y el levantamiento respectivo, por cada Unidad Médica

visitada, deberá integrar a su propuesta la constancia de haber realizado la visita a las instalaciones de las Unidades Médicas, la cual deberá contener como mínimo: nombre de unidad médica, fecha de la visita; el nombre, firma y matrícula del personal del Instituto que atendió la visita, así como el nombre, cargo y firma del personal de la empresa licitante asistente; en hoja membretada de la empresa participante; de conformidad con lo especificado en el numeral 8. VISITAS A LAS INSTALACIONES INSTITUCIONALES de los Términos y Condiciones, donde se suministrarán o colocarán los equipos o donde se prestarán los servicios. En todos los casos el licitante deberá presentar obligatoriamente en su propuesta el "Formato de carta compromiso relativo a la obligación del licitante adjudicado, de realizar los trabajos necesarios de adecuación a las instalaciones de cada unidad médica que corresponda", por partida(s) en la(s) que participe. ANEXO T31 .

Las visitas a instalaciones Institucionales solo podrán ser efectuadas a partir del día hábil siguiente a la publicación de la presente convocatoria y hasta un día hábil previos a la presentación y apertura de proposiciones, en horario de 8:00 a 18:00 horas y en días hábiles para el Instituto, para lo cual el licitante deberá ponerse en contacto con el Director Médico de la Unidad, al menos un día hábil para el Instituto previa a la fecha probable de visita, en horario de 8:00 a 18:00 horas y en días hábiles para el Instituto para que éste le asigne y deje constancia, de la fecha y hora programada, el objeto y lugar de la reunión, así como el nombre del servidor público designado para llevarla a cabo.

En la visita que opte por realizar el licitante a las Unidades Médicas, el personal del Instituto deberá cumplir con 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, el servidor público responsable deberá realizar la invitación al personal del Órgano Interno de Control (OIC)y elaborar una minuta de la vista, la cual debe 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, para el personal del Instituto (el Director, Jefe del Servicio que corresponda, personal de conservación y en su caso, representante del OIC), así como nombre, cargo y firma del personal de la empresa licitante asistente; siendo obligatorio para el servidor público responsable, integrarla al expediente respectivo y remitir copia de la misma al Titular del Órgano Interno de Control y al Titular de la Coordinación Técnica de Servicios Indirectos, en un plazo no mayor a dos días hábiles para el Instituto, contados a partir de su formalización. Dicha minuta no formará parte de la documentación solicitada a los licitantes en su propuesta y se elaborará con independencia de la constancia de realización de visita a las instalaciones, referida en el párrafo anterior.

Todas las adecuaciones que se requieran para la instalación y adecuado funcionamiento del bien así como para prestación del serviconcontratado, serán a cargo del Proveedor, quien se compromete a cumplir cabalmente para la instalación de los equipos de las partidas en los que resulte adjudicada, con todos y cada uno de los requerimientos de adecuación de espacio físico en la(s) unidad(es) de destino final de los equipos, necesarios y directamente relacionados con la instalación del equipo y la prestación del servicio.

El importe de los gastos generados por la(s) visita(s) a instalaciones referidas en los párrafos anteriores, correrá absolutamente por cuenta del licitante.

9. PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Penas Convencionales
Las penas convencionales se deben aplicar cuando, por causas imputables al proveedor, la entrega de los bienes se hace con atraso y/o incumple con el inicio de la prestación del servicio, considerando para esta determinación la fecha convenida o pactada contractualmente o pactada entre el Instituto y el Proveedor, lo anterior de conformidad con el artículo 53 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y el numeral 4.24.4 inciso h) de las POBALINES.

Se aplicará una pena convencional por cada día natural de atraso en el inicio de la prestación de los servicios, en cada uno de los supuestos siguientes.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

El Administrador del Contrato será el responsable de calcular y aplicar 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, por cada día de atraso de inicio en la prestación del servicio. La pena convencional se calculará conforme a lo siguiente:

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 **ANEXO T15.1 "Formato de Notificación de Pena Convencional Aplicable",** al licitante adjudicado resultado de la conciliación realizada entre el **ANEXO 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 del cálculo de notificación y aplicación de la Pena al licitante adjudicado
1. Cuando el Licitante Adjudicado incumpla en la entrega, instalación, puesta en operación de los equipos médicos.	Cuando exceda el plazo de los 90 (noventa) días naturales contados a partir de la emisión del fallo, en las Unidades Médicas, conforme distribución establecida en el **ANEXO T11. Guía De Distribución de Equipo Médico e Instrumental por Unidad Médica; 21 partidas.**	5% diario sobre el valor de la garantía, sin incluir el IVA.	**Delegación:** Jefe de Servicio quirúrgico o endoscópico: Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia y en el caso de **UMAE** Los Jefes de División de estas áreas.	**Delegación:** Administrador de contrato: Jefe de Servicios Administrativos. **UMAE:** Administrador de contrato: Director Administrativo.
2.- Cuando no se dé inicio el servicio por Fallas de funcionamiento de los equipos médicos la prestación del servicio de	Cuando exceda el plazo de los 90 (noventa) días naturales contados a partir de la emisión del fallo.	5% diario sobre el valor de la garantía sin incluir el IVA.	**Delegación** Jefe de Servicio quirúrgico o endoscópico: Jefe de Cirugía, Jefe de	**Delegación:** Administrador de contrato: Jefe de Servicios Administrativos.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

Concepto	Unidad de Medida	Penalización	Responsable de reportar el incumplimiento	Responsable del cálculo de notificación y aplicación de la Pena al licitante adjudicado
acuerdo con lo solicitado en el apartado. 1. EQUIPO MÉDICO del **ANEXO técnico** 4.LUGAR, PLAZO Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO			Endoscopia y en el caso de **UMAE** Los Jefes de División de estas áreas.	**UMAE:** Administrador de contrato: Director Administrativo.
3.- Cuando el Licitante Adjudicado incumpla en la entrega de los sets de instrumental quirúrgico descrito en el **ANEXO T3.** En el apartado. 4 LUGAR, PLAZO Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.	Cuando exceda el plazo de los 80 (ochenta) días naturales contados a partir de la emisión del fallo.	5% diario sobre el valor de la garantía sin incluir el IVA.	**Delegación:** Jefe de Servicio quirúrgico o endoscópico: Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia y en el caso de **UMAE** Los Jefes de División de estas áreas.	**Delegación:** Administrador de contrato: Jefe de Servicios Administrativos. **UMAE:** Administrador de contrato: Director Administrativo.
4. Cuando el Licitante Adjudicado incumpla de la primera dotación de bienes de consumo básicos que correspondan al consumo estimado de 7 (siete) días hábiles por Unidad médica o UMAE.	Cuando exceda el plazo de los 80 (ochenta) días naturales contados a partir de la emisión del fallo.	5% diario sobre el valor de la garantía sin incluir el IVA.	**Delegación:** Jefe de Servicio quirúrgico o endoscópico: Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia y en el caso de **UMAE** Los Jefes de División de estas áreas.	**Delegación:** Administrador de contrato: Jefe de Servicios Administrativos. **UMAE:** Administrador de contrato, Director Administrativo Contrato

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

Concepto	Unidad de Medida	Penalización	Responsable de reportar el incumplimiento	Responsable del cálculo de notificación y aplicación de la Pena al licitante adjudicado
5. Cuando el Licitante Adjudicado incumpla con la primera dotación de bienes de consumo complementarios que corresponda al consumo estimado de 7 (siete) días hábiles por Unidad médica o UMAE.	Cuando exceda el plazo de los 80 (ochenta) días naturales contados a partir de la emisión del fallo.	5% diario sobre el valor de la garantía sin incluir el IVA.	**Delegación:** Jefe de Servicio quirúrgico o endoscópico: Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia y en el caso de **UMAE** Los Jefes de División de estas áreas.	**Delegación:** Administrador de contrato: Jefe de Servicios Administrativos **UMAE:** Administrador de contrato, Director Administrativo
6. Cuando el Licitante Adjudicado no lleve a cabo la capacitación previa.	Cuando exceda el plazo 60 (sesenta) días naturales contados a partir de la emisión del fallo. .	5% diario sobre el valor de la garantía sin incluir el IVA.	**Delegación:** Jefe de servicio quirúrgico o endoscópico: Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia y en el caso de **UMAE** Los Jefes de División de estas áreas.	**Delegación:** Administrador de contrato: Jefe de Servicios Administrativos **UMAE:** Administrador de contrato, Director Administrativo

10. DEDUCCIONES

Estas se aplicarán por incumplimiento parcial o deficiente de la prestación del servicio.
En el procedimiento para la aplicación de las deducciones, el Administrador del Contrato será responsable de calcular y aplicar la deducción por concepto u obligación, nivel de servicio y unidad de medida. 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, lo anterior de conformidad con el artículo 53 Bis de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y el numeral 4.24.4 inciso h) de las POBALINES.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

En caso de existir alguna deductiva se notificará mediante el **ANEXO T15.2 "Formato de Notificación de Deductivas"**, al licitante adjudicado resultado de la conciliación realizada entre el **ANEXO T15 "Reporte Mensual de procedimientos y bienes de consumo utilizados"** y las hojas de trabajo diario, realizados en el mes inmediato anterior.

Concepto	Niveles de servicio	Unidad de Medida	Deducción	Límite de incumplimiento	Responsable de reportar el incumplimiento	Responsable del cálculo de notificación de la Deducción
1. Cuando no se lleve a cabo el mantenimiento preventivo de los equipos médicos e instrumental quirúrgico de acuerdo al programa de mantenimiento preventivo.	En los periodos contenidos en el Programa de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Médicos.	Por cada día natural que exceda el nivel de servicio.	5% diario sobre el valor de la factura del mes en que debió realizarse el mantenimiento.	Hasta 1 vez durante la vigencia del contrato.	**Delegación:** Jefe de servicio quirúrgico o endoscópico Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	**Delegación:** Administrador de contrato: Jefe de Servicios Administrativos. **UMAE:** Administrador de contrato: Director Administrativo.
2. Cuando no se lleve cabo el mantenimiento correctivo de los equipos médicos, así como del instrumental quirúrgico y endoscópico, con el que se presta el servicio.	En un plazo máximo de 48 (cuarenta y ocho) horas para el caso Ciudad de México y su área conurbada, y las Ciudades de: Guadalajara, Monterrey, Mérida, Veracruz, Obregón, Torreón,	Por cada día natural que exceda el nivel de servicio.	5% diario sobre el valor de los procedimientos programados con retraso.	Hasta 3 fallas en los equipos en un periodo de 30 días naturales.	**Delegación:** Jefe de servicio quirúrgico o endoscópico: Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	**Delegación:** Administrador de contrato: Jefe de Servicios Administrativos. **UMAE:** Administrador de contrato: Director Administrativo.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

Concepto	Niveles de servicio	Unidad de Medida	Deducción	Límite de incumplimiento	Responsable de reportar el incumplimiento	Responsable del cálculo de notificación de la Deducción
	Coahuila, León, Guanajuato y Puebla y 72 (setenta y dos) horas, para las áreas rurales del interior de la República, 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.					
3. Cuando no se tenga la Presencia del **Técnico del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión** durante la preparación de	De acuerdo con los horarios señalados y acordados con los jefes de servicio.	Por cada hora que exceda el horario del nivel de servicio.	5% por hora de retraso sobre el valor de los procedimientos programados.	Hasta 2 vez durante la vigencia del contrato.	**Delegación:** Jefe de Servicio quirúrgico o endoscópico Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia y en el caso	**Delegación:** Administrador de contrato: Jefe de Servicios Administrativos.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

Concepto	Niveles de servicio	Unidad de Medida	Deducción	Límite de incumplimiento	Responsable de reportar el incumplimiento	Responsable del cálculo de notificación de la Deducción
los equipos médicos, instrumental y bienes de consumo y durante el procedimiento.					de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	**UMAE:** Administrador de contrato: Director Administrativo.
4. cuando el **Técnico del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión** del Paquete 2 Endoscopía de aparato respiratorio y digestivo, deberá cumplir con el Manual de Procedimientos del Proceso de Desinfección de Alto Nivel y Esterilización para los endoscopios en caso necesario (DAN).	Después de cada procedimiento endoscópico cumplirá con el Manual de Procedimientos del Proceso de Desinfección de Alto Nivel y Esterilización para los endoscopios.	Por cada incumplimiento del proceso establecido en el manual, detectado en la supervisión u auditoría y hasta que se haya dado cumplimiento a esta obligación.	5% por cada incumplimiento detectado sobre el valor de la factura mensual.	Hasta 1 vez durante la vigencia del contrato.	**Delegación:** Jefe de servicio quirúrgico o endoscópico: Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	**Delegación:** Administrador de contrato: Jefe de Servicios Administrativos **UMAE:** Administrador de contrato: Director Administrativo.
5. Cuando no se lleve a cabo la entrega de los bienes de consumo básicos	30 (treinta) minutos antes de cada procedimiento.	30 minutos de tolerancia para la entrega del material.	10% por cada 30 minutos de atraso sobre el valor del procedimient	Hasta 2 ocasiones la falta de entrega de bienes de	Delegación: Jefe de servicio quirúrgico o endoscópico	**Delegación:** Administrador de contrato: Jefe de Servicios

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

Concepto	Niveles de servicio	Unidad de Medida	Deducción	Límite de incumplimiento	Responsable de reportar el incumplimiento	Responsable del cálculo de notificación de la Deducción
complementarios estériles y completos.			o programado.	consumo en un periodo de 30 días naturales.	: Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	Administrativos. **UMAE:** Administrador de contrato: Director Administrativo.
6. Cuando no se lleve a cabo la sustitución del bien de consumo básico o complementario con defecto o falla, durante un procedimiento.	Inmediata.	Por cada diez minutos que exceda el nivel de servicio.	10% por cada 10 minutos de atraso sobre el valor del procedimiento programado.	Hasta 2 ocasiones la falta sustitución de bienes de consumo en un periodo de 30 días naturales.	**Delegación:** Jefe de servicio quirúrgico o endoscópico : Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	**Delegación:** Administrador de contrato: Jefe de Servicios Administrativos. **UMAE:** Administrador de contrato: Director Administrativo.
7.- **Técnico del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión** No tenga disponibles, y no entregue al momento de la cirugía, los bienes de consumo **nuevos y en óptimas condiciones** para	30 (treinta) minutos antes de cada procedimiento.	30 (treinta) minutos antes de cada procedimiento.	5% por día de atraso sobre el valor del procedimiento programado y no realizados.	Hasta 2 ocasiones la falta de disponibilidad de bienes de consumo en un periodo de 30 días naturales.	**Delegación:** Jefe de servicio quirúrgico o endoscópico : Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia y en el caso de UMAE Los Jefes de	**Delegación:** Administrador de contrato: Jefe de Servicios Administrativos. **UMAE:**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

Concepto	Niveles de servicio	Unidad de Medida	Deducción	Límite de incumplimiento	Responsable de reportar el incumplimiento	Responsable del cálculo de notificación de la Deducción
su uso, de acuerdo al tipo de procedimiento quirúrgico o endoscópico programados de cada unidad médica.					División de estas áreas.	Administrador de contrato: Director Administrativo.
8. Cuando **Técnico del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión** no se lleve a cabo el registro de la productividad en el sistema del Instituto, de los procedimientos realizados, y los bienes de consumo complementarios utilizados, los bienes de consumo contratados en cada uno de los procedimientos, según corresponda.	Durante los primeros 5 (cinco) días posteriores al cierre de cada mes.	Por cada día natural de atraso que exceda el nivel de servicio	El 1% del valor de la factura mensual.	Hasta 1 ocasión la falta de registro dela productividad en un periodo de 30 días naturales.	**Delegación:** Jefe de servicio quirúrgico o endoscópico: Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	**Delegación:** Administrador de contrato: Jefe de Servicios Administrativos. **UMAE:** Administrador de contrato: Director Administrativo.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

Concepto	Niveles de servicio	Unidad de Medida	Deducción	Límite de incumplimiento	Responsable de reportar el incumplimiento	Responsable del cálculo de notificación de la Deducción
9. Cuando el licitante adjudicado no realice la sustitución del equipo que ha presentado cuarta incidencia de funcionamiento en su operación por Equipo nuevo.	En las 48 horas posteriores de la cuarta incidencia.	Por cada día natural de atraso que exceda el nivel de servicio	10% por cada día de atraso sobre el valor de los procedimientos programados.	Hasta 1 ocasión al haber llegado a la cuarta incidencia.	**Delegación:** Jefe de servicio quirúrgico o endoscópico: Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	**Delegación:** Administrador de contrato: Jefe de Servicios Administrativos. **UMAE:** Administrador de contrato: Director Administrativo.

11. GARANTÍA DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

El licitante adjudicado se obliga a entregar al Instituto a más tardar, ***dentro de los* 10 (diez) *días naturales siguientes a la firma del contrato.*** Una garantía de cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones a su cargo derivadas del contrato, mediante fianza expedida por compañía autorizada en los términos de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas y a favor del "Instituto Mexicano del Seguro Social", por un monto equivalente al 10% (diez por ciento) sobre el importe máximo anual del contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA), lo anterior de conformidad con los artículos 48 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 103 de su Reglamento; así como el numeral 4.24.4 inciso j) de las POBALINES.

El licitante adjudicado queda obligado a entregar al Instituto la póliza de fianza, apegándose al formato establecido en el Instituto.

Dicha póliza de garantía de cumplimiento del contrato será devuelta al licitante adjudicado una vez que el Instituto le otorgue autorización por escrito, para que este pueda solicitar a la afianzadora correspondiente la cancelación de la fianza, autorización que se entregará al proveedor, una vez que se formule el finiquito de sus servicios, para lo que solicitará su liberación mediante escrito en el domicilio de la Unidad Médica, indicado para solicitar la cancelación de la fianza, mismo en el caso de proceder se realizará la liberación y entrega de fianza original al proveedor.

12. CONDICIONES Y FORMA DE PAGO DEL SERVICIO

La forma de pago será por **PROCEDIMIENTO REALIZADO**, de conformidad con el 51 artículo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y el numeral 4.24.4 inciso b) de las POBALINES, la cual se detalla en el presente Términos y Condiciones.

El licitante adjudicado deberá presentar posterior a la fecha del corte de los servicios, la factura electrónica y el reporte de procedimientos aprobados en el periodo por el Jefe de Servicio o Coordinador Clínico de la Unidad Médica, para el visto bueno del Director de la Unidad Médica, 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 de la Delegación según corresponda y en base al **ANEXO T12 "Catálogo de Unidades Médicas"** en un horario de 9:00 a 14:00hrs 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.
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.
Asimismo, el Instituto podrá aceptar del proveedor que tenga cuentas liquidas y exigibles a su cargo, que éstas 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 Unidad Médica, 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.

13. MECANISMOS DE COMPROBACIÓN

El Instituto realizará el pago de la prestación del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión, de acuerdo al Reporte Semanal **ANEXO T10 "Control semanal de bienes de consumo complementarios"**, así como del reporte mensual, **ANEXO T15 "Reporte mensual de procedimientos y bienes de consumo utilizados"**. Derivados de los reportes firmados por los Médicos Cirujanos/Endoscopistas que realicen los procedimientos y avalados mediante la firma del Jefe de Servicio o Coordinador Clínico de la Unidad Médica según el caso, a más tardar el último día hábil del mes y también deben estar firmados por el Administrador del Contrato y el director de la Unidad Médica, así como por el representante legal del licitante adjudicado. Y por el personal administrativo de la Delegación/UMAE.
El proveedor deberá entregar en 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.

14. FORMA Y TÉRMINOS EN QUE SE REALIZARÁ LA 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 Quirúrgico o Endoscópico Coordinador Clínico de la Unidad Médica, Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopía, Jefe de División y por el Jefe de Conservación/Biomédico, según sea el tipo de unidad médica asignada y de acuerdo con la estructura administrativa de la misma, este mediante los registros, reportes, incidencias, informes o documentos que se detalla en la siguiente tabla:

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

RESPONSABLE DE REPORTAR INCUMPLIMIENTOS	Actividad	Documentos involucrados
Recepción		
Jefe de Servicio Quirúrgico o Endoscópico, Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia, Coordinador Clínico de la Unidad, Jefe de Conservación/Biomédico y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	1. Verifica que la recepción e instalación de los equipos médicos e instrumental, se lleve a cabo, dentro de los 90 (noventa) días naturales contados a partir de la emisión del fallo.	• **ANEXO T7 "Recepción de equipos"** del servicio médico integral de procedimientos de Mínima Invasión".
Jefe de Servicio Quirúrgico o Endoscópico, Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia, Coordinador Clínico de la Unidad, Jefe de Conservación/Biomédico y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	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 (de los diferentes paquetes). • Bitácora de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Médicos.
Jefe de Servicio Quirúrgico o Endoscópico, Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia, Coordinador Clínico de la Unidad, Jefe de Conservación/Biomédico y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	3. Revisar que se lleve a cabo la capacitación previa a partir del día (sesenta) días naturales posterior a la emisión del fallo.	• Programa de capacitación. • Lista de asistencia del personal que tomó la capacitación. • Constancia emitida por el proveedor y firmada tanto por el proveedor como por los responsables institucionales.
Jefe de Servicio Quirúrgico o Endoscópico, Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia, Coordinador Clínico de la Unidad, Jefe de Conservación/Biomédico y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	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.
Jefe de Servicio Quirúrgico o Endoscópico, Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia, Coordinador Clínico de la Unidad, Jefe de Conservación/Biomédico y en el caso	5. Verificará que se lleve a cabo el programa de mantenimiento preventivo 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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

RESPONSABLE DE REPORTAR INCUMPLIMIENTOS	Actividad	Documentos involucrados
de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.		• Programa de Mantenimiento Preventivo del **Instrumental Quirúrgico.** • Bitácora de Mantenimiento Preventivo del **Instrumental.**
Jefe de Servicio Quirúrgico o Endoscópico, Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia, Coordinador Clínico de la Unidad, Jefe de Conservación/Biomédico y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	6. Verificará que se realicen los reemplazos de pinzas reusables.	Bitácora de Mantenimiento Preventivo del Instrumental.
Jefe de Servicio Quirúrgico o Endoscópico, Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia, Coordinador Clínico de la Unidad, Jefe de Conservación/Biomédico y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	7. Verificará que se lleve a cabo las acciones descritas en el Manual de Procedimientos del Proceso de Desinfección de Alto Nivel y Esterilización (aplica para Paquete 2 Endoscopias de Aparato Respiratorio y Digestivo).	Manual de Procedimientos del Proceso de Desinfección de Alto Nivel y Esterilización.
Jefe de Servicio Quirúrgico o Endoscópico, Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia, Coordinador Clínico de la Unidad, Jefe de Conservación/Biomédico y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	8. Verificará que se haya realizado la entrega de la primera dotación de bienes de consumo dentro del día 87 (ochenta y siete) posterior la emisión del fallo y que corresponda al consumo estimado de 7 (siete) días hábiles.	**ANEXO T13 "Control entrega recepción de bienes de consumo"**
Jefe de Servicio Quirúrgico o Endoscópico, Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia, Coordinador Clínico de la Unidad, Jefe de Conservación/Biomédico y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	9. Verificará la suficiencia del inventario de los bienes de consumo de manera aleatoria por lo menos una vez al mes.	**ANEXO T10 "Control semanal de dotación de bienes de consumo complementarios"**
Jefe de Servicio Quirúrgico o Endoscópico, Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia, Coordinador Clínico de	10. Verificará que el proveedor entregue completos, a través de su técnico, el instrumental quirúrgico y bienes de consumo	**ANEXO T 16 "Reporte de Incidencias"**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"
(SMI de PMI)

RESPONSABLE DE REPORTAR INCUMPLIMIENTOS	Actividad	Documentos involucrados
la Unidad, Jefe de Conservación/Biomédico y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	estériles requeridos para los procedimientos, 30 (treinta) minutos antes de cada procedimiento.	
Jefe de Servicio Quirúrgico o Endoscópico, Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia, Coordinador Clínico de la Unidad, Jefe de Conservación/Biomédico y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	11. Verificará si hubo la cancelación de algún procedimiento programado por causas imputables al proveedor.	• Bitácora de visitas del supervisor. • Reporte de Incidencias **ANEXO T 16 "Reporte de Incidencias"**
Jefe de Servicio Quirúrgico o Endoscópico, Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia, Coordinador Clínico de la Unidad, Jefe de Conservación/Biomédico y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	12. Verificará que el proveedor retire los equipos que son de su propiedad, sin dañar las instalaciones del Instituto, en un plazo no mayor a 10 (diez) días hábiles; al término de la vigencia del contrato.	Acta de entrega de las instalaciones.
Jefe de Servicio Quirúrgico o Endoscópico, Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia, Coordinador Clínico de la Unidad, Jefe de Conservación/Biomédico y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	13. Verificará que el proveedor, **registre mensualmente mediante un archivo en EXCEL,** la información de la productividad de los procedimientos de Mínima Invasión realizados, los bienes de consumo complementarios utilizados y los bienes de consumo contratados de cada uno de los procedimientos de los Paquetes 1, 2 3 4, 5	**ANEXO T26: "Registro de la productividad y de los bienes de consumo complementarios"** del servicio médico integral de procedimientos de Mínima Invasión, de los bienes de consumo complementarios y los bienes de consumo básicos utilizados en cada uno de los procedimientos."
Jefe de Servicio Quirúrgico o Endoscópico, Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia, Coordinador Clínico de la Unidad, Jefe de Conservación/Biomédico y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	14. Verificará que el proveedor registre, **en el Sistema de Información del Instituto,** la productividad de los procedimientos de Mínima Invasión realizados, los bienes de consumo complementarios utilizados, en cada uno de los procedimientos de los Paquetes 1, 2, 3, 4, 5, según corresponda.	**ANEXO T26: "Registro de la productividad y de los bienes de consumo complementarios"** del servicio médico integral de procedimientos de Mínima Invasión, de los bienes de consumo complementarios y los bienes de consumo básicos

25

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"
(SMI de PMI)

RESPONSABLE DE REPORTAR INCUMPLIMIENTOS	Actividad	Documentos involucrados
		utilizados en cada uno de los procedimientos."
Jefe de Servicio Quirúrgico o Endoscópico, Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia, Coordinador Clínico de la Unidad, Jefe de Conservación/Biomédico y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	15. Informar oportunamente al área contratante, de los incumplimientos de los proveedores 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 Servicio Quirúrgico o Endoscópico, Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia, Coordinador Clínico de la Unidad, Jefe de Conservación/Biomédico y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	16. Conformación del grupo de administración del servicio, dicho grupo será coordinado por los servidores públicos de las Delegaciones/UMAE del Instituto que le hayan sido asignadas.	Acuerdos de niveles de operación y el Plan de Trabajo
Jefe de Servicio Quirúrgico o Endoscópico, Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia, Coordinador Clínico de la Unidad, Jefe de Conservación/Biomédico y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	17. Establecimiento y firma de los acuerdos de operación de conformidad con las Delegaciones/UMAE del Instituto que le hayan sido asignadas, así como con terceros que designe el mismo.	
Jefe de Servicio Quirúrgico o Endoscópico, Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia, Coordinador Clínico de la Unidad, Jefe de Conservación/Biomédico y en el caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	18. Las Delegaciones/UMAE del Instituto obtendrán la firma de los otros proveedores y terceros.	
Jefe de Servicio Quirúrgico o Endoscópico, Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia, Coordinador Clínico de la Unidad, Jefe de Conservación/Biomédico y en el	19. Recibir del proveedor los acuerdos de niveles de operación y el plan de trabajo, para la implementación y puesta en operación del servicio médico integral en las	

RESPONSABLE DE REPORTAR INCUMPLIMIENTOS	Actividad	Documentos involucrados
caso de UMAE Los Jefes de División de estas áreas.	Delegaciones/UMAE del Instituto que le hayan sido asignadas.	

Lo anterior de conformidad con el párrafo segundo del artículo 83 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

15. ACCIONES POSTERIORES A LA FIRMA DEL CONTRATO Y PREVIO AL INICIO DEL SERVICIO

El licitante adjudicado, tendrá la responsabilidad de ejecutar las tareas técnicas y administrativas necesarias para programar el inicio del servicio al día **90 (noventa) natural posterior a la emisión del fallo,** en coordinación con el Administrador del Contrato de las unidades médicas del Instituto que se le hayan asignado; para lo cual dentro de los primeros 5 (cinco) días naturales posteriores a la emisión del fallo, deberán afinarse los detalles del **ANEXO T0 "Programa de Trabajo",** y será entregado al Administrador del Contrato a más tardar el día 5 **(cinco) natural a partir de la emisión del fallo,** debidamente avalado por ambas partes, a fin de garantizar el inicio de operación del Servicio Médico Integral, el referido documento constará de:

Conformación del grupo de administración del servicio: Durante la etapa de planeación del inicio se conformará un grupo de administración responsable de garantizar la entrega de los servicios. Este grupo estará formado por el personal que actualmente administra y opera los servicios y el prestador del servicio; dicho grupo será coordinado por los servidores públicos de las Unidades Médicas.

Establecimiento y firma de los acuerdos de operación: Antes de iniciar la transferencia de operaciones, el licitante adjudicado del servicio entrante y saliente deberán firmar los acuerdos de nivel operacional de conformidad con la UMAE/DELEGACIÓN, en un plazo de 30 (treinta) días naturales a partir del fallo. Los administradores de los contratos junto con los jefes del servicio de Quirófano y endoscopia de la UMAE/DELEGACIÓN obtendrán la firma de todos los involucrados y responsables de las empresas en mención, estableciendo los acuerdos pactados con los plazos correspondientes. Así mismo el licitante adjudicado deberá entregar los acuerdos de niveles de operación y el plan de trabajo, para la implementación y puesta en operación del servicio médico integral en la UMAE/DELEGACIÓN asignada, este programa de trabajo también deberá incluir las actividades de sustitución de la infraestructura del proveedor actual por la del prestador del servicio entrante.

16. 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.

17. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

El Administrador de la Unidad Médica 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, 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.

18. MODIFICACIONES AL CONTRATO

De conformidad con lo establecido en el artículo 52 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, así como en los artículos 91 y 92 su Reglamento, el Instituto podrá celebrar por escrito convenio modificatorio al contrato dentro de la vigencia del mismo.

19. SERVIDORES PÚBLICOS RESPONSABLES DE ADMINISTRAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

Los administradores de contrato están asignados en cada Delegación/UMAE, **ANEXO T29** "Catálogo De Administradores De Contrato Del Servicio Médico Integral".

DELEGACIONES	
FUNCIONES	
RESPONSABLE DE REPORTAR INCUMPLIMIENTOS*	**RESPONSABLE DE CALCULAR, APLICAR Y DAR SEGUIMIENTO A LAS PENAS CONVENCIONALES Y DEDUCCIONES, SEGÚN SEA EL CASO, PREVISTAS EN LOS CONTRATOS, ASÍ COMO NOTIFICAR AL PROVEEDOR PARA QUE ESTE REALICE EL PAGO CORRESPONDIENTE.**
Jefe de Servicio Quirúrgico o Endoscópico, Jefe de Cirugía, Jefe de Endoscopia, Coordinador Clínico de la Unidad, Jefe de Conservación/Biomédico.	**Administrador del Contrato:** Jefe de Servicios Administrativos
Director de la Unidad Médica.	
Jefe Delegacional de Servicios Médicos.	
Coordinador Delegacional de Informática.	

***ANEXO T 29** Catálogo de Administradores del Contrato del Servicio Médico Integral.

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD	
FUNCIONES	
RESPONSABLE DE REPORTAR INCUMPLIMIENTOS*	**RESPONSABLE DE CALCULAR, APLICAR Y DAR SEGUIMIENTO A LAS PENAS CONVENCIONALES Y DEDUCCIONES, SEGÚN SEA EL CASO, PREVISTAS EN LOS CONTRATOS, ASÍ COMO NOTIFICARL AL PROVEEDOR PARA QUE ESTE REALICE EL PAGO CORRESPONDIENTE.**

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

Jefe de Servicio de Quirófano y Endoscopia. O Los Jefes de División de estas áreas.	**Administrador del Contrato:** Director Administrativo.
Titular de la División de Ingeniería Biomédica.	
Director Médico de la Unidad Médica.	
Responsable Asignado en la UMAE.	

***ANEXO T 29** Catálogo de Administradores del Contrato del Servicio Médico Integral.

(EL LICITANTE HARÁ PROPIO EL ANEXO TÉCNICO, mediante su transcripción en papel membretado de la empresa y firmado por su representante legal, para su presentación como parte de su propuesta técnica)

Dr. Manuel de Jesus Lopez Castro
Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

0

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

FORMATOS

Servicio Médico Integral para Procedimientos de Mínima Invasión

Formatos para elaborar reportes de proveeduría del Servicio Médico Integral para Procedimientos de Mínima Invasión, tanto diagnósticos y terapéuticos.

0

Contenido

FORMATO T0. PROGRAMA DE TRABAJO. 1
FORMATO T 5 "Programación de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Médicos e Instrumental" 3
FORMATO T6 "Reporte de Mantenimiento Correctivo de los Equipos Médicos e Instrumental" 4
FORMATO T7 "Entrega /Recepción de Equipos" 5
FORMATO T7.1 "Entrega/Recepción de Sets de instrumental" 6
FORMATO T8 "Programa de transferencia del conocimiento" 7
FORMATO T9 "Registro de Asistencia de transferencia del conocimiento" 8
FORMATO T13 "Control de Entrega Recepción de Bienes de Consumo Básicos" 9
FORMATO T14 "Reporte Individual De Procedimientos Y Bienes De Consumo Complementarios" 10
FORMATO T15 "Reporte Mensual de Procedimientos y Bienes de Consumo Utilizados" 11
FORMATO T15.1 "Notificación de Pena Convencional Aplicable" 12
FORMATO T15.2 "Notificación de Deductivas" 13
FORMATO T16 "Reporte de Incidencias" 14
FORMATO T17 "Relación de Marcas, Modelos y Manual del Fabricante del Equipo Médico" 15
FORMATO T18 "Control de Entrega Recepción de Bienes de Consumo Complementarios" 16
FORMATO T19 "Designación de Supervisor en Instalación y Mantenimiento" 17
FORMATO T20 "Designación de Técnicos en sitio" 18
FORMATO: T21"Carta compromiso del Licitante participante en la Instalación de Equipo" 19
FORMATO T22. RELACIÓN DE DOCUMENTOS A EVALUAR DEL LICITANTE 20
FORMATO T23. PROPUESTA PARA LA EVALUACION TECNICO/ DOCUMENTAL: 21
FORMATO T25 "Manual de Desinfección de Alto Nivel" (DAN) 153
FORMATO T26 "Control de Productividad, Bienes Básicos y Bienes de Consumo Complementarios de la CTSI" 154
FORMATO T27 "Información de los Contenidos y Requerimientos de la Unidad Médica Asignada a Proporcionar en el SMI para PMI" 155
FORMATO T28 "Cronograma de Actividades del Servicio Itinerante" 158
FORMATO T30 "Carta Compromiso de Equipo Médico que avale los 4 años cero meses Años de Fabricación (a partir 2018)." 159
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" 160
FORMATO T 32 ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD 161

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: XXX **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

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

5

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

6

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

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

8

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

9

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 Clínico de la Unidad Médica quién recibe

Nombre y Firma del Técnico responsable de la entrega

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

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

12

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

13

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

14

FORMATO T16 "Reporte de Incidencias"

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

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

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

NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO ASIGNADO PROVEEDOR

*Papel membretado del proveedor

15

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

*Dirección y teléfonos de la proveeduría (membretado

16

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

17

FORMATO T19 "Designación de Supervisor en Instalación y Mantenimiento"

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

_____de _____de_____

_____

P r e s e n t e.

En mi carácter de representante legal de _____, y con el propósito de dar cumplimiento a los requisitos establecidos para la presentación de la propuesta técnica de la Licitación Pública_____ adjunto en formato los datos de las personas designadas como 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.

18

FORMATO T20 "Designación de Técnicos en sitio"

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

_____de _____de_____

_____

P r e s e n t e.

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

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

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

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

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
DE LA EMPRESA

19

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.

20

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						
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)
GRUPO ETARIO ADULTO														
1.1	**531.564.0267 Torre de Visualización que incluye: Carro transportador, monitor, endocámara, procesador de video/Unidad de control de cámara, guia de luz o cable de fibra óptica, fuente de luz, insuflador de CO2, sistema de grabación digital, sistema de irrigación/ succión automático y capnógrafo con oximetro.**													
1.1.1	**Carro porta equipo.**													
1.1.2	**Monitor de video para aplicaciones médicas, compatible con endocámara.**													
1.1.2.1	Con alta definición (HD).													
1.1.2.2	De al menos 1920 X 1080 pixeles o mayor según tecnología del fabricante.													
1.1.2.3	Con opción de entradas de video digitales y análogas.													
1.1.2.4	Con pantalla LCD ó según tecnología del fabricante de mayor o igual a 23".													
1.1.3	**Endocámara o cabezal de cámara:**													
1.1.3.1	De 3 chips digitales o equivalente													
1.1.3.2	Resolución mínima para HD de al menos 1920 x 1080 con aspecto 16:9.													
1.1.3.3	Con control de balance de blancos.													
1.1.3.4	Con control continuo de brillo o ganancia.													
1.1.3.5	Zoom óptico con anillo o digital con botón.													
1.1.4	**Procesador de video/Unidad de control de cámara:**													
1.1.4.1	Control automático de brillo o autoiluminación (según tecnología del fabricante.)													
1.1.4.2	Balance de blancos.													
1.1.4.3	Con al menos dos salidas de video digital.													
1.1.5	**Guia de luz o cable de fibra óptica en el rango de 3.0 a 6.5 mm de diámetro del haz de luz.**													
1.1.6	**Fuente de luz: Lámpara de xenón de 300 Watts o de tecnología de LED diseñada para laparoscopia.**													
1.1.6.1	Regulación automática o manual de la intensidad de la luz.													
1.1.6.2	Lámpara de respaldo, de xenón o Halógeno o LED. O Fuente alterna.													
1.1.6.3	Con vida media (solo para el caso de Xenón) de 500 horas mínimo para Xenón.													
1.1.6.4	Con indicador o contolador de horas de uso, 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 (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 automática 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.													
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:**													

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	
1.1.10.16.1	Visibles y audibles: Alta/Baja de CO2 (o ETCO), SpO2, frecuencia respiratoria, frecuencia de pulso o frecuencia cardiaca, apnea, batería Baja, para cada sensor SpO2 y/o CO2 desconectado o en mal estado y/o mensajes de error.													
1.1.10.16.2	Silenciadas temporalmente.													
1.1.10.16.3	Autoprogramadas y/o seleccionables por el usuario.													
1.1.10.16.4	Oclusión de la línea de CO2.													
1.1.10.17	**Sensor SpO2 para paciente adulto/pediátrico y/o neonatal (opción u opciones a elegir por la institución adquiriente según necesidades del servicio):**													
1.1.10.17.1	De dedo reusable.													
1.1.10.17.2	Multisitio reusable.													
1.1.10.17.3	Cargador interno o externo.													
1.1.10.17.4	Para uso con batería interna recargable.													
1.1.10.17.5	Con almacenamiento de datos o memoria.													
1.1.10.17.6	Salidas analógicas o digitales.													
1.1.10.18	**Consumibles:**													
1.1.10.18.1	Adaptador endotraqueal o de vía aérea tamaño adulto, pediátrico neonatal, (desechable un solo uso) para uso de sensores de flujo principal o lateral.													
1.1.10.18.2	Adaptador endotraqueal o de vía aérea tamaño adulto y pediátrico (neonatal opcional), desechable un solo uso para uso de sensores de flujo principal o lateral.													
1.2	**531.431.0102 Unidad de electrocirugía para endoscopia. 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													

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	
	paciente o que no esté conectado al generador (SEGÚN TECNOLOGÍA DEL FABRICANTE)													
1.2.4.2	Interrupción de la corriente de salida si se detecta una condición de falla (SEGÚN TECNOLOGÍA DEL FABRICANTE).													
1.2.5	**Frecuencia de salida:**													
1.2.5.1	Frecuencia mayor o igual a 300 KHz.													
1.2.6	**Activación de la unidad:**													
1.2.6.1	Por medio del instrumento y/o pedal en salida monopolar.													
1.2.6.2	Por medio del instrumento y/o pedal en salida bipolar.													
1.2.7	**Indicadores digitales de la potencia de salida mono y bipolar.**													
1.2.8	Ajuste por medio de teclado táctil, indicador de función acústico y visual con alarmas.													
1.2.9	**Accesorios:**													
1.2.9.1	Carro para transporte del equipo.													
1.2.9.2	Pedal monopolar, de acuerdo a tecnología del fabricante con las dos funciones (corte y coagulación).													
1.2.9.3	Pedal bipolar. (omitir si se integra al pedal monopolar)													
1.3	**531.355.0013 Bisturí ultrasónico. Sistema quirúrgico de ultrasonido, para corte y coagulación, que dentro de las características más relevantes incluya:**													
1.3.1	Generador ultrasónico **y o dispositivo portátil (se agrega)**													
1.3.2	Utiliza energía ultrasónica.													
1.3.3	En el rango entre 23 hasta 55.5 Kilo Hertz.													
1.3.4	Vibración al accionar función **(opcional, según tecnología)**													
1.3.5	**Accesorios:**													
1.3.5.1	Pinza Laparoscópica para bisturí ultrasónico reusable según tecnología o Disector Ultrasónico inalámbrico según tecnología del fabricante. (se debe considerar como bien de consumo en caso de ser desechable)													
1.3.5.2	Pieza de mano **y/o sistema ultrasónico según tecnología del fabricante.**													
1.3.5.3	Cable para conexión de la pieza de mano **y/o sistema inalámbrico**													
1.3.5.4	Control de **instrumento de mano** y/o Pie.													
1.4	**531.328.0215 Equipo para sellado de vasos. Conjunto de elementos que utiliza energía eléctrica de alta frecuencia en la banda de radiofrecuencia, para generar calor directamente en las células de los tejidos blandos. a fin de cortarlos o coagularlos durante un procedimiento quirúrgico.**													
1.4.1	Sálida para sellado o termofusión de vasos (bipolar													

25

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	
	modificado o avanzado) con salida independiente, memoria interna para reconocimiento de los instrumentos; formación de sellos que soportan en un rango de 300 mmHg o más.													
1.4.2	Pantalla LCD o tecnología superior.													
1.4.3	Indicadores audibles y visibles al accionar cualquiera de los modos del equipo.													
1.4.4	Alarmas audibles y visibles de: falla en alguno de los modos, falso contacto del electrodo de retorno con el paciente o que no esté conectado a la unidad, interrupción del ciclo de sellado de vasos.													
1.4.5	**Accesorios:**													
1.4.5.1	Carro para soporte y traslado del equipo.													
1.5	**531.584.0198 Litotriptor neumático. Equipo para fragmentar cálculos localizados en vías urinarias mediante la generación de ondas de choque balística o neumática.**													
1.5.1	**Onda de choque neumática:**													
1.5.2	Frecuencia de operación mínima de 2 Hz o equivalente de acuerdo a tecnología del fabricante.													
1.5.3	Presión de trabajo de 2 Bar, de onda ultrasónica conforme a la tecnología del fabricante.													
1.5.4	Presión de suministro de 8 Bar, para el caso de requerirse un compresor.													
1.5.5	Selector de pulsos individuales o continuos o funcionamiento de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
1.5.6	Ondas producidas por energía neumática, electrocinética o ultrasónica													
1.5.7	Varilla de litotriptor de 0.8mm. o 0.9 mm o de medida de acuerdo a tecnología del fabricante.													
1.5.8	Varilla de litotriptor de 2.0mm para litotricia percutánea.													
1.5.9	**Accesorios:**													
1.5.9.1	Interruptor de pedal o en la pieza de mano.													
1.5.9.2	Carro porta equipo o Carro litotriptor.													
1.5.9.3	Piezas de mano, o transductor de control de acuerdo a tecnología del fabricante.													
1.5.9.4	Cables de conexión.													
1.5.9.5	Tapas para esterilización.													
1.5.9.6	Adaptador para endoscopio (opcional)													
1.5.9.7	Compresor de aire en caso de ser neumático.													
1.6	**531.350.0133 Láser quirúrgico de Holmio. Equipo que proporciona la potencia óptima para tratamientos de piedras y de tejido suave. Para tratamiento en procedimiento urológicos de: Litotricia renal, uretral y cálculos de vejiga, litotricia de cálculos impactados, estenosis uretral, tumores en vejiga y uretrales, carcinomas de vejiga.** ***Equipo Itinerante 531.350.0133 Equipo para**													

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)
	excisión, incisión, ablación y vaporización de tejidos sin sangrado, además de fragmentación de cálculos, conste 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 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 <u>para oído y nariz</u>.**													
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.													

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)
1.7.1.3	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:**													
1.9.2.1	Con funciones de adelante, atrás y oscilación.													
1.9.2.2	Con funciones de control de velocidad.													
1.9.2.3	Despliegue de funciones.													
1.9.3	**Pieza de mano:**													
1.9.3.1	Con control de succión integrado.													
1.9.3.2	Con intervalo de velocidad en el rango, entre 500 y 10000 o mayor **RPM** para avance y retroceso.													
1.9.3.3	Con intervalo de velocidad en el rango, entre 500 a **3000** RPM mínimo en oscilación.													
1.9.3.4	Con funciones de adelante, atrás y oscilación en botones en pieza de mano. (o a través del pedal opcional)													
1.9.4	**Bomba de irrigación para artroscopía.**													
1.9.4.1	Con intervalo de control de presión entre 10 y 150 mm Hg mínimo.													
1.9.4.2	Flujo entre el rango 0.25 a 2.5 lpm.													
1.9.4.3	Pantalla para programar y desplegar valores presión nominal y real.													
1.9.4.4	Botón de aumento de flujo rápido o de lavado.													
1.9.4.5	Alarmas.													
1.9.5	**Equipo de radiofrecuencia o plasma para artroscopia según tecnología del fabricante**													
1.9.5.1	**Unidad de control:**													
1.9.5.1.1	Bipolar.													
1.9.5.1.2	Con control de potencia.													
1.9.5.1.3	Con funciones de corte y coagulación niveles preconfigurables (ajustables).													
1.9.5.1.4	Con sistema de alarmas de errores visuales y audibles.													
1.9.5.1.5	Con cable de conexión integrado a la pieza de mano.													
1.9.5.1.6	Pantalla para despliegue de parámetros.													
1.9.6	**Pieza de mano reusable o desechable (según tecnología del fabricante) en caso de ser desechable considerarlo como bien de consumo de acuerdo a requerimientos.**													
1.9.7	**Artroscopio:**													
1.9.7.1	**Óptica:**													

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)
1.9.7.2	Una lente de 30° a *70°*													
1.9.7.3	De 4 mm de diámetro y mínimo 140 mm.													
1.9.7.4	Esterilizable en autoclave *de acuerdo a tecnología del fabricante.*													
1.9.7.5	Para el caso de pequeñas articulaciones el lente debe de ser en el rango de 2.3 a 2.7 mm.													
1.9.8	**Camisas compatibles con la óptica:**													
1.9.8.1	Rotatoria.													
1.9.8.2	Doble vía o dos válvulas.													
1.9.8.3	Con sistema de bloqueo o de aseguramiento de la óptica o roscado.													
1.9.8.4	Con dos obturadores cortante y romo.													
1.9.9	**Cables de corriente para todas las partes.**													
1.9.10	**Sujetador de piernas universal:**													
1.9.10.1	Adaptador universal a mesa quirúrgica.													
1.9.10.2	Adaptable al mango de isquemia.													
2.1	**SCCB Torre básica de visualización endoscópica de tubo digestivo adulto que incluye: carro transportador, un videogastroscopio y un videocolonoscopio y un electrocoagulador básico.**													
2.1.1	**Carro porta equipo:**													
2.1.1.1	Colgador de endoscopios incorporado.													
2.1.2	**Monitor:**													
2.1.2.1	Pantalla LCD *ó según tecnología del fabricante* de 19" o mayor, a color.													
2.2.2.2	Con resolución de 1600x1200 pixeles o mayor. S.D.													
2.2.2.3	Con opción de entradas de video digitales. (se dejan fuera las análogas)													
2.1.3	**Procesador de video con:**													
2.1.3.1	Control de brillo manual o automático.													
2.1.3.2	Ajuste de color.													
2.1.3.3	Balance de blancos.													
2.1.3.4	Con al menos una salida de video digital.													
2.1.3.5	Congelamiento de la imagen.													
2.1.3.6	Teclado para introducción de datos del paciente.													
2.1.3.7	Capacidad de almacenamiento de imágenes a través de memoria interna o externa.													
2.1.3.8	Protección contra descargas.													
2.1.4	**Fuente de iluminación**													
2.1.4.1	Lámpara de xenón de 300 Watts o LED.													
2.1.4.2	Lámpara de emergencia de acuerdo a tecnología del fabricante.													
2.1.4.3	Función de transiluminación o incremento de luminosidad, según tecnología del fabricante.													
2.1.4.4	Ajuste de salida de luz. O Ajuste de luz automático.													
2.1.4.5	Indicador de vida de lámpara según tecnología del fabricante.													
2.1.4.6	Suministro de aire ajustable con al menos tres niveles.													
2.1.4.7	Con contenedor para alimentación de agua, y/o de aire de acuerdo a la tecnología del fabricante.													

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	
2.1.5	**Sistema de videograbación o almacenamiento USB o CD o DVD o disco duro.**													
2.1.5.1	Computadora y/o Software o Sistema de Captura de imágenes.													
2.1.6	**Impresora de calidad fotográfica.**													
2.1.7	Backup de energía de al menos 15 minutos de respaldo.													
2.1.8	Probador de impermeabilidad, estanqueidad o fuga.													
2.1.9	Contenedor de líquidos para irrigación.													
2.1.10	**Bomba de irrigación (opcional)**													
2.2	**531.447.0120 Videogastroscopio con las siguientes características: Compatibilidad con el modelo ofertado de fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca y generación.**													
2.2.1	Diámetro exterior del tubo de inserción en el rango de 9 a 13 mm.													
2.2.2	Diámetro del canal de trabajo 2.8 mm. O mayor													
2.2.3	**Angulación en 4 direcciones:**													
2.2.3.1	Al menos 300° de angulación total arriba/abajo.													
2.2.3.2	Al menos 200° de angulación total derecha/izquierda.													
2.2.4	Campo de visión de 120° o mayor													
2.2.5	Con dirección de observación frontal o recto.													
2.2.6	Con profundidad en el campo de observación ≤ a 5 mm. o 6mm. hasta 100 mm													
2.2.7	**Longitud:**													
2.2.7.1	Longitud de trabajo mayor o igual de 1030 mm.													
2.2.7.2	Marcas a lo largo de la longitud de trabajo.													
2.2.8	Con chips CCD o según tecnología del fabricante.													
2.2.9	Al menos dos botones configurables en el control de mando.													
2.2.10	**Debe incluir:**													
2.2.10.1	Boquilla protectora.													
2.2.10.2	Set de limpieza **que incluya cepillo largo, corto y válvulas de irrigación (Se agrega)**													
2.2.10.3	Set de tapones para canal de trabajo, set de válvulas de aspiración, con o sin tapón hermético para desinfección de alto nivel													
2.2.10.4	Con probador de impermeabilidad o Probador de fugas.													
2.3	**531.217.0235 Videocolonoscopio con las siguientes características: Compatibilidad con el modelo ofertado de fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca y generación.**													
2.3.1	Diámetro exterior del tubo de inserción en el rango de 12 o mayor.													
2.3.2	Diámetro del canal de trabajo mayor o igual a 3.7 mm.													
2.3.3	**Angulación en 4 direcciones:**													

30

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)
2.3.3.1	Al menos 360° de angulación total arriba/abajo.													
2.3.3.2	Al menos 320° de angulación total derecha/izquierda.													
2.3.4	Campo de visión de 120°ó mayor.													
2.3.5	Con dirección de observación frontal o recto.													
2.3.6	Con profundidad en el campo de observación menor o igual a 7 mm hasta 100 mm.													
2.3.7	**Longitud:**													
2.3.7.1	Longitud de trabajo mayor de 1330 mm.													
2.3.7.2	Marcas a lo largo de la longitud de trabajo.													
2.3.8	Con chips CCD o según tecnología del fabricante.													
2.3.9	Al menos dos botones configurables en el control de mando.													
2.3.10	**Debe incluir:**													
2.3.10.1	Set de limpieza que incluya cepillo largo, corto y válvulas de irrigación.													
2.3.10.2	Set de tapones para canal de trabajo, set de válvulas de aspiración, con o sin tapón hermético para desinfección de alto nivel													
2.3.10.3	Comprobador de impermeabilidad													
2.4	**531.431.0102 Unidad de electrocirugía para endoscopia. 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:**													

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	
2.4.6.1	Por medio del instrumento y/o pedal en salida monopolar.													
2.4.6.2	Por medio del instrumento y/o pedal en salida bipolar.													
2.4.6.3	Indicadores digitales para modo monopolar y bipolar.													
2.4.7	**Indicadores digitales de la potencia de salida mono y bipolar.**													
2.4.8	Ajuste por medio de teclado táctil, indicador de función acústico y visual con alarmas.													
2.4.9	**Accesorios:**													
2.4.9.1	Carro para transporte del equipo.													
2.4.9.2	Pedal o Pedal doble con funciones para corte y coagulación y bipolares.													
2.5	**Torre de visualización endoscópica de alta especialidad para tubo digestivo adulto que incluye: un videogastroscopio, un videocolonoscopio, un videoduodenoscopio terapéutico y unidad de electrocirugía con coagulación de argón.**													
2.5.1	**Carro porta equipo con:**													
2.5.1.1	Con brazo colgador para los videoendoscopios.													
2.5.2	**Monitor:**													
2.5.2.1	Pantalla LCD o según tecnología del fabricante de 19" o mayor, a color													
2.5.2.2	De al menos 1920 X 1080 pixeles o mayor según tecnología del fabricante.													
2.5.2.3	Con opción de entradas de video digitales.													
2.5.3	**Procesador digital de video para endoscopia:**													
2.5.3.1	Con zoom electrónico o digital mínimo 1.5X													
2.5.3.2	Control de brillo manual o automático.													
2.5.3.3	Balance de blancos.													
2.5.3.4	Opción de salida de video que asegure la capacidad de HD.													
2.5.3.5	Capacidad de almacenamiento de imágenes en dispositivo extraíble.													
2.5.3.6	Teclado para introducción de datos del paciente.													
2.5.3.7	Tonalidad de color ajustable.													
2.5.3.8	Con función de cromoendoscopia Digital o Función de Banda Angosta o longitud de onda.													
2.5.3.9	Congelamiento de la imagen.													
2.5.3.10	Con teclado para introducción de datos del paciente y para el control de las funciones principales.													
2.5.4	**Fuente de luz:**													
2.5.4.1	Lámpara xenón o LED.													
2.5.4.2	Intensidad de 300 watts separada o integrada al procesador.													
2.5.4.3	Función de transiluminación o incremento de la luminosidad.													
2.5.4.4	Control de luz manual y/o automático.													
2.5.4.5	Con lámpara de emergencia de xenón o halógeno													

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 acuerdo a la tecnología del fabricante													
2.5.4.6	Bomba de aire con dos niveles de regulación como mínimo.													
2.5.4.7	Protección contra descargas.													
2.5.5	**Sistema de videograbación o almacenamiento USB o CD o DVD o disco duro.**													
2.5.5.1	Computadora y software.													
2.5.5.2	Impresora de calidad fotográfica.													
2.5.6	Backup de energía de al menos 15 minutos de respaldo.													
2.5.7	Probador de impermeabilidad, estanqueidad o Probador de fugas.													
2.5.8	Contenedor de líquidos para irrigación.													
2.5.9	**Insuflador de CO2 (Opcional conforme a la tecnología del fabricante).**													
2.5.9.1	30 a 45 lpm de alto flujo. (Opcional conforme a la tecnología del fabricante).													
2.5.9.2	Flujo de insuflación y volumen. (Opcional conforme a la tecnología del fabricante).													
2.5.9.3	Con manguera de alta presión con conector de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
2.5.9.4	Con Indicador en Panel o de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
2.5.9.5.1	**Características de seguridad:**													
2.5.9.5.1.1	Protección de sobre presión o Sensor de Presión de acuerdo a la tecnología del fabricante													
2.5.9.5.1.2	Sistema de alarmas audibles y visuales para tanque vacío y sobrepresión en la cavidad abdominal. (Opcional)													
2.5.9.5.1.3	Filtro bacterial (opcional)													
2.5.9.5.1.4	Niveles de flujo alto y/o bajo.													
2.5.9.6	**Bomba de irrigación (Opcional)**													
2.6	**531.447.0120 Videogastroscopio con las siguientes características: Compatibilidad con el modelo ofertado de fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca y generación.**													
2.6.1	Diámetro exterior del tubo de inserción en el rango de 9 a 13 mm.													
2.6.2	Diámetro del canal de trabajo de 2.8 mm. O mayor.													
2.6.3	**Angulación en 4 direcciones:**													
2.6.3.1	Al menos 300° de angulación total arriba/abajo.													
2.6.3.2	Al menos 200° de angulación total derecha/izquierda.													
2.6.4	Campo de visión de 120° o mayor													
2.6.5	Con dirección de observación frontal o recto.													
2.6.6	Con profundidad en el campo de observación ≤ a 5 mm o 6mm hasta 100 mm													
2.6.7	**Longitud.**													
2.6.7.1	Longitud de trabajo mayor o igual de 1030 mm.													
2.6.7.2	Marcas a lo largo de la longitud de trabajo.													
2.6.8	Con chips CCD o según tecnología del fabricante.													

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	
2.6.9	Al menos dos botones configurables en el control de mando.													
2.6.10	Con Zoom óptico													
2.6.11	Con función de cromoendoscopia Digital o Función de Banda Angosta. O longitud de onda en el videoendoscopio o en el videoprocesador (según tecnología del fabricante)													
2.6.13	**Debe incluir:**													
2.6.13.1	Boquilla protectora.													
2.6.13.2	Set de limpieza que incluya cepillo largo, cepillo corto, válvulas de irrigación													
2.6.13.3	Set de tapones para canal de trabajo (opcional), set de válvulas de aspiración, con o sin tapón hermético para desinfección de alto nivel													
2.7	**531.217.0235 Videocolonoscopio con las siguientes características: Compatibilidad con el modelo ofertado de fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca y generación.**													
2.7.1	Diámetro exterior del tubo de inserción en el rango de 12.2 o mayor.													
2.7.2	Diámetro del canal de trabajo mayor o igual a 3.7 mm.													
2.7.3	**Angulación en 4 direcciones:**													
2.7.3.1	Al menos 360° de angulación total arriba/abajo.													
2.7.3.2	Al menos 320° de angulación total derecha/izquierda.													
2.7.4	Campo de visión de 140°o mayor.													
2.7.5	Con dirección de observación frontal o recto.													
2.7.6	Con profundidad en el campo de observación ≤ 7 mm hasta 100 mm.													
2.7.7	**Longitud:**													
2.7.7.1	Longitud de trabajo mayor de 1330 mm.													
2.7.7.2	Marcas a lo largo de la longitud de trabajo.													
2.7.8	Con chips CCD o según 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**													

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

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)
	paciente o que no esté conectado al generador.													
2.9.5.2	Interrupción de la corriente de salida si se detecta una condición de falla.													
2.9.6	**Frecuencia de salida:**													
2.9.6.1	Frecuencia mayor o igual a 300 KHz.													
2.9.7	**Activación de la unidad:**													
2.9.7.1	Por medio del instrumento y/o pedal en salida monopolar.													
2.9.7.2	Por medio del instrumento y/o pedal en salida bipolar.													
2.9.8	**Indicadores digitales para modo monopolar y bipolar.**													
2.9.9	**Coagulador de argón o Equipo de Argón.**													
2.9.9.1	Modulo externo o integrado a la unidad principal.													
2.9.9.2	Con regulación o control del flujo de gas argón de acuerdo al instrumento utilizado o tecnología del fabricante.													
2.9.9.3	Con capacidad mínima de conexión de un tanque de argón con purga de la línea.													
2.9.10.4	Con alarma audible o visual de nivel bajo de gas.													
2.9.10	**Tanque contenedor de gas argón de acuerdo al equipo ofertado.**													
2.9.11	Regulador de presión de gas argón de acuerdo al equipo ofertado.													
2.9.12	**Accesorios:**													
2.9.12.1	Carro para transporte del equipo.													
2.9.12.2	Pedal monopolar para corte y coagulación o electrocoagulador.													
2.9.12.3	Sonda para aplicación endoscópica flexible con cable de conexión (con tres modos de salida **según tecnología del fabricante**), en el caso de ser desechable manifestarlo en su referenciación)													
2.9.12.4	Placa de retorno de paciente con cable de conexión reusable, o desechable (opcional) de acuerdo a edad y complexión del paciente.													
2.10	**531.923.0321 Ultrasonido endoscópico. Equipo que permite la visualización ultrasonográfica y endoscópica del tubo digestivo, que dentro de las características más relevantes, incluya:**													
2.10.1.1	El procesador de video endoscópico.													
2.10.1.2	El endoscopio de ultrasonido lineal y radial de transductor electrónico.													
2.10.2	**Modos de escaneo:**													
2.10.2.1	Modo B.													
2.10.2.2	Modo M (opcional).													
2.10.2.3	Con escaneo digital radial y lineal.													
2.10.3	Frecuencia en niveles en el rango de 5 a 12 MHz (ajustable en cuatro niveles como mínimo).													
2.10.4	Debe mostrar los diferentes parámetros y datos en la pantalla.													
2.10.5	Con entrada de video digital.													
2.10.6	Con salida de video digital.													

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)
2.10.7	**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.													
2.10.10.2	Compatible con los procesadores de endoscopia 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)													

37

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

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)
	y generación.													
2.12.1	Diámetro exterior del tubo de inserción en el rango de 3.9 hasta 6.3 mm.													
2.12.2	Diámetro del canal de trabajo en el rango de 2 a 3.2 mm.													
2.12.3	**Angulación en dos direcciones:**													
2.12.3.1	Al menos 280 grados de angulación total de arriba abajo (Antes era de al menos 300 grades. Se abre a que entre desde los 280 grados)													
2.12.4	Campo de visión de 120° o mayor													
2.12.5	Dirección de observación frontal													
2.12.6	Con profundidad de campo dentro del rango de mínimo 3 y hasta 100 mm.													
2.12.7	**Longitud:**													
2.12.7.1	Longitud de trabajo > a 600 mm.													
2.12.7.2	Marcas a lo largo de la longitud de trabajo.													
2.12.8	Con chips CCD o según tecnología del fabricante.													
2.12.9	Con al menos dos botones configurables en el control de mando.													
2.12.10	**Debe incluir:**													
2.12.10.1	Set de limpieza que incluya cepillo largo, cepillo corto, válvulas de irrigación. (opcional)													
2.12.10.2	Set de tapones para canal de trabajo, set de válvulas de aspiración, con o sin tapón hermético para desinfección de alto nivel													
2.12.10.3	Comprobador de impermeabilidad o Probador de Fugas.													
2.13	**SCCB Enteroscopio asistido con balón. Enteroscopio de uno o dos balones: Equipo para Enteroscopía de uno o dos balones, utilizado para la observación, el diagnóstico y tratamiento del intestino delgado.**													
2.13.1	Enteroscopio de uno o de doble balón en el rango de 8.5 a 11.6 mm. de diámetro externo.													
2.13.2	Canal de trabajo en el rango de 2.8 mm. O mayor													
2.13.3	Angulos de flexión de la punta arriba/abajo y derecha izquierda.													
2.13.4	Longitud total de 2000 mm. o mayor.													
2.13.5	Rango de observación en el rango de 3 - 100 mm. o de 5 – 100 mm. como mínimo.													
2.13.6	Campo visual en el rango de 120° a 140°.													
2.13.7	Bomba controladora automática con mando a distancia según tecnología.													
2.13.8	Presión de balón de 5.4 a 5.6 Kpa +/- 2.6 Kpa.													
2.13.9	Globo para insuflación y avance del enteroscopio, opcional según tecnología.													
3.1	**531.661.0079 Unidad de Facoemulsificación.**													
3.1.1	Aparato para extracción de catarata por facofragmentación y vitrectomía anterior.													
3.1.2	Punta de facoemulsificación en el rango de 15° a 45 °.													
3.1.3	**Pieza de mano para Sistema de ultrasonido.**													

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)
3.1.3.1	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	Cortomo 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 guardia y esterilización o según tecnología del fabricante.													

40

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	
3.1.13.4	Pedal que permita el control de funciones.													
3.2	**531.626.0115 Microscopio quirúrgico oftalmológico avanzado. Equipo electro médico rodable que se utiliza como apoyo en el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías de imágenes microscópicas y/o microquirúrgicas, por método no invasivo, consta de:**													
3.2.1	**Equipo con visión: estereoscópica, binocular o tridimensional.**													
3.2.2	Estativo fijo o rodable como parte del sistema.													
3.2.3	**Características de la pantalla de control:**													
3.2.3.1	Táctil o LCD o según tecnología del fabricante.													
3.2.3.2	Integrada en el estativo.													
3.2.4	Sistema modular que permita adaptar accesorios necesarios o deseados.													
3.2.5	Pedal impermeable inalámbrico de control con cable de respaldo (opcional).													
3.2.6	Respaldo de energía eléctrica (UPS) de al menos 30 minutos en caso de corte de suministro eléctrico.													
3.2.7	**Características del estativo:**													
3.2.7.1	Columna-estativo rodable o fijo:													
3.2.7.2	**Primer brazo, brazo de soporte o brazo móvil:**													
3.2.7.2.1	Longitud según tecnología del fabricante													
3.2.7.2.2	Ángulo de giro de al menos 270° o ±135°.													
3.2.7.3	**Segundo brazo, brazo basculante o brazo auto compensado o brazo elevador o conforme a la tecnología del fabricante:**													
3.2.7.3.1	Longitud según tecnología del fabricante													
3.2.7.3.2	Ángulo de giro de al menos 270° o ±135°.													
3.2.7.4	Sistema auto compensado o según tecnología del fabricante.													
3.2.7.5	Sistema de frenos de fricción o manuales. O según tecnología del fabricante.													
3.2.7.6	Carrera vertical de al menos 640 mm o ±320 mm o Carrera: +360 mm / -360 mm o conforme a la tecnología del fabricante.													
3.2.7.7	**Sistema XY motorizado con pre-centrado automático:**													
3.2.7.7.1	De al menos 40 mm en X.													
3.2.7.7.2	De al menos 40 mm en Y.													
3.2.7.7.3	Soporte o gancho para pedal.													
3.2.8	**Características de la base:**													
3.2.8.1	Base con al menos 4 ruedas.													
3.2.8.2	Sistemas de frenos en al menos 2 ruedas.													
3.2.9	**Características del microscopio o cabezal, Características de la óptica:**													
3.2.9.1	Apocromática de gran campo.													
3.2.9.2	Sistema de aumento motorizado con relación de 1:6 o mayor. O con aumentos desde 4.2 hasta 21X													
3.2.9.3	Controlable desde el pedal.													
3.2.9.4	Continuo.													

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)
3.2.9.5	Con velocidad ajustable.													
3.2.9.6	Sistema de área de enfoque fino motorizado de 45 mm o mayor. Con botón de reinicio.													
3.2.10	**Características del tubo binocular:**													
3.2.10.1	Tubo binocular oblicuo de 45° con una inclinación variable de al menos 45° a 90 ° o según tecnología del fabricante.													
3.2.10.2	Con ajuste de la distancia interpupilar.													
3.2.10.3	Oculares de 10 X o mayor.													
3.2.10.4	Con compensación de ametropías de ± 5 dioptrías o mayor.													
3.2.10.5	Concha ocular integrada ajustable.													
3.2.10.6	Objetivo con distancia de trabajo de 175 mm o mayor.													
3.2.11	**Características de la co-observación:**													
3.2.11.1	Características del tubo binocular:													
3.2.11.2	Tubo inclinable (ó con angulación de 45°).													
3.2.11.3	Con ajuste de la distancia interpupilar.													
3.2.11.4	Oculares con la misma magnificación a los configurados en el tubo binocular principal.													
3.2.11.5	Con compensación de ametropías de ± 5 dioptrías o mayor.													
3.2.11.6	Divisor óptico de haces 50:50 o Divisor de rayos.													
3.2.11.7	Concha ocular integrada ajustable.													
3.2.12	**Basculación o inclinación del microscopio:**													
3.2.12.1	De -50° o menor.													
3.2.12.2	De +15° o mayor.													
3.2.13	**Características del sistema de iluminación:**													
3.2.13.1	Luz LED o combinadas con Xenón o Halógeno de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
3.2.13.2	Sistema para la obtención del reflejo rojo con intensidad regulable.													
3.2.13.3	Filtro contra radiación UV.													
3.2.13.4	Filtro para protección de retina.													
3.2.13.5	Fuente de luz de repuesto en caso de que la fuente de luz principal falle.													
3.2.14	**Sistema de iluminación coaxial directa o por medio de fibra óptica (luz fría).**													
3.2.14.1	Sistema de cambio rápido para la luz de repuesto. (Para Xenón o Halógeno).													
3.2.15	**Accesorios incluidos:**													
3.2.15.1	Cable de respaldo del pedal inalámbrico incluido (opcional).													
3.2.15.2	Respaldo de energía (UPS) de al menos 30 minutos.													
3.2.15.3	Al menos 3 juegos de capuchones re-esterilizables incluidos.													
3.2.15.5	Lámpara de repuesto.													
3.2.15.6	**Sistema de videograbación o almacenamiento USB a CD o DVD o disco duro compatible con el equipo ofertado (opcional).**													
3.3	**Equipo de Facovitrectomía. Equipo 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	
	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 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.													

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	
3.3.12.1.2	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	Anguiada ó curvada.													
3.3.16	**Control programable de fluidos viscosos o silicón.**													
3.3.17	**Pedal:**													
3.3.17.1	Control de las funciones mínimas de irrigación, aspiración, vitrectomía y diatermia.													
3.3.17.2	Con protección contra agua.													
3.3.18	**Alarmas audibles y visibles de error o falla durante la operación.**													
3.3.19	**Pieza de mano o fragmentador para segmento posterior.**													
3.3.20	**Accesorios:**													
3.3.20.1	Soporte rodable con poste de infusión.													
3.3.20.2	Estuche para guarda y esterilización.													
3.4	**Microscopio para oftalmocirugía de alta especialidad. Equipo rodable no invasivo de precisión en microscopia 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	Angulo de giro de al menos 270° o ±135°.													
3.4.8.2	Segundo brazo, brazo basculante o brazo auto													

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	
	compensado:													
3.4.8.2.1	Longitud *según tecnología del fabricante.*													
3.4.8.2.2	Ángulo de giro de al menos 270° o ±135°.													
3.4.8.2.3	Sistema auto compensado. O según tecnología del fabricante.													
3.4.8.2.4	Sistema de frenos electromagnéticos.													
3.4.8.2.5	Carrera vertical de al menos 600 mm o ±360 mm.													
3.4.9	**Sistema XY motorizado con pre-centrado automático:**													
3.4.9.1	De al menos 50 mm o más en X.													
3.4.9.2	De al menos 50 mm o más en Y.													
3.4.9.3	Soporte o gancho para pedal.													
3.4.10	**Características de la base:**													
3.4.10.1	Base con al menos 4 ruedas.													
3.4.10.2	Sistemas de frenos en al menos 2 ruedas.													
3.4.11	**Características del microscopio o cabezal, Características de la óptica:**													
3.4.11.1	Apocromática de gran campo.													
3.4.11.2	Sistema de aumento motorizado con relación de 1:6 o mayor. *O con aumentos desde 4.2 hasta 21x*													
3.4.11.3	Controlable desde el pedal.													
3.4.11.4	Continuo.													
3.4.11.5	Con velocidad ajustable.													
3.4.11.6	Sistema de área de enfoque fino motorizado de 50 mm o mayor. Con botón de reinicio													
3.4.12	**Características del tubo binocular:**													
3.4.12.1	Tubo binocular oblicuo 45° con una inclinación variable de al menos 45° a 90 ° o de acuerdo a tecnología del fabricante o de acuerdo a tecnología del fabricante.													
3.4.12.2	Con ajuste de la distancia interpupilar.													
3.4.12.3	Oculares de 10 X o mayor.													
3.4.12.4	Con compensación de ametropías de ± 5 dioptrías o mayor.													
3.4.12.5	Concha ocular integrada ajustable.													
3.4.12.6	Objetivo con distancia de trabajo de 175 mm o mayor.													
3.4.13	**Características del asistente integrado:**													
3.4.13.1	Características del tubo binocular.													
3.4.13.2	Tubo binocular oblicuo 45° con una inclinación variable de al menos 45° a 90 ° o de acuerdo a tecnología del fabricante.													
3.4.13.3	Con ajuste de la distancia interpupilar.													
3.4.13.4	Oculares con la misma magnificación a los configurados en el tubo binocular principal.													
3.4.13.5	Con compensación de ametropías de ± 5 dioptrías o mayor.													
3.4.13.6	Concha ocular integrada ajustable.													
3.4.13.7	Dispositivo de enfoque independiente.													
3.4.13.8	Sistema de aumento dependiente o independiente.													
3.4.14	**Basculación o sistema de balanceo de brazo:**													

45

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)
3.4.14.1	De -20° o menor.													
3.4.14.2	De +15° o mayor.													
3.4.14.3	Filtro para protección de retina *(de acuerdo a tecnología del fabricante)*													
3.4.15	**Características del sistema de iluminación:**													
3.4.15.1	Luz LED Xenón; HALOGENO o combinadas.													
3.4.15.2	Sistema para la obtención del reflejo rojo con intensidad regulable.													
3.4.15.3	Filtro contra radiación UV.													
3.4.15.4	Fuente de luz de repuesto en caso de que la fuente de luz principal falle.													
3.4.16	**Sistema de iluminación coaxial directa o por medio de fibra óptica (luz fría).**													
3.4.16.1	Con regulación de la intensidad luminosa en forma continua.													
3.4.16.2	Sistema de cambio rápido para la luz de repuesto.													
3.4.17	**Cable de respaldo del pedal inalámbrico incluido (opcional)**													
3.4.18	Respaldo de energía (UPS) de al menos 30 minutos.													
3.4.19	Al menos 3 juegos de capuchones re-esterilizables incluidos.													
3.4.20	Lámpara de repuesto. *Compatible con el equipo ofertado.*													
3.4.21	Set de baterías recargables para el pedal inalámbrico. (opcional)													
3.4.23	**Accesorios para cirugía de retina:**													
3.4.23.1	Invertidores de imagen *según tecnología del fabricante.*													
3.4.23.2	Sistema de lentes aéreo con lentes en el rango de 60D a 90D y 120D a 130D.													
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.													

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	
3.5.10	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 anerítra.													
3.6.2	**Lente anesférico de cristal de + 20 Dioptrías.**													
3.6.2.1	+20 lupa de +20D.													
3.6.3	**Lámpara de halógeno de 6v /10w. o LED.**													
3.6.3.1	Ajuste de haz de luz.													
3.6.3.2	Dispositivo de espejo de enseñanza.													
3.6.3.3	Control de intensidad de luz.													
3.6.3.4	Estuche para guarda.													
3.6.4	**Accesorios:**													
3.6.4.1	Espejo de enseñanza.													
3.6.4.2	Depresor escleral.													
3.6.4.3	Maletín de guarda y transporte.													
3.6.4.4	unidad de carga o Transformador de mesa de conexión a 120v/60hz.													
3.6.5	**Consumibles:**													
3.6.5.1	Tarjetas para diagnóstico de fondo.													
3.6.5.2	Focos de halógeno 6v/10w o LED													
3.6.5.3	Batería de repuesto													
3.7	**531.325.0069 Unidad para ultrasonografía oftalmológica. Equipo auxiliar en el diagnóstico de retinopatías en pacientes diabéticos, lesiones o tumores oculares.**													
3.7.1	**Ultrasonido ocular con pantalla interconstruida blanco y negro, 64 niveles de gris o mayor y teclado alfanumérico o características superiores de acuerdo a tecnología del fabricante:**													
3.7.2	**Con modos de operación A, B.**													
3.7.2.1	Modo A para cálculos de:													
3.7.2.2	Longitud axial.													
3.7.2.3	Longitud del vítreo.													

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	
3.7.2.4	Profundidad de cámara anterior.													
3.7.2.5	Espesor de lentes.													
3.7.2.6	Función para cálculo de lentes intraoculares de acuerdo a:													
3.7.2.7	SRK II ó regresión II, Haigis Hofer Q,													
3.7.2.8	SRK/T ó regresión-T, Holladay como mínimo.													
3.7.2.9	Herramientas de medición (medición de distancia y área, según tecnología de cada fabricante).													
3.7.3	**Ángulo de escaneo de 0° a 60° o mayor.**													
3.7.4	Frecuencia de rastreo 10 MHz. Para Modo A.													
3.7.5	Intervalo medible de 15 mm o menor, 39 mm o mayor o mediciones de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
3.7.6	Ganancia variable.													
3.7.7	Transductor y sonda con frecuencia de 10 MHz o mayor con ángulo de rastreo en modo B.													
3.7.8	Porta transductores.													
3.7.9	**Accesorios:**													
3.7.9.1	Software, sistema operativo y manejador de base de datos en español (según tecnología de cada fabricante, que garantice el almacenamiento de la información).													
3.7.9.2	Software para cálculo de lente intraocular con las fórmulas antes descritas.													
3.7.9.3	Unidad grabadora CD y DVD +-RW *o puertos USB.*													
3.7.9.4	Pantalla LCD *ó según tecnología del fabricante*, de 10" o mayor.													
3.7.9.5	Teclado en español y mouse o tecnología superior (touch).													
3.7.9.6	Unidad de energía ininterrumpida (UPS) con respaldo de 15 minutos como mínimo.													
3.7.9.7	Carro de transporte con sistema de fijación de equipo, ruedas con freno y espacio para todos los componentes o Base con Soporte posterior.													
3.7.9.8	Impresora de inyección de tinta blanco y negro *o térmica con consumibles o Láser (B/N).*													
3.7.9.9	Calidad fotográfica.													
3.7.9.10	Copa de inmersión para Biometría.													
3.7.9.11	**Accesorios Especiales (aplica únicamente para UMAE)**													
3.7.9.11.1	Modo UBM para detección de lesiones en:													
3.7.9.11.2	Cámara anterior y retina periférica.													
3.7.9.11.3	Frecuencia de 35Mhz *(opcional)* y 50 MHz.													
3.7.9.11.4	Transductor y sonda con frecuencia de 35 *(opcional)* y 50 MHz.													
3.7.9.11.5	Estación de trabajo de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
3.8	**531.385.1080 Esterilizador de vapor. Equipo semiportátil para esterilizar por medio de vapor autogenerado, instrumental y material empleado durante la atención, oftalmológica.**													
3.8.1	Controlado por microprocesador.													

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	
3.8.2	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 tecladoo *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 Queratometría**													
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, queratometría, 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 tratamiento a través de congelación de tejidos en cirugía oftálmica.**													

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	
3.10.1	Con despliegue digital de temperatura													
3.10.2	Con despliegue digital de tiempo de congelación													
3.10.3	Con interruptor de pie (a prueba de explosiones													
3.10.4	Con sistema de congelación													
3.10.5	Congelación rápida o instantánea													
3.10.6	**Accesorios:**													
3.10.6.1	Los necesarios para realizar el procedimiento													
4.1	**531.316.0102 Equipo de cápsula endoscópica para visualización del tracto digestivo. Capaz de interactuar con cápsulas de esófago, intestino delgado y/o de colon, que, dentro de las características más relevantes, incluya: *Equipo itinerante**													
4.1.1	Sistema de cápsula endoscópica en diagnósticos del esófago, intestino delgado y/o colon, toma de imágenes del tracto gastrointestinal y transmite los datos de imagen (segun tecnología del fabricante). Consta de: cápsula endoscópica, unidad de grabación, el visor a tiempo real y la estación de trabajo.													
4.1.2	Capaz de trabajar con sistema de 8 sensores o antenas y sensor de cinturón para la recepción de imágenes.													
4.1.3	Con pantalla para visualización del sistema de alertas y para visualización del procedimiento en tiempo real.													
4.1.4	Compatible con software de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
4.1.5	Sistema para visualización del esófago, intestino delgado y/o colon o cápsula que visualice la totalidad del tubo digestivo.													
4.1.6	Estación de trabajo con monitor a color, teclado y mouse.													
4.1.7	Cápsulas endoscópicas compatibles con el equipo ofertado.													
5.1	**537.336.0212 Grabador de pH con impedancia esofágico 24 Hrs. Equipo de medición de pH-metería con impedancia ambulatoria de 24 Hrs. para esófago que dentro de las características mas relevantes incluya:**													
5.1.1	Equipo para realizar pruebas de reflujo ambulatorias de 24 horas y medir niveles de pH intraesofágico e intragástrico.													
5.1.2	Con funciones de marcación de eventos y síntomas.													
5.1.3	Con grabador o registrador de datos.													
5.1.4	**Software**													
5.1.4.1	Software que pueda analizar estudios de pH alámbrico y que permita personalizar los informes.													
5.1.4.2	Software de pH que permite informar puntuaciones de adulto (De Meester & Johnson) e infantiles (Boix Ochoa), además de gráficas percentiles normales, correlación de síntomas de reflujo, índice de													

50

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

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)
	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														
1.1	**531.564.0267 Torre de Visualización que incluye: Carro transportador, monitor, endocámara, procesador de video/Unidad de control de cámara, guia de luz o cable de fibra óptica, fuente de luz, insuflador de CO2, sistema de grabación digital, sistema de irrigación/ succión automática, 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 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	**Guia 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.													

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	
1.1.6.2	Lámpara de respaldo, de xenón, Halógeno o LED. O Fuente alterna de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
1.1.6.3	Con vida media de 500 horas mínimo solo para el caso de Xenón.													
1.1.6.4	Para el caso de Xenón: Con indicador o controlador de horas de uso o según tecnología del fabricante.													
1.1.6.5	Con entrada compatible con guía de luz ofertada.													
1.1.7	**Insuflador de CO2:**													
1.1.7.1	30 a 45 lpm de alto flujo.													
1.1.7.2	Presión intra-abdominal.													
1.1.7.3	Flujo de insuflación y volumen.													
1.1.7.4	Con manguera de alta presión con conector PIN o roscable													
1.1.7.5	Con indicador en panel de: volumen, presión y consumo.													
1.1.7.6	**Características de seguridad:**													
1.1.7.6.1	Protección de sobre presión.													
1.1.7.6.2	Sistema de alarmas audibles y visuales para tanque vacío y sobrepresión en la cavidad abdominal.													
1.1.7.6.3	Niveles de flujo preconfigurados para alto y bajo.													
1.1.8	**Sistema de videograbación o almacenamiento en: USB o CD o DVD o disco duro según tecnología del fabricante**													
1.1.9	**Equipo de irrigación automática y/o equipo de aspiración automática:**													
1.1.9.1	Con sistema de rodillos, (o según tecnología del fabricante).													
1.1.10	**Capnógrafo con oximetro:**													
1.1.10.1	Equipo portátil, para la medición y registro continuo de CO2 espirado, frecuencia respiratoria, frecuencia 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.													
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													

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)
	+/- 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 O adaptador de línea de ventilación para adultos y niños. Uso para un solo paciente													
1.2	**531.431.0102 Unidad de electrocirugía para endoscopia. 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 endoscopia, 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:**													

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	
1.2.3.1	Con coagulación con potencia de salida mínima de 70 watts.													
1.2.3.2	Con control independiente para selección de potencia en modo bipolar o Limitación de potencia para coagulación bipolar.													
1.2.4	**Monitorización de la calidad del contacto del electrodo de retorno o Control de los electrodos neutros de acuerdo a la tecnología del fabricante**													
1.2.4.1	Alarma visual y audible que se activa cuando existe un falso contacto del electrodo de retorno con el paciente o que no esté conectado al generador.													
1.2.4.2	Interrupción de la corriente de salida si se detecta una condición de falla.													
1.2.5	**Frecuencia de salida:**													
1.2.5.1	Frecuencia mayor o igual a 300 KHz.													
1.2.6	**Activación de la unidad:**													
1.2.6.1	Por medio del instrumento y/o pedal en salida monopolar.													
1.2.6.2	Por medio del instrumento y/o pedal en salida bipolar.													
1.2.7	**Indicadores digitales de la potencia de salida mono y bipolar.**													
1.2.8	Ajuste por medio de teclado táctil, indicador de función acústico y visual con alarmas.													
1.2.10	**Accesorios:**													
1.2.10.1	Carro para transporte del equipo.													
1.2.10.2	Cable y Pedal monopolar, de acuerdo a tecnología del fabricante con las dos funciones (corte y coagulación).													
1.2.10.3	Pedal bipolar conforme a la tecnología del fabricante.													
1.3	**531.355.0013 Bisturí ultrasónico. Equipo quirúrgico de ultrasonido, para corte y coagulación, que dentro de las características más relevantes incluya:**													
1.3.1	Generador ultrasónico y o dispositivo portátil.													
1.3.2	Utiliza energía ultrasónica.													
1.3.3	En el rango entre 23 hasta 55.5 Kilo Hertz.													
1.3.4	Vibración al accionar función (opcional, según tecnología)													
1.3.5	**Accesorios:**													
1.3.5.1	Pinza Laparoscópica para bisturí ultrasónico reusable según tecnología o Disector Ultrasónico inalámbrico según tecnología del fabricante. (se debe considerar como bien de consumo en caso de ser desechable)													
1.3.5.2	Pieza de mano y/o sistema ultrasónico según tecnología del fabricante.													
1.3.5.3	Cable para conexión de la pieza de mano y/o sistema inalámbrico													
1.3.5.4	Control de instrumento de mano y/o Pie.													
1.5	**531.584.0198 Litotriptor neumático. Equipo para**													

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

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	
	19" o mayor, a color.													
2.5.2.2	De al menos 1920 X 1080 pixeles o mayor según tecnología del fabricante.													
2.5.2.3	Con opción de entradas de video digitales.													
2.5.3	**Procesador digital de video para endoscopia:**													
2.5.3.1	Con zoom electrónico o digital (según tecnología de cada fabricante) de 1.5x o mayor													
2.5.3.2	Con Zoom óptico electrónico u Observación Óptico Digital. (según tecnología de cada fabricante)													
2.5.3.3	Control de brillo manual o automático.													
2.5.3.4	Balance de blancos.													
2.5.3.5	Opción de salida de video que asegure la capacidad de HD.													
2.5.3.6	Capacidad de almacenamiento de imágenes en dispositivo extraíble.													
2.5.3.7	Teclado para introducción de datos del paciente.													
2.5.3.8	Tonalidad de color ajustable.													
2.5.3.9	Con función de cromoendoscopia Digital o Función de Banda Angosta o longitud de onda													
2.5.3.10	Congelamiento de la imagen.													
2.5.3.11	Con teclado para introducción de datos del paciente y para el control de las funciones principales.													
2.5.4	Fuente de luz:													
2.5.4.1	Lámpara Xenón o LED													
2.5.4.2	Intensidad de 300 Watts separada o integrada del procesador (para Xenón)													
2.5.4.3	Función de transiluminación o incremento de la luminosidad.													
2.5.4.4	Control de luz o intensidad manual y/o automático.													
2.5.4.5	Lámpara de emergencia de Xenón o Halógeno de acuerdo a la tecnología de cada fabricante													
2.5.4.6	Bomba de aire con dos niveles de regulación como mínimo.													
2.5.4.7	Protección contra descargas.													
2.5.5	**Sistema de videograbación o almacenamiento USB o CD o DVD o disco duro.**													
2.5.5.1	Computadora y software.													
2.5.5.2	Impresora de calidad fotográfica.													
2.5.6	Backup de energía de al menos 15 minutos de respaldo.													
2.5.7	Probador de impermeabilidad, estanqueidad o fuga.													
2.5.8	Contenedor de líquidos para irrigación.													
2.5.9	**Características de seguridad:**													
2.5.10	**Bomba de irrigación (opcional)**													
2.6	**531.447.0120 Videogastroscopio con las siguientes características: Compatibilidad con el modelo ofertado de fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca y generación.**													
2.6.1	Diámetro exterior del tubo de inserción en el rango													

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)
	de 9 a 13 mm.													
2.6.2	Diámetro del canal de trabajo igual a 2.8 mm o mayor.													
2.6.3	**Angulación en 4 direcciones:**													
2.6.3.1	Al menos 300° de angulación total arriba/abajo.													
2.6.3.2	Al menos 200° de angulación total derecha/izquierda.													
2.6.4	Campo de visión de 120° o mayor													
2.6.5	Con dirección de observación frontal o recto.													
2.6.6	Con profundidad en el campo de observación ≤ a 5 mm a 6mm hasta 100 mm													
2.6.7	**Longitud.**													
2.6.7.1	Longitud de trabajo mayor o igual de 1030 mm.													
2.6.7.2	Marcas a lo largo de la longitud de trabajo.													
2.6.8	Con chips CCD o según tecnología del fabricante.													
2.6.9	Al menos dos botones configurables en el control de mando.													
2.6.10	Con zoom electrónico o digital (según tecnología de cada fabricante) de 1.5x o mayor.													
2.6.11	Con Zoom óptico electrónico u Observación Óptico Digital (según tecnología de cada fabricante).													
2.6.12	Con función de cromoendoscopia Digital o Función de Banda Angosta o Longitud de onda (según tecnología de cada fabricante).													
2.6.13	**Debe incluir:**													
2.6.13.1	Boquilla protectora.													
2.6.13.2	Set de limpieza que incluya cepillo largo, cepillo corto, válvulas de irrigación													
2.6.13.3	Set de tapones para canal de trabajo (opcional), set de válvulas de aspiración, con o sin tapón hermético para desinfección de alto nivel.													
2.14	**SCCB Videogastroscopio neonatal. Compatibilidad con el modelo ofertado de fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca y generación.**													
2.14.1	**Campo de visión de 120° o mayor:**													
2.14.1.1	Dirección de observación frontal o recta													
2.14.1.2	Con profundidad en el campo de observación ≤ a 5 mm o 6mm hasta 100 mm													
2.14.1.3	Diámetro externo del tubo de inserción (o sección flexible) de 5.5 a 5.9 mm.													
2.14.2	**Angulaciones en cuatro 4 direcciones:**													
2.14.2.1	Al menos 300° de angulación total arriba/abajo.													
2.14.2.2	Al menos 200° de angulación total derecha/izquierda.													
2.14.2.3	Longitud de trabajo en el rango de 1030 mm. o mayor.													
2.14.2.4	Con canal de trabajo de 2.0 a 2.4 mm. Diámetro													
2.14.2.5	Longitud total en el rango de 1300 mm. o mayor.													
2.14.3	**Debe incluir:**													
2.14.3.1	Boquilla protectora.													
2.14.3.2	Set de limpieza que incluya cepillo largo, cepillo													

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)
	corto, válvulas de irrigación													
2.14.3.3	Set de tapones para canal de trabajo (opcional), set de válvulas de aspiración, tapón hermético para desinfección de alto nivel													
2.15	**SCCB Videogastroscopio pediátrico.**													
2.15.1	**Campo de visión de 140°:**													
2.15.1.1	Dirección de observación frontal o recta													
2.15.1.2	Con profundidad en el campo de observación ≤ a 5 mm o 6 mm hasta 100 mm													
2.15.2	**Angulaciones en cuatro 4 direcciones:**													
2.15.2.1	Al menos 300° de angulación total arriba/abajo.													
2.15.2.2	Al menos 200° de angulación total derecha/izquierda.													
2.15.2.3	Diámetro externo del tubo de inserción en el rango de 5.4 a 9.0 mm.													
2.15.2.4	Canal de trabajo de 2.2 mm. O mayor de diámetro.													
2.152.5	Longitud de trabajo en el rango de 1000 mm. a 1300 mm.													
2.15.2.6	Longitud total en el rango de 1300 mm. o mayor.													
2.15.3	**Compatibilidad con el modelo ofertado de fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca y generación.**													
2.15.4	**Debe incluir:**													
2.15.4.1	Boquilla protectora.													
2.15.4.2	Set de limpieza que incluya cepillo largo, cepillo corto, válvulas de irrigación													
2.15.4.3	Set de tapones para canal de trabajo (opcional), set de válvulas de aspiración, tapón hermético para desinfección de alto nivel													
2.17	**531.217.0243 Videocolonoscopio pediátrico. Compatible con fuente de luz y procesador de video de la misma marca**													
2.17.1	Diámetro exterior del tubo de inserción ≤ 12.8 mm.													
2.17.1.1	Diámetro del canal de trabajo de 3.2 mm a 3.8mm.													
2.17.2	**Angulaciones en 4 direcciones:**													
2.17.2.1	Al menos 360 grados de angulación total arriba/abajo.													
2.17.2.2	Al menos 320 grados de angulación total derecha/izquierda.													
2.17.2.3	Campo de visión de 140° o mayor.													
2.17.2.4	Con dirección de observación frontal.													
2.17.2.5	Con profundidad en el campo de observación ≤ 5 mm a 100 mm.													
2.17.3	**Longitud:**													
2.17.3.1	Longitud de trabajo mayor de 1330 mm.													
2.17.3.2	Marcas a lo largo de la longitud de trabajo.													
2.17.3.3	Con chip CCD a color (ó con chip de memoria interna) con Resolución de 410,000 pixeles o mayor.													
2.17.3.4	Al menos dos botones configurables en el control de mando.													
2.17.4	**Debe incluir:**													

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	
2.17.4.1	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	**531.828.0165 Unidad de electrocirugía con coagulación de argón. Equipo electrónico para corte y hemostasia de tejidos por medio de alta frecuencia durante el acto quirúrgico, que usa argón para la coagulación del tejido.**													
2.9.2	Unidad de electrocirugía controlada por medio de microprocesadores o microcontrolador con tres a cuatro salidas monopolares y bipolares.													
2.9.3	**Salida monopolar:**													
2.9.3.1	Con corte puro con potencia mínima de 300 watts.													
2.9.3.2	Con mezda 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.													

60

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)
2.9.10.4	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	**SCDB Torre para endoscopia alta especialidad de aparato respiratorio pediátrico, que incluye: torre de visualización endoscópica y tres broncoscopios (con los siguientes diámetros: 2.8 mm, 3.4 a 3.8 y 4.9 mm)**													
2.11.1	**Carro porta equipo con:**													
2.11.1.1	Colgador de endoscopios incorporado o brazo colgador.													
2.11.2	**Monitor:**													
2.11.2.1	Pantalla LCD ó según tecnología del fabricante de 19" o mayor, a color.													
2.11.2.2	De al menos 1920 X 1080 pixeles o mayor según tecnología del fabricante.													
2.11.2.3	Con opción de entradas de video digitales.													
2.11.3	**Procesador de video con:**													
2.11.3.1	Control de brillo manual o automático.													
2.11.3.2	Ajuste de color.													
2.11.3.3	Balance de blancos.													
2.11.3.4	Opción de salida de video que asegure la capacidad de HD.													
2.11.3.5	Congelamiento de la imagen.													
2.11.3.6	Teclado para introducción de datos del paciente.													
2.11.3.7	Capacidad de almacenamiento de imágenes a través de memoria interna o externa.													
2.11.3.8	Protección contra descargas.													
2.11.4	**Fuente de iluminación o Fuente de Luz:**													
2.11.4.1	Lámpara xenón.													
2.11.4.2	Intensidad de 300 watts separada o integrada al procesador.													
2.11.4.3	Función de transiluminación o incremento de luminosidad, según tecnología del fabricante.													
2.11.4.4	Ajuste de salida de luz o Ajuste de luz automático.													
2.11.4.5	Indicador de vida de lámpara según tecnología del fabricante.													
2.11.4.6	Suministro de aire ajustable con al menos tres niveles.													
2.11.4.7	Con contenedor para alimentación de aire y agua													

61

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 acuerdo a tecnología del fabricante.													
2.11.5	**Sistema de videograbación o almacenamiento USB o CD o DVD o disco duro.**													
2.11.6	**Computadora y software.**													
2.11.7	**Impresora de calidad fotográfica.**													
2.11.6	**Backup de energía de al menos 15 minutos de respaldo.**													
2.11.5	**Probador de impermeabilidad, estanqueidad o fuga.**													
2.11.6	**Contenedor de líquidos para irrigación.**													
2.11.7	**Bomba de irrigación (opcional)**													
2.18	**SCCB Videobroncoscopios neonatal: Equipo computarizado, con video procesador de imágenes de alta definición, para observar tráquea y bronquios, invasivo, utilizado para el diagnóstico y tratamiento de vías respiratorias altas: Un broncoscopio con diámetro de 2.8 mm.** **Compatible con fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca**													
2.18.1	Diámetro de tubo de inserción que corresponda al broncoscopio solicitado.													
2.18.1.1	Diámetro de la punta distal que correspondan al broncoscopio solicitado.													
2.18.1.2	Profundidad en el campo de observación de menor o igual 2 o 3 a 50 o 100 mm.													
2.18.1.3	Longitud de trabajo de 550 mm. a 600 mm.													
2.18.1.4	Canal de trabajo de 1.0 a 1.2 mm. de diámetro, según broncoscopio ofertado y utilizado.													
2.18.2	**Angulaciones:**													
2.18.2.1	Arriba: de 180° a 210°.													
2.18.2.2	Abajo: 130° con mínimo.													
2.18.2.3	Angulo 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.													

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	
2.19.1.1	Diámetro del canal de trabajo mayor o igual a 1.2 mm.													
2.19.2	**Angulación en dos direcciones**													
2.19.2.1	Al menos 300 grados de angulación total de arriba abajo													
2.19.2.2	Campo de visión de 120° o mayor													
2.19.2.3	Dirección de observación frontal													
2.19.2.4	Con profundidad en el campo de observación menor o igual 3 mm. a 50 mm o 100mm.													
2.19.3	**Longitud:**													
2.19.3.1	Longitud de trabajo mayor o igual a 600 mm.													
2.19.3.2	Marcas a lo largo de la longitud de trabajo.													
2.19.3.3	Con Chip CCD a color o resolución de 410,000 pixeles o mayor.													
2.19.3.4	Con al menos dos botones configurables en el control de mando.													
2.22.4	**Debe incluir:**													
2.19.4.1	Set de limpieza que incluya cepillo largo, cepillo corto.													
2.19.4.2	Set de tapones para canal de trabajo, set de válvulas de aspiración, tapón hermético para esterilizar.													
2.19.4.3	Comprobador de impermeabilidad o Probador de Fugas													
2.20	**SCCB Videobroncoscopio: Equipo computarizado, con video procesador de imágenes de alta definición, para observar tráquea y bronquios, invasivo, utilizado para el diagnóstico y tratamiento de vías respiratorias altas:** **Un broncoscopio con diámetro en el rango de 4.9 mm a 5.2mm.** **Compatible con fuentes de luz y procesadores de video de la misma marca**													
2.20.1	Diámetro de tubo de inserción que corresponda al broncoscopio solicitado.													
2.20.1.1	Diámetro de la punta distal que correspondan al broncoscopio solicitado.													
2.20.1.2	Profundidad en el campo de observación de menor o igual a 3 a 100 mm.													
2.20.1.3	Longitud de trabajo de 550 a 600 mm.													
2.20.1.4	Canal de trabajo de 2mm o mayor de diámetro, según broncoscopio ofertado y utilizado.													
2.23.2	**Angulaciones:**													
2.20.2.1	Arriba: de 180° a 210°.													
2.20.2.2	Abajo: 130° como mínimo.													
2.20.2.3	Ángulo de visión de 120°.													
2.20.3	**Debe incluir:**													
2.20.3.1	Set de limpieza que incluya cepillo largo, cepillo corto.													
2.20.3.2	Set de tapones para canal de trabajo, set de													

63

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	
	válvulas de aspiración, tapón hermético para esterilizar.													
2.20.3.3	Comprobador de impermeabilidad o Probador de Fugas													
4.1	**531.316.0102 Equipo de cápsula endoscópica para visualización del tracto digestivo. Capaz de interactuar con cápsulas de esófago, intestino delgado y/o de colon, que, dentro de las características más relevantes, incluya: *Equipo itinerante**													
4.1.1	Sistema de cápsula endoscópica en diagnósticos del esófago, intestino delgado y/o colon, toma de imágenes del tracto gastrointestinal y transmite los datos de imagen (según tecnología del fabricante)= Consta de: cápsula endoscópica, unidad de grabación, el visor a tiempo real y la estación de trabajo.													
4.1.2	Capaz de trabajar con sistema de 8 sensores o antenas y sensor de cinturón para la recepción de imágenes.													
4.1.3	Con pantalla para visualización del sistema de alertas y para visualización del procedimiento en tiempo real.													
4.1.4	Compatible con software de acuerdo a la tecnología del fabricante.													
4.1.5	Sistema para visualización del esófago, intestino delgado y/o colon o cápsula que visualice la totalidad del tubo digestivo.													
4.1.6	Estación de trabajo con monitor a color, teclado y mouse.													
4.1.7	Cápsulas endoscópicas compatibles con el equipo ofertado.													
5.1	**537.336.0212 Grabador de pH con impedancia esofágico 24 Hrs. Equipo de medición de pH-metería con impedancia ambulatoria de 24 Hrs. para esófago que dentro de las características más relevantes incluya:**													
5.1.1	Equipo para realizar pruebas de reflujo ambulatorias de 24 horas y medir niveles de pH intraesofágico e intragástrico.													
5.1.2	Con funciones de marcación de eventos y síntomas.													
5.1.3	Con grabador o registrador de datos.													
5.1.4	**Software**													
5.1.4.1	Software que pueda analizar estudios de pH alámbrico y que permita personalizar los informes.													
5.1.4.2	Software de pH que permite informar puntuaciones de adulto (De Meester & Johnson) e infantiles (Boix Ochoa), además de gráficas percentiles normales, correlación de síntomas de reflujo, índice de síntomas y probabilidad de asociación de síntomas. o *Software de pH según tecnología del fabricante.*													
5.1.4.3	Grafica de percentiles Normales o Visualización por													

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)
	trazado lineal de la impedancia y medición de pH.													
5.1.4.4	Correlación de Síntomas de reflujo.													
5.1.4.5	Índice de síntomas y probabilidad de asociación de síntomas.													
5.1.4.6	Protocolo que permita configuración de acuerdo a las necesidades de cada paciente.													
5.1.4.7	Software de interpretación, PC o laptop con impresora a color.													
5.1.5	**Compatible con sensor o catéter de antimonio para Phmetría esofágica reusable (o desechable), de acuerdo a tecnología ofertada**													
5.1.6	**Consumibles:**													
5.1.6.1	Papel fotográfico para impresión de reportes.													
5.2	**531.606.0275 Manómetro esofágico/ano-rectal de alta resolución *Equipo itinerante. Equipo para medir la motilidad del tracto digestivo alto (esófago) y baja (recto) a través de un catéter de estado sólido de 32 sensores para esófago y otro catéter de 8 sensores para anorrecto. Contiene los siguientes elementos y características:**													
5.2.1	**Módulo de control o equivalente.**													
5.2.1.1	Con capacidad de medir 32 puntos de presión mínimo para esófago y 8 para anorrecto según tecnología del fabricante.													
5.2.2	**Software:**													
5.2.2.1	Capaz de crear protocolos de acuerdo a las necesidades individuales del usuario para cada procedimiento.													
5.2.3	**Esófago:**													
5.2.3.1	Análisis de la velocidad de contracción del esófago en cada trago.													
5.2.3.2	Análisis de la integral contráctil distal. (DCI).													
5.2.3.3	Análisis de la presión del bolo (IBP).													
5.2.3.4	Capacidad de detectar el punto de inversión respiratoria en forma gráfica. (IRP).													
5.2.4	**Anorrecto:**													
5.2.4.1	Análisis del reflejo recto anal inhibitorio o Catéter Ano-rectal Adulto.													
5.2.4.2	Análisis de umbral sensorial, contracciones y reposo 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:**													

65

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	
5.2.8.1	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 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.														

67

Formato T23 Propuesta de instrumental

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

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

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 regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	Calibre "2", quijadas o punta de pinza de 10 mm de largo por 3 mm de ancho de mordida, longitud útil de 11 a 12 cm.(referencia según marca del fabricante)														
18	Pinza nasal, curva hacia arriba 90°, tipo Blakelsley-Wilde o Weil-Blakesley. Calibre "1" o según la tecnología del fabricante, quijadas o punta de pinza de 8 mm de largo por 3 a 3.6 mm de ancho de mordida, longitud útil de 10 cm.														
19	Pinza de Standberger (o Takahashi), con canal de irrigación de 12.5 a 16 cms														
20	Pinza tipo Hartman de copa de long útil de 12.5 a 18 cms														
21	Legra o cureta (según tecnología del fabricante para antro), ovalado. Calibre "1" , longitud útil de 17 a 19 cm.														
22	Tijera nasal, recta, longitud útil de 10 a 13 cm.														
23	Tijera nasal, curva derecha, longitud útil de 10 a 13 cm.														
24	Tijera nasal, curva izquierda, longitud útil de 10 a 13 cm.														
25	Pinza tipo jirafa de doble cuchara, curva hacia arriba de 45° a 55°. Apertura horizontal, diámetro de copa mediana 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														

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 regsa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	10 a 13 cm.														
28	Pinza tipo jirafa de doble cuchara, curva hacia arriba de 70° a 90°. Apertura vertical copa pequeña o de 2 mm., longitud útil en el rango de 10 a 13 cm.														
29	Pinza nasal sacabocado para seno frontal, de corte circular, curvo hacia arriba de 65° a 70°. Diámetro de 3.5 a 5 mm., longitud útil en el rango de 9 a 17 cm.														
30	Pinza nasal sacabocado para seno esfenoidal, de corte circular, recta. Diámetro de 3.5 a 7 mm., longitud útil en el rango de 9 a 18 cm.														
31	Pinza nasal cortante, recta, fina, 8 X 3 mm. Calibre "1" o según la tecnología del fabricante, longitud útil de 13 cm.														
32	Aspirador de Ferguson o Frazier de 8 y 10 Fr														
33	Pinza bipolar tipo bayoneta de 17 a 22 cm.														
34	Contenedor de esterilización compatible con instrumental.														
Otorrino 2	**Set de ONG, cirugía endoscópica para el procedimiento: 10.02.004 Cirugía de oído adulto.**														
1	Telescopio o sistema óptico de 0°, de 2.7 a 3 mm., longitud útil de 6 a 8cm (o hasta 12cm)., autoclavable.(oído)														
2	Telescopio o sistema óptico de 30°, de 2.7 a 3 mm., longitud útil de 8 a 14 cm (o hasta 15cm)., autoclavable.(oído)														
3	Telescopio o sistema óptico de 45°, de 3 a 4 mm., longitud útil de 8 a 17.5 cm., autoclavable.														
4	Telescopio o sistema óptico de 70°, de 2.7 a3 mm., longitud útil de 8 a 11 cm., autoclavable.														

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 regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
5	Disector de dos extremos útiles, extremos de curvatura simple a la derecha o a la izquierda , longitud 18 cm														
6	Disector (para oído) dos extremos útiles acodados 90 grados a la derecha o a la izquierda , longitud 16 a 18 cm														
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 FISCH, con orificio de interrupción, cono LUER,														

Formato T23 Propuesta de instrumental

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

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	longitud 5.5 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 de ovario, 10.06.027 Laparoscopía etapificadora para cáncer ginecológico, 10.06.028 Laparoscopía para embarazo ectópico, 10.06.033 Miomectomía.**														
1	Aplicador para clip de titanio, mediano-largo. Diámetro 10 mm.,														

Formato T23 Propuesta de instrumental

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

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

Formato T23 Propuesta de instrumental

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

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

Formato T23 Propuesta de instrumental

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

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	desmontable en dos o tres componentes, de doble acción, diámetro de 5 mm., longitud en el rango de 31 a 37 cm., autoclavable.														
16	Manipulador uterino reusable, articulado, con delineador vaginal completo o valvas delineadoras, con sistema para bloquear la salida del neumoperitoneo y diferentes puntas de longitud(sonda uterina con escala de longitud), autoclavable.														
17	Tijera tipo gancho, desmontable en dos o tres piezas, diámetro de 5 mm., rotable 360° de acción doble, longitud en el rango de 31 a37 cm., autoclavable.														
18	Contenedor o charola rectangular de esterilización compatible con instrumental ofertado.														
Gineco 2	**Set de Cirugía ginecológica complementario para los procedimientos: 10.06.021 Histerectomía, y 10.06.033 Miomectomía. (sólo procedimientos en cirugía de mínima invasión con diagnóstico benigno)**														
1	Morcelador electrónico alámbrico o inalámbrico de uso laparoscópico a través de trocar que consta de los siguientes elementos:														
1.1	Equipo electromecánico.														

75

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 regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
1.2	Para la remoción de tejido, histerectomía y miomas.														
1.3	Compacto y de peso ligero.														
1.4	Ajuste de uso en el rango de 11 a 12, 15 y 20 (este último opcional) mm.														
1.5	Con bordes cortantes.														
1.6	Controlador que permita dos modos de giro pre seleccionables como mínimo.														
1.7	De 500rpm o mayor.														
1.8	Con cuchillas reusables.														
2	Incluye instrumentos para garantizar el procedimiento de morcelación: pinza con dientes, perforador, trocar, reductores para trocar o sistemas compatibles que eviten fuga de neumoperitoneo, punzón.														
3	Pieza de mano														
4	Tirabuzón o instrumento de punción de 5 y 10 mm., longitud de 32 a 37 cm.														
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														

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		
	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 amplíada.														
2	Resectoscopio; con elemento de trabajo pasivo para usarse con lente de 2.7 a 4.0 mm., de diámetro y de 0° a 30° con:														
2.1	Camisa de resectoscopio compatible con elemento de trabajo.														
2.2	De flujo continuo, con dos válvulas stop-cock, que incluya:														
2.3	Camisa interna que acepte asas y electrodos en el rango de 21 a 24 charr (compatible con la camisa ofertada según tecnología del fabricante)														
2.4	Aislamiento de cerámica.														
2.5	Obturador punta roma o punta distal oblicua.														
3	Histeroscopio; con camisa operatoria interna para histeroscopia de 4 a 5 mm., de diámetro.														
3.1	Con un canal de trabajo de en el rango de 5 a 7 charr.														
3.2	Con dos válvulas, una stop-cock y una válvula luer-lock.														
3.3	Camisa externa para														

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		
	flujo continuo, (compatible con la óptica ofertada según tecnología del fabricante)														
3.4	Para usarse con lente de 2.5 a 4.0 mm.														
4	Pinza de biopsia 5 charr, semirígidas, con abertura unilateral o bilateral.														
5	Tijera 5 charr, semirígidas, romas.														
6	Pinzas de agarre para fragmentos pequeños abertura unilateral, flexibles 5 Charr longitud de mínima de 32cm a 73cm														
7	Cable de alta frecuencia para elemento de trabajo, compatible con 2 modelos distintos de electrocauterio.														
Endouro 1	**Set de Endourología I, para el procedimiento: 10.04.001 Cistoscopia adulto, 10.04.021 Cistoscopia para retiro de catéter doble J.**														
1	531.209.0458 Equipo para urología - Cistouretroscopio. Endoscopio rígido que es usado para la examinación visual y tratamiento de la vejiga y la uretra incluyendo la región de la próstata.														
1.1	Cistoscopio:														
1.1.1	Óptica 30°.														
1.1.2	Diámetro de 4 mm.														
1.1.3	Esterilizable en autoclave.														
1.2	Camisas o vainas (incluir obturador):														
1.2.1	1 de diámetro en el rango de 14 a 19 fr. O Charr.														
1.2.2	1 de diámetro en el														

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 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 Charr.														
2.2.2	1 de diámetro en el rango de 21 a 22 fr. O Charr.														
2.3	Puente:														
2.3.1	Doble vía o dos canales.														
2.3.2	Canal de trabajo y de irrigación mínimo de 4 fr. O Charr.														
2.4	El siguiente instrumental esterilizable en autoclave de vapor:														
2.4.1	Compatible con el diámetro de las camisas o vainas ofertados.														

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		
2.4.2	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 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														

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 rango de 4.5 a 9.8 fr. o Charr, visión en el rango de 0° a 12°, canal de trabajo en el rango de 2.5 a 5.4 FR. o Charr, longitud útil en el rango de 30 a 45 cm. Canal de irrigación de 3.0 a 4.2 Fr. o Charr.														
Endouro 4	**Set de Endourología 4, para el procedimiento: 10.04.020 Litotricia ureteral flexible adulto. (láser)**														
1	Ureteroscópio flexible: Diámetro externo distal de 6 a 7.5 fr. o Charr, diámetro externo proximal de 6.9 a 9.8 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 instrumental														

82

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 regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	para urología - Cistouretroscopio. Endoscopio rígido que es usado para la examinación visual y tratamiento de la vejiga y la uretra incluyendo la región de la próstata.														
3.1	Cistoscopio:														
3.1.1	Óptica 30°.														
3.1.2	Diámetro de 4 mm.														
3.1.3	Esterilizable en autoclave.														
3.2	Camisas o vainas (incluir obturador):														
3.2.1	1 de diámetro en el rango de 14 a 19 fr. O Charr.														
3.2.2	1 de diámetro en el rango de 21 a 22 fr. O Charr.														
3.3	Puente:														
3.3.1	Doble vía o dos canales.														
3.3.2	Canal de trabajo y de irrigación mínimo de 4 fr. O Charr.														
3.4	El siguiente instrumental esterilizable en autoclave de vapor:														
3.4.1	Compatible con el diámetro de las camisas o vainas ofertados.														
3.4.2	Pinza de agarre de 5 a 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														

Formato T23 Propuesta de instrumental

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

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	diámetro de 4 mm, autoclavable.														
1.1	Camisas o vainas, diámetro de camisa externa hasta 28.9 fr. o Charr. Camisa interna con obturador. De dos vainas para flujo continuo, con llaves giratorias. Esterilizable en vapor. Compatibilidad entre camisa interna y externa.														
1.2	Con elemento de trabajo de corte pasivo (tipo iglesias) de mango abierto. Monopolar.														
1.3	Cable activo para electrodos de alta 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 cistouretroscopia, 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**														

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 regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	de quiste renal laparoscópico adulto, 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 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														

85

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		
	trabajo dentro del rango de 31 a 37 cm.														
9	Pinza baja nudos (tipo Gazayerli o Shedid), con longitud de trabajo de 31 a 36 cm., reusable.														
10	Pinza tipo Mixter sin cremallera de ángulo recto, de 5 mm.														
11	Pinza tipo Mixter sin cremallera de ángulo recto, de 10 mm.														
12	Pinza de extracción o de garra rotable y desmontable, reusable, dentada, diámetro de 10 mm., largo de trabajo en el rango de 31 a 36 cm.														
13	Pinza atraumática tipo Debekey de 5 mm., diámetro en el rango de 31 a 43 cm., de longitud.														
14	Pinza Maryland, rotable y desmontable en dos o tres componentes, de 5 mm., con largo de trabajo en el rango de 31 a 36 cm.														
15	Pinza de agarre atraumática y disección, tipo Grasper fenestrado, desmontable en dos o tres componentes. Diámetro de 5 mm., rotable, de doble acción, longitud de 32 a 36 cm., con sistema de sujeción, autoclavable.														
16	Porta agujas metálico, de 5 mm., de diámetro, reusable, con mango con mecanismo axial o Castroviejo de botón, de punta curva, con longitud de trabajo en el rango de 31 a 36 cm.														
17	Separador o retractor de hígado, articulado o														

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		
	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.														
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														

87

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, 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.														
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														

Formato T23 Propuesta de instrumental

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

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	10 mm., 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 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														

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 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 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														

90

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		
	30°, longitud en el rango de 31 a 37 cm., esterilizable.														
8	Pinza Babcock fenestrada, 10 mm., de diámetro, aislada, reusable, rotable, con longitud en el rango de 31 a 36 cm.														
9	Pinza tipo Babcock, diámetro de 5 mm., reusable, rotable, desmontable en dos o tres piezas, de doble acción, longitud en el rango de 31 a 43, sistema de sujeción.														
10	Pinza baja nudos (tipo Gazayerli o Shedid), reusable, de 5 mm.														
11	Pinza de disección tipo Mixter reusable, rotable y desmontable, con punta angulada, diámetro de 5 mm., longitud de trabajo en el rango de 31a 37 cm.														
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,														

Formato T23 Propuesta de instrumental

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

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	longitud en el rango de 31 a 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 Metzambaun 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 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**														

92

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		
	Laparoscopía con toma de biopsia adulto, 10.06.026 Laparoscopía diagnóstica adulto y 10.06.044 Plastía inguinal por laparoscopía con prótesis.														
1	Aplicador para clip de titanio, mediano-largo o largo, autoclavable, rotable, diámetro 10 mm., longitud en el rango de 31 a 36 cm.														
2	Aplicador para clip de polímero, largo.														
3	Aplicador para clip de polímero , extra-largo.														
4	Sistema de irrigación/succión, con cánula de 5 mm., tipo pistola o trompeta.														
5	Coagulador de espátula o cuchara monopolar, reusable, de 5 mm., longitud en el rango de 31 a 37 cm.														
6	Gancho disección/coagulador, de 5 mm., con punta 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,														

93

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 regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	diámetro de 5 mm., reusable, rotable, desmontable en dos o tres piezas, de doble acción, longitud en el rango de 31 a 43, sistema de sujeción.														
10	Pinza baja nudos (tipo Gazayerli o Shedid), reusable, de 5 mm.														
11	Pinza de disección tipo Mixter reusable, rotable y desmontable, con punta angulada, diámetro de 5 mm., longitud de trabajo en el rango de 31 a 37 cm.														
12	Pinza de extracción de 10 mm., de garra rotable y desmontable, dentada, longitud en el rango de 31 a 45 cm.														
13	Pinza tipo Maryland, reusable, girable y desmontable, diámetro de 5 mm., longitud en el rango de 31 a 45 cm.														
14	Pinza de agarre tipo Grasper, reusable, rotable, desmontable, de doble acción, 5 mm., de diámetro y con un rango de 31 a 36 cm. de longitud.														
15	Porta agujas metálico, de 5 mm., de diámetro, reusable, con mango con mecanismo axial o Castroviejo, con cremallera, punta recta, longitud en el rango de 31 a 45 cm.														
16	Separador o retractor de hígado, (articulado o rígido), apertura en forma de abanico. Diámetro de 10 mm., de 3 a 9 valvas, longitud en el rango de 31 a 36 cm., con puerto de lavado, autoclavable.														

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 regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
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 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														

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 regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	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 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														

96

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		
	Grasper, reusable, rotable y desmontable, de doble acción, 5 mm., de diámetro y con un rango de 31 a 36 cm., de longitud.														
15	Porta agujas metálico, de 5 mm., de diámetro, reusable, con mango con mecanismo axial o Castro viejo con cremallera, punta recta, longitud en el rango de 31 a 45 cm.														
16	Separador de hígado o retractor, (articulado o rígido), apertura en forma de abanico, diámetro de 10 mm., 5 valvas, longitud de 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														

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		
	articulaciones, con graduación.														
2	Cánula operativa en el rango de 2.7 a 3.2 mm. corta, con poste.														
3	Extensión de irrigación, con válvula de medidas de acuerdo a bienes y equipo médico ofertado necesarias para el procedimiento														
4	Adaptador de infusión.														
5	Cánula (corta), con puerto de flujo en el rango de 2.7 a 3.2 mm.														
6	Pinza punch, pequeñas articulaciones.														
7	Pinza punta redondeada punch, pequeñas articulaciones.														
8	Pinza grasper (medida fina), pequeñas articulaciones.														
9	Pinza grasper para pequeñas articulaciones.														
10	Contenedor de esterilización compatible con instrumental de artroscopia de pequeñas articulaciones.														
Artros 2	**Set de Artroscopia 2 para el procedimiento: 10.01.012 Artroscopia de muñeca/codo/tobillo con implante.**														
1	Drill con guía de colocación, ancla dentro del rango de 1.5 a 3.5 mm o similar según el implante.														
2	Instrumental de acuerdo al implante ofertado según tecnología del fabricante														
Artros 3	**Set de Artroscopia 3**														

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 regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	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 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														

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		
	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 cortante.(según tecnología del fabricante)														
20	Contenedor de esterilización compatible con instrumental de artroscopía de hombro.														
Artros 4	**Set de Artroscopia 4 para el procedimiento: 10.01.008 Artroscopia de rodilla con implante.**														
1	Brocas tibiales desde 6 hasta 10 mm. Incluye brocas intermedias.														
2	Brocas femorales desde 7 hasta 10 mm. Incluye brocas intermedias														
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														

100

Formato T23 Propuesta de instrumental

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

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	hexagonal de 3.5 mm. Canulado.														
8	Guía o apuntador tibial para ligamento cruzado posterior (LCP).														
9	Guía o apuntador femoral para ligamento cruzado posterior (LCP).														
10	Tope de seguridad para ligamento cruzado posterior (LCP).														
11	Elevador para ligamento cruzado posterior (LCP) con agarrador de alambre (si el sistema proporcionado lo requiere).														
12	Raspa tibial para ligamento cruzado posterior (LCP).														
13	Cureta femoral para ligamento cruzado posterior (LCP).														
14	Cureta abierta en rango de 3 a 10 mm.														
15	Alambre guía para tornillo canulado en el rango de 1.1 a 2 mm. X 30 a 35 cm. de longitud.														
16	Camisa calibrada para broca guía con ojal pasa hilo en el rango de 2 a 2.4 mm. de diámetro X 35 a 40 cm. y/o superior de longitud, o bala angulada tibial para broca guía en el rango de 2 a 2.4 mm. de diámetro.														
17	Broca guía con ojal pasa hilo en el rango de 2 a 2.4 mm. de diámetro X 35 a 40 cm. y/o superior de longitud.														
18	Guía tibial para ligamento cruzado anterior (LCA).														
19	Guía femoral para														

101

Formato T23 Propuesta de instrumental

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

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	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 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														

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		
	compatible con instrumental de artroscopia de rodilla.														
13	Microfracturadores en el rango entre 20 a 90 grados														
Artros 6	**Set de Artroscopia 4 para el procedimiento: 10.01.013 Artroscopia de Cadera.**														
1	Varilla de intercambio 4.0, 4.5, canulado con canulado de 1.2 y 4.5 respectivo														
2	Cánulas de acceso desde 4.5 a 5.5 con obturador canulado														
3	Pistola de intercambio														
4	Guía de acceso para portal anterior														
5	Adaptador para cánula de acceso de una y/o dos válvulas														
6	Cuchillo de banana														
7	Mircofracturadores 30°, 45° y 60°														
8	Gancho tipo crochet														
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	Drill 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														

Formato T23 Propuesta de instrumental

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

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						Clave(s) de procedimiento (s)	PARTIDA(S)
NUMERAL	INSTRUMENTAL	NUMERAL	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DE FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
6	Raspa Longitud de cadera														
7	Pinza pico de pájaro recta Longitud de cadera														
8	Gancho crochet Longitud de cadera														
9	Elevador de tejido Longitud de cadera														
Endo Res 1	**Set de Endoscopia aparato respiratorio 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 Enteroscopia, 10.22.006 Panendoscopía 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 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 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														

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		
	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 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														

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 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 intraocular (LIO).**														
1	Inyector para lente ocular plegable reutilizable. Según marca de lente ofertado.														
2	Tijera Wescott o Stevens curva, puntas romas, longitud 110 a 115 mm.														
3	Tijera Stevens, recta, puntas romas, longitud, de 110 a 120 mm.														
4	Blefarostato 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 Oftalmología 2 de segmento posterior, para el procedimiento: 10.12.008 Vitrectomía, 10.12.009 Facovitrectomía, 10.12.010 Vitrectomía con Endofotocoagulación" Y 10.12.011 Facovitrectomía con implante de lente intraocular (LIO) y endoprueba."**														

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 regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
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 (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 ,														

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 23 o25 GA Ó Espátula para membrana angulado de 23 o 25 GA.														
14	Pinza Bonaccolto angulada o Pinza Bonaccolto angulada o recta utilitaria (para manejo de cánulas).														
15	Tijeras horizontales curvas finas para membranectomía con una curvatura horizontal de 12 mm., y 23 G./0.6 .mm., o 25 G./0.5 mm. reusables o desechables.														
16	Caja de esterilización 6 X 10 pulgadas.														
17	Micro pinzas para membrana.														
18	Pinzas vitroretiniales para remover cuerpos extraños el calibre que se sugiere es de 14 Ga.														
Otorrino 3 Ped	**Set de ONG, cirugía endoscópica pediátrica para el procedimiento: 10.02.103 Cirugía funcional endoscópica de nariz , senos paranasales y estructuras anexas 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														

110

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 regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	sinoscopia, de diámetro externo de 5 mm., o diámetro interno en el rango de 2.7 a 4 mm. Longitud de 8.5 a 9.5 cm., compatible con telescopio o sistema óptico de diámetro de 2.7 a 4 mm a elección del cirujano.														
5	Trócar y camisa para sinoscopia, 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 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,														

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 regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	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, 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														

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 regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	mm de largo por 3 mm de ancho de mordida, longitud útil de 11 a 12 cm.														
18	Pinza nasal, curva hacia arriba 45°, tipo Blakelsley-Wilde o Weil-Blakesley. Calibre "1" o según la tecnología del fabricante, quijadas o punta de pinza de 8 mm de largo por 3 a 3.6 mm de ancho de mordida, longitud útil de 11 cm.														
19	Pinza nasal, curva hacia arriba 45°, tipo Blakelsley-Wilde o Weil-Blakesley. Calibre "0" o según la tecnología del fabricante, quijadas o punta de pinza de 5 a 7 mm de largo por 2.5 a 3 mm de ancho de mordida, longitud útil de 11 cm.														
20	Pinza nasal, curva hacia arriba 90°, tipo Blakelsley-Wilde o 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														

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 irrigación de 12.5 a 16 cms														
23	Pinza nasal 45°.														
24	Legra o cureta para antro, ovalado. Calibre "1" (o de acuerdo a tecnología del fabricante), longitud útil de 17 a 19 cm.														
25	Tijera nasal, recta, longitud útil de 10 a 13 cm con punta fina.														
26	Tijera nasal, curva derecha, longitud útil de 10 a 13 cm con punta fina.														
27	Tijera nasal, curva izquierda, longitud útil de 10 a 13 cm.														
28	Pinza tipo jirafa de doble cuchara, curva hacia arriba de 45° a 55°. Apertura horizontal, diámetro de copa medina o de 3 mm., longitud útil en el rango de 10 a 12 cm.														
29	Pinza tipo jirafa de doble cuchara, curva hacia arriba de 80° a 90°. Apertura horizontal, diámetro de copa mediano o de 2 mm., longitud útil en el rango de 9 a 13 cm.														
30	Pinza tipo jirafa de doble cuchara, curva hacia arriba de 55° a 70°. Apertura vertical, diámetro copa pequeña o de 3 mm., longitud útil en el rango de 10 a 13 cm.														
31	Pinza tipo jirafa de doble cuchara, curva hacia arriba de 70° a 90°. Apertura vertical copa pequeña o de 2 mm., longitud útil en el rango de 10 a 13 cm.														
32	Pinza nasal sacabocado														

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 regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	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 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														

Formato T23 Propuesta de instrumental

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

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

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		
	cónico(cónico o según tecnología del fabricante)														
14	Cánulas de aspiración, con curvatura, Luer-Lock, 1.6 mm de diámetro exterior, cónico(cónico o según tecnología del fabricante)														
15	Mango de aspiración de FISCH, con orificio 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 9 cm														
17	Tijeras de Bellucci finas, curvadas a la derecha, longitud útil 9 cm														
18	Pinzas otológicas de Hartmann , muy finas, estriadas, longitud útil 8 a 8.5 cm														
19	Aguja de Wullstein leve curvada, longitud 16 a 16.6 cm														
20	Bisturí redondo 45 grados, 1 mm de diámetro, longitud 16 cm														
21	Bisturí redondo 45 grados, 2 mm de diámetro, longitud 16 cm														
Endouro Ped 1	**Set de Endourología pediátrica 1, para el procedimiento: 10.04.101 Cistoscopia pediátrica.**														
1	Minicistouretroscopio de 7 fr.X 10 A 12 cms O 9 fr. X 20 cms O 16 fr. X 30 cms con visión lateral ó frontal a elección del cirujano														
1.1	Con óptica de 0° a 30°, de 1 a 2 canales 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		
	trabajo.														
1.2	Con longitud de 100 mm., a 200 mm., esterilizable en autoclave ó soluciones.														
Endouro Ped 2	**Set de Endourología 2, para el procedimiento 10.04.119 Litotricia vesical pediátrica.**														
1	Minicistouretroscopio de 7 fr,X 10 cms 9 fr. X 20 cms 16 fr. X 30 cms con visión lateral ó frontal a elección del cirujano														
1.1	Con óptica de 0° a 30°, de 1 a 2 canales de trabajo.														
1.2	Con longitud de 100 mm., a 200 mm., esterilizable en autoclave ó soluciones.														
2	Pinza de extracción de cuerpos extraños vesical de 3 a 5 fr.														
Endouro Ped 3	**Set de Endourología pediátrica 3, para el procedimiento: 10.04.118 Litotricia ureteral pediátrica.**														
1	Ureteroscópio semirrígido.														
1.1	Diámetro de 6 fr. a 7.5 fr., visión de 0° a 6°, canal de trabajo de 3 fr. a 5 fr., longitud de 40 a 45 cm.														
2	Minicistouretroscopio de 7 fr,X 10 cms 9 fr. X 20 cms 16 fr. X 30 cms con visión lateral ó frontal a elección del cirujano														
2.1	Con óptica de 0° a 30°, de 1 a 2 canales de trabajo.														
2.2	Con longitud de 100 a 200 mm., esterilizable en autoclave ó soluciones.														
3	Pinza endoscópica														

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 regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	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.**														
1	Uretrotomo que incluye: Óptica con ángulo de visión de 0° a 5° autoclavable, diámetro de 1.9 a 2.1 mm.														
1.1	Camisa o vaina (incluir obturador) Externa desde 7 fr a 8.5fr (incluir ambas medidas). o Charr.														
1.2	Elemento de trabajo.														
Uro Ped 1	**Set de Urología laparoscópica de alta especialidad pediátrica 1, para los procedimientos: 10.06.114 Criptorquidia abdominal, 10.06.135 Nefrectomía pediátrica, 10.06.139 Pieloureterolitotomía por laparoscopía pediátrica, 10.06.150 Resección de quiste renal laparoscópico pediátrico, 10.06.160**														

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		
	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 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														

120

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	Tijera Metzembaun de 3 o 5 mm., reusable, curva, monopolar, rotable y desmontable, longitud de 20 a 36 cm.														
11	Pinza de agarre y disección tipo Grasper fenestrado, 3 o 5 mm., de diámetro, desmontable en dos o tres componentes, rotable, de doble acción, longitud de 20 a 33 cm., sistema de sujeción, autoclavable.														
12	Separador de hígado o retractor, (articulado o rígido), diámetro de 3 o 5 mm., 3 a 5 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 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**														

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 regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	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 absorbible o de polímero mediano o largo.														
3	Sistema de irrigación/succión con cánula de 3 o 5 mm., tipo pistola o trompeta.														
4	Coagulador de espátula de 3 o 5 mm., monopolar, reusable, de 20 a 36 cm.														
5	Gancho disección/coagulador, de 3 o 5 mm., monopolar, con punta en "L", igual o menor a 90°, aislado, reusable, longitud de 20 a 36 cm.														
6	Telescopio o sistema óptico de 3 o 5 o 5.5 o 10 mm. Ángulo o dirección de campo visual de 0° o 30°. Longitud 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		
	trabajo de 20 a 33 cm., esterilizable.														
7	Telescopio o sistema óptico de 10 mm. Ángulo o dirección de campo visual de 0° o 30°. Longitud de trabajo de 20 a 33 cm., esterilizable.														
8	Pinza Babcock, fenestrada 5 mm., de diámetro, aislada, reusable, rotable, longitud de trabajo 20 a 33 cm.														
9	Pinza tipo Babcock, 3 o 5 mm., de diámetro, reusable, rotable, desmontable en dos o tres componentes, de doble acción, con sistema de sujeción, longitud de trabajo 20 a 33 cm.														
10	Pinza baja nudos (tipo Gazayerli o Shedid), de 3 o 5 mm., de diámetro, reusable, longitud de trabajo de 20 a 33 cm.														
11	Pinza de disección tipo Mixter de 3 o 5 mm., de diámetro, reusable, rotable y desmontable, 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,														

123

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 doble acción, diámetro de 3 o 5 mm., longitud de 20 a 33 cm.														
15	Porta agujas metálico, de 3 o 5 mm., de diámetro, reusable, con mango con mecanismo axial o Castroviejo, con cremallera, punta recta, longitud de 20 a 33 cm.														
16	Retractor hepático metálico, maleable, articulado, que al activarse adquiere forma triangular o de gancho, diámetro de 5 mm., reusable, longitud de 20 a 34 cm.														
17	Separador de hígado, (articulado o rígido) de 5 mm., de diámetro de 3 a 5 valvas que se abren en abanico, reusable, longitud de 20 a 34 cm.														
18	Tijera Metzembaun de 3 o 5 mm., de diámetro, curva, bipolar, rotable, desmontable, reusable, largo de trabajo de 20 a 36 cm.														
19	Pinza de disección tipo Mixter reusable, rotable y desmontable, con punta angulada, diámetro de 5 mm., longitud de trabajo en el rango de 31a 37 cm.														
20	Pinza intestinal fenestrada, de 5 mm., de diámetro, longitud de 30 a 33 cm.														
21	Pinza intestinal con dos ramas atraumáticas, 10 mm., de diámetro, longitud de 30 a 36 cm.														
22	Pinza de ángulo recto tipo Mixter, para disección, larga 10 mm., de diámetro, longitud de 33 a 36 cm.														

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 regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
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 (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.														

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	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 cepillado pediátrica, 10.21.105 Extracción de cuerpo extraño aparato respiratorio pediátrica.**														
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 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**														

126

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		
	Endoscopía de tubo digestivo para lesiones sangrantes no varíceales 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, 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 estándar con copa de forma oval.														

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 regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
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 intraocular (LIO) y 10.11.002 Facoemulsificación sin implante de lente intraocular (LIO).**														

128

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 regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
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 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.														

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 regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
18	Caja de esterilización de 5 X 10" o 6 X 10 " pulgadas.														
19	Pinza pleg adora de lente o Kellan o Burato según lente ofertado.														
20	Microgancho para iris.														
21	Tijera cornoescleral curva fina o cornoesclerar Castroviejo, hojas pequeñas.														
22	Asa para cristalino														
23	Cánula de Simcoe directa														
24	Blefaróstato Lieberman mediano.														
Oftalmo Monotemática 2	**Set de Oftalmología 2 de segmento posterior, para el procedimiento: 10.12.008 Vitrectomía, 10.12.009 Facovitrectomía, 10.12.010 Vitrectomía con Endofotocoagulación" Y 10.12.011 Facovitrectomía con implante de lente intraocular (LIO) y endoláser."**														
1	Blefaróstato (Lancaster o Kershner) Longitud 7 cm.														
2	Compás Castroviejo.														
3	Pinza Bishop-Harmon con dientes.														
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.														

130

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 regssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
8	Pinza de ILM para la disección de la membrana limitante interna, de 23 y 25 GA (reusable o desechable).														
9	Pinza de membranectomía o tipo cocodrilo de 23, o 25 GA.														
10	Mango de Backflush de gran capacidad con reserva extragrande o grande 23 Gauges, con punta desechable o reusable														
11	Microtijeras curvas horizontales de 23 o 25 GA. Podrán ofertar solo una tijera de cualquier tamaño solicitado.														
12	Gancho para membrana tipo Eckard angulado 100° 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 sse	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 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														

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 sse	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	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.														
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 (vitrectomía) 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														

133

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 sse	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	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 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.														
bcb34	Cartucho 30 a 35, 45, 60 mm., 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 sse	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	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.														
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.														

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 sse	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
bcb46	Clip para hemostasia endoscópica.														
bcb47	Clips vasculares de polímero 5 mm. (Pza.)														
bcb48	Clips vasculares de polímero diversas medidas, para ligar vasos y/o tejido de 2 mm a 16 mm de ancho. (por Pza.)														
bcb49	Conector tipo luer con tapones.														
bcb50	Consumibles deacuerdo a tecnología de cada fabricante.														
bcb51	Cuchilla angulada de 12° a 30° de 4.0 a 4.2 mm., de diámetro por 8 a 10.5 cm., de longitud.														
bcb52	Cuchilla angulada de 30° a 40° de 4.0 a 4.2 mm., de diámetro por 10.5 a 11 cm., de longitud.														
bcb53	Cuchilla angulada de 30° a 40° para hueso de 3.5 a 4.0 mm., de diámetro por 8.0 a 10.5 cm., de longitud.														
bcb54	Cuchilla angulada para incisión corneal estéril y desechable de 2.2 a 3.0 mm. Pza. (las cuchillas deben ser compatibles con las puntas de faco, capuchones y las cánulas de hidrodisección).														
bcb55	Cuchilla angulada para incisión corneal estéril y desechable. Pza. de 2.75 a 3.2 mm.														
bcb56	Cuchilla angulada para tunelización crescent mate estéril y desechable. Pza.														
bcb57	Cuchilla cortadora curva con mordida externa O Cuchilla cortadora maleable con mordida externa														
bcb58	Cuchilla cortadora para hueso y tejido suave de 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														

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 sse	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	tejido suave, angulación de 30° a 40°, 3.5 a 4.2 mm., de diámetro por 10.5 a 12 cm., de longitud.														
bcb61	Cuchilla para tejido de 2.9 a 4 mm ., de diámetro por 7.5 a 11 cm., de longitud.														
bcb62	Cuchilla recta de 15° para paracentesis estéril y desechable. Pza.														
bcb63	Cuchillo de media luna para uretrotomo compatible con el equipo O														
bcb64	Cuchillo para hidrodisección endoscópica tipo I o T 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 cartuchos con rango de 30, 35,														

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 sse	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	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 cilíndrica, para hueso duro y cartílago de 3.0 a 4 mm., diámetro por 10.5 a 12.5 cm., de longitud.														
bcb84	Fresa para hueso de 2.8 a 3.0 mm., de diámetro por 7.5 a 12 cm., de longitud.														
bcb85	Fresa para hueso de 3.0 a 3.5 mm., de diámetro por 7.6 a 11 cm., de longitud.														
bcb86	Fresa para hueso de 4.0 a 4.5 mm., de diámetro, con angulación de 45° a 70° y 11.5 a 13.0 cm., de longitud.														
bcb87	Funda para cabezal de cámara endoscópica, longitud de 240														

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 sse	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	cm., o mayor, estéril.														
bcb88	Funda para mesa de instrumental para equipo, estéril y desechable, Pza.														
bcb89	Funda para pantalla de equipo, estéril y desechable, Pza.														
bcb90	Guía de alambre de nitinol de 0.035" a 0.038". O Guía para catéter ureteral de alambre, con cubierta hidrofílica, calibre dentro del rango de 0.035" a 0.038" pulgadas, longitud de 145 a 150 cm., punta recta flexible de 3 cm.														
bcb91	Guía de alto rendimiento de 0.035" y 450 cm., de longitud.														
bcb92	Guía de alto rendimiento, diámetro dentro del rango de 0.018" a 0.035". con longitud de 230 a 240 cm o mayor.														
bcb93	Guía extrarígida de alambre de 0.035" a 0.038" X 145 cm., de longitud. O Guía para catéter ureteral de alambre, con cubierta hidrofílica, calibre de 0.035" a 0.038" pulgadas, longitud de 145 a 150 cm., punta recta flexible 3 a 8 cm.														
bcb94	Guía para catéter ureteral de alambre, con cubierta hidrofílica, calibre de 0.035" a 0.038" pulgadas, longitud de 145 a 150 cm., punta recta flexible 3 a 8 cm.														
bcb95	Hialorunato de sodio cohesivo de alta densidad (1.6% a 1.8%) sol. Presentación uso oftálmico; ya sea jeringa de 0.5 a 1ml, de acuerdo a cada fabricante.														
bcb96	Hialorunato de sodio cohesivo de baja densidad (1% a 1.4%) sol. Presentación uso oftálmico; ya sea jeringa de 0.5 a 1ml, de acuerdo a cada fabricante.														
bcb97	Hialorunato de sodio dispersivo 2% a 3% sol. Presentación jeringa de 0.5 a 1ml Uso oftálmico.														

139

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 sse	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
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.														
bcb101	Juego de dilatadores percutáneos del 8 al 20 fr. o de 8 a 30 fr.														
bcb102	Kit de Esfinterotomía por enteroscopia que incluye: Guía de alto rendimiento (o 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 características: acrílico e														

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 sse	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	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 preanudada.(o nudo de PGLA deslizante).														
bcb116	Paquete de clips para cirugía laparoscópica, de titanio, estéril, desechable, tamaño mediano/largo.														
bcb117	Paquete de clips vasculares de polímero de tamaño mediano/largo.														
bcb118	Pinza bipolar en bayoneta.														
bcb119	Pinza para Bisturí Ultrasónico compatible con equipo ofertado (no incluirla en caso de que la														

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 sse	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	pinza sea reusable, según tecnología del fabricante).														
bcb120	Pinza para Sellador de vasos compatible con equipo ofertado (no incluirla en caso de que la pinza sea reusable, según tecnología del fabricante).														
bcb121	Pistola de insuflación compatible con el balón ofertado.														
bcb122	Placa de paciente adulto.														
bcb123	Placa de paciente pediátrico o neonatal, según corresponda.														
bcb124	Polímero de ácido hialurónico en gel, O Hemostático de matriz de gelatina bioabsorbible, O Biopolímero de ácido hialurónico en estado seco que se transforma en gel.														
bcb125	Punta de rasurador agresiva o semiagresiva para aplicaciones en resección de tejido blando desde 2mm hasta 4.0 mm o Fresa ovalada para resección agresiva de hueso desde 2 mm.														
bcb126	Punta de rasurador dentada o lisa, para resección agresiva de sinovial y en el rango desde 3.5 mm a 5.5 mm.														
bcb127	Punta de rasurador fresa ovalada de 3.5 a 5.5. longitud de 18 a 20 cm.														
bcb128	Punta recta o angulada a 30 ° de rasurador agresiva o semi-agresiva para aplicaciones en resección de tejido blando desde 3.8 mm hasta 5.5 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														

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 sse	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	acuerdo a tecnología ofertada con soluciones búfer y catéteres convencionales de uno o dos sensores con medición de impedancia														
bcb132	Set de gastrostomía endoscópica percutánea en el rango de 14fr. a 24 fr (presentar medidas intermedias)., por método de tracción y accesorios para colocación.														
bcb133	Set de gastrostomía endoscópica percutánea, de colocación inicial estándar, 24 fr., por método de tracción y accesorios para colocación.														
bcb134	Set de ligadura variceal, con al menos 6 bandas, para adulto y/o pediátrico 8.6 a 11.5 mm,compatible con el diámetro externo del barril y de acuerdo al procedimiento.														
bcb135	Set o Equipo de catéteres ureterales doble "J", consta de: guía metálica de alambre afinado en espiral longitud de 24 cm y 26 cm, catéter ureteral de poliuretano calibres 4.7fr o 5 fr, 6fr y 7fr. radiopaco, longitud 50 a 70 cm posicionador.														
bcb136	Set o equipo pediátrico de catéteres ureterales de poliuretano, tipo doble "J", calibre en el rango 3.7 fr. a 4.8 fr. Y longitud desde 10 cm. a 22cm (presentar todas las medidas intermedias a elección del cirujano).														
bcb137	Set o Kit de aguja para acceso de nitinol de 1.0 a 1.4 mm de diámetro.														
bcb138	Sistema de anclaje para labrum de cadera tipo ancla, METALICA O BIO ABSORBIBLE, entre 2.3 y 2.9 mm.														
bcb139	Sistema de fijación cortical para LCA y LCP con cuatro puntos 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 sse	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	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 plastia 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 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.,														

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 sse	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	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 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														

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 sse	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	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 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 mm., incluye medidas intermedias entre las especificadas, pza. elección del														

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 sse	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD		
	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.,														
bcb166	Trócares y camisas para cirugía laparoscópica, desechables y transparentes 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.														

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 cartílago de 3.0 a 5.5 mm., diámetro por 10.5 a 17 cm., de longitud.													
10.01.917	Sistema de anclaje para labrum de cadera tipo ancla, metálica o absorbible, entre 2.3 y 2.9 mm.													
10.01.918	Sujetadores para sistema de posicionamiento para tobillo, codo, muñeca y hombro.													
10.01.919	Pasadores de sutura con monofilamento recto, 45° izquierda, derecha, 70 y 45 hacia arriba.													
10.01.920	Ancla de solo sutura 1.2 mm a 2.3 mm para rodete Glenoideo o ancla con material biocompuesto de 2.4 mm cuya perforación es 1.8 mm.													
10.01.921	Sutura de alta resistencia de diámetro 00 o Sutura de alta resistencia 2-0 de diametro de polietileno.													

148

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	
10.02.901	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.													
10.02.903	Fresa para hueso de 4.0 a 4.5 mm., de diámetro, con angulación de 45° a 70° y 11.5 a 13.0 cm., de longitud.													
10.04.904	Sonda para drenaje urinario de permanencia prolongada, de elastómero de silicón ó totalmente de silicón, con globo de auto retención de 5 y 30 ml., estéril y desechable, tipo Foley de dos ó tres vías, calibres: 14, 16, 18, 20, 22 y 24 fr.													
10.04.905	Set ó equipo pediátrico de catéteres ureterales de poliuretano, tipo doble "J" radiopaco de calibres; en el rango de 3.7 fr. a 4.8 fr. X 10 cm. hasta 22 cm.													
10.04.906	Set o Equipo de catéteres ureterales doble "j", consta de: guía metálica de alambre afinado en espiral. longitud. 24 cm calibre. 5 fr. catéter ureteral de poliuretano. Radiopaco. Con posicionador. O													
10.04.907	Balón dilatador para tracto percutáneo.													
10.04.908	Bolsa para recolección de orina, elaborada a base de polivinilo con graduaciones cada 100 ml. Y capacidad de 2000 ml., sistema cerrado, con válvula antirreflujo.													
10.04.909	Catéter ureteral para pielografía retrógrada de 3 a 5 fr., de 40 a 70 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.													

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	
10.04.923	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 33, 45, 60 mm., de longitud con grapas de 1.0 a 4.5 mm., de altura.													
10.06.906	Sistema de fijación biodegradable para fijación de malla.													
10.06.907	Sistema de fijación helicoidal de aleación de titanio para malla laparoscópica													
10.06.908	Clip vascular polímero mediano/largo, largo o extralargo.													
10.06.909	Engrapadora circular desde 28 a 34 mm., con capuchón.													
10.06.910	Drenaje flexible con diseño de 4 canales, 10 fr. y 19fr, sin Hub, trócar 1/4"y 1/8". Con reservorio.													
10.06.911	Paquete de clips para cirugía laparoscópica, de titanio, estéril desechable, tamaños: mediano ó mediano/largo.													
10.06.912	Trócar con balón dilatador para espacio retroperitoneal o equivalente.													
10.06.913	Puerto laparoscópico único flexible para cirugía transanal con tres puertos incluidos y canal de insuflación.													
10.06.915	Bolsa colectora de espécimen pequeña ó grande según pieza a extraer.													
10.06.916	Pinza para Bisturí Ultrasónico compatible con equipo ofertado (no incluirla en caso de que la pinza sea reusable, según tecnología del fabricante).													
10.12.901	Aguja para anestesia retrobulbar de calibre 23 o 25 G larga.													
10.12.902	Sutura sintética no absorbible, monofilamento de nylón con aguja 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 perfluoro carbonado de 5 a 7 ml.													
10.12.905	Sonda de endoiluminación Chadelliérer 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													

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Complementario (bcc)

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

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						PARTIDA(S)
CLAVE	BIEN DE CONSUMO COMPLEMENTARIO	CLAVE	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	
	con la cabeza de ocutomo y lanceta).													
10.12.912	Sutura doble armada recta y curva de 8-0 o 10-0 de Polipropileno.													
10.12.913	Azul Brillante sol. al 0.025%(de 0.5ml o 0.75ml o 1ml con cánula de 27G).													
10.12.914	Vitrector anterior compatible con el equipo ofertado.													
10.12.915	Retractores de iris desechable o retractor flexible de iris, estéril y desechable.													
10.12.916	Anillo de tensión capsular.													
10.12.917	Cánula diamantada para retiro de membranas o Micro Pic o Pic para membrana.													
10.12.918	Silicón pesado o de alta densidad vial de 10 ml.													
10.12.919	Cuchilla crescent estéril y desechable. Pza.													
10.12.922	Banda de 240 de silicón.													
10.21.901	Stent bronquial de silicón(o cubierta equivalente) varias medidas.													
10.21.902	Pinza para biopsia biliar o pancreática desechable o Pinza para biopsia de gastroenterología para vía biliar o pancreática desechable.													
10.21.903	Sobretubo flexible de 140 cm o mayor, con balón (de latex o silicón)incluido en la punta distal compatible con la marca o modelo ofertado de enteroscopio.													
10.22.902	Aguja de aspiración para lesiones y biopsia de 19 a 25 GA., estériles, con extensión de 8 cm., con jeringa incluida de 5 ó 10 cc., con camisa para ajuste previo a la toma, con seguros de la camisa y de la aguja, con guía metálica, compatible con el US endoscópico.													
10.23.901	Prótesis metálica, autoexpandible, removible, totalmente cubierta de silicón (o cubierta equivalente), con diámetro en el rango de 16 a 25 mm. y una longitud de 5 a 18 cm., con sistema de posicionamiento (según tecnología de cada fabricante)													
10.23.903	Pinza Anchor y Twin Grasper, de 180 a 230 cm., de longitud, con clips para sellado de perforaciones, fístulas y sangrados 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.													

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Complementario (bcc)

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

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						PARTIDA(S)
CLAVE	BIEN DE CONSUMO COMPLEMENTARIO	CLAVE	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	
10.23.908	Prótesis biliar, metálica de nitinol (o cubierta equivalente)totalmente cubierta, autoexpandible, de 10 mm., de diámetro y 4 cm., de longitud, con introductor de 6 fr., guía 0.035" pulgadas, de 200 cm., de longitud.													
10.23.909	Prótesis esofágica de 18 mm. de diámetro y 7 a 12 cm., de longitud, con guía.													
10.23.910	Prótesis ó Stent plástica biliar, precargada o con sistema de liberación, calibre de 8.5 a 11.5 fr., longitud de 5 a 15 cm.													
10.23.911	Prótesis metálica autoexpandible tipo yoyo para drenaje de pseudoquiste o necrosectomia pancreática de 10 mm ó más de apertura y de diámetro lateral de 20 mm de longitud como mínimo													
10.23.912	Asa para polipectomía con tres medidas de asa de acuerdo a la tecnología del fabricante, controlable y desechable, de diámetro y de longitud compatible con los Equipos propuestos.													
10.23.913	Asa para pólipos planos con crecimiento lateral (diente de Tiburón o media luna), de 2.4 ó 2.6 mm., de diámetro y 230 a 240 cm., de longitud.													
10.23.914	Balón para dilatación neumática ,para la estrechez esofágica de 20 a 40 mm., de diámetro, con accesorio de insuflación. Para el caso de pediatría deben de ser de 5,6,8,10,12,14,16,18 y 20 ATM(o balón de dilatación de acuerdo a la tecnología de cada fabricante y de acuerdo a las necesidades del área usuaria y del paciente pediátrico)													
10.23.915	Canastilla con red de 180 a 240 cm., de longitud y de 3 x 6 cm., de diámetro. O canastilla de Dormia sin red de 4 a 6 hilos de 180 a 240cm de longitud.													
10.23.916	Cepillo de 2.4 o mayor, de 180 a 230cm de longitud para citología esofágica. Compatible con el equipo ofertado.													
10.23.917	Extensión yeyunal para gastrostomía endoscópica 8.5 Fr a 12 Fr., de silicona, balón de retención, anillo de retención, conector universal, puerto de descompresión gástrica, múltiples puertos de salida, extremo distal en punta, con contrapeso de tungsteno. Kit que incluya material para su colocación.													
10.23.918	Catéter de ablación con argón híbrida 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.													

152

Formato T23 Propuesta de Bienes de Consumo Complementario (bcc)

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

DESCRIPCIÓN SOLICITADA POR EL INSTITUTO:		EMPRESA XXXX SA DE CV PROPUESTA		EVALUACIÓN TÉCNICA				DOCUMENTAL						PARTIDA(S)
CLAVE	BIEN DE CONSUMO COMPLEMENTARIO	CLAVE	DESCRIPCIÓN DEL LICITANTE (tal cual se presenta en catálogos del fabricante)	MARCA	NÚMERO DE CATÁLOGO DEL FABRICANTE	NOMBRE DE LA CARPETA	UBICACIÓN EXACTA DEFOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)	UBICACIÓN EXACTA DEL REG SSA (Folio/Página)	No. De REGISTRO SANITARIO (o PRORROGA)	fecha de vigencia reg ssa	UBICACIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE CALIDAD (Folio/Página)	No. De FDA o CEE o CALIDAD/ISO	fecha de vigencia CALIDAD	
10.23.923	Cepillo de citología para vía biliar guiado de al menos 2.1 a 2.5 mm y longitud de 200 a 240 CM													

153

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

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

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

154

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

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

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

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

PAQUETE 1 Accesos Diagnostico Terapéuticos de Mínima Invasión

CLAVE	Nombre del Procedimiento	No. Procedimientos asignados (anual)

PAQUETE 2 Endoscopias de Aparato Respiratorio y Digestivo

CLAVE	Nombre del Procedimiento	No. Procedimientos asignados (anual)

PAQUETE 3 Mínima Invasión de Oftalmología

CLAVE	Nombre del Procedimiento	No. Procedimientos asignados (anual)

PAQUETE 4 Capsula Endoscópica

CLAVE	Nombre del Procedimiento	No. Procedimientos asignados (anual)

PAQUETE 5 Procedimientos Funcionales Digestivos

CLAVE	Nombre del Procedimiento	No. Procedimientos asignados (anual)

II BIENES DE CONSUMO BASICOS (incluidos):

PAQUETE 1 Accesos Diagnostico Terapéuticos de Mínima Invasión

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

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

PAQUETE 2 Endoscopias de Aparato Respiratorio y Digestivo

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

PAQUETE 3 Mínima Invasión de Oftalmología

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

PAQUETE 4 Cápsula Endoscópica

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

PAQUETE 5 Procedimientos Funcionales Digestivos

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

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

_____

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL LICITANTE

_____

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

_____

Nombre y Firma del Técnico responsable de la entrega

158

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

159

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)

160

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.

FORMATO T 32 ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

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

México D.F., a ___ de _____ 20___

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

CLÁUSULAS

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

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

Segunda.- Obligación de No-Divulgación.-"EL PRESTADOR" reconoce que queda prohibida su difusión y/o utilización total o parcial en su favor o de terceros ajenos a la relación contractual, por cualquier medio, entre otros de manera enunciativa más no limitativa: vía oral, impresa, electrónica, magnética, óptica y en general por ningún medio conocido o por desarrollar, conforme a lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (LFPDPPP), Ley Federal de protección de la Propiedad Industrial y de la Ley Federal de Trasparencia y Acceso a la Información Pública. Si no se cumplen los términos de las leyes antes mencionadas serán sancionados en base a lo que estipule cada una de las mismas.

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

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

1) Utilizar toda la información a que tenga acceso o generada con motivo de su prestación de servicio ante "EL INSTITUTO" únicamente para cumplimentar el objeto del contrato adjudicado.
2) Limitar la revelación de la información y documentación a que tenga acceso, únicamente a las personas que dentro de su propia organización se encuentren autorizadas para conocerla, haciendo responsable del uso que dichas personas puedan hacer de la misma.

3) No hacer copias de la información, sin la autorización por escrito de "EL INSTITUTO".
4) No revelar a ningún tercero la información, sin la previa autorización por escrito de "EL INSTITUTO".
5) Mantener estricta confidencialidad de la información y/o documentación relacionada con la prestación del servicio, bajo la pena de incurrir en responsabilidad penal, civil o de otra índole, y por lo tanto, no podrá ser divulgada, transmitida, ni utilizada en beneficio propio o de tercero.

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo 4

"Modelo para Póliza de Fianza de Cumplimiento de Contrato"

MODELO DE PÓLIZA DE FIANZA PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS, SERVICIOS, OBRA PÚBLICA O SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA. (DEPENDENCIAS).

(Afianzadora o Aseguradora)

Denominación social: _____**.** en lo sucesivo (la "Afianzadora" o la "Aseguradora")

Domicilio: _____**.**

Autorización del Gobierno Federal para operar: _____(Número de oficio y fecha)

Beneficiaria:

Instituto Mexicano del Seguro Social, en lo sucesivo "la Beneficiaria".

Domicilio: _____.

Dependencia contratante: _____**.** (En lo sucesivo "la Contratante")

El medio electrónico, por el cual se pueda enviar la fianza a "la Contratante" y a "la Beneficiaria": al correo institucional.

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" o la "Aseguradora")

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: ____ (Divis ble o Indivis ble, de conformidad con lo estipulado en el contrato).

Si es Divisible aplicará el siguiente texto: La obligación garantizada será divis ble, por lo que, en caso de presentarse algún incumplimiento, se hará efectiva solo en la proporción correspondiente al incumplimiento de la obligación principal.

Si es Indivisible aplicará el siguiente texto: 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 letra y número, sin el Impuesto al Valor Agregado)

Moneda: _____**.**

Fecha de suscripción: _____**.**

Tipo: _____ (Adquisiciones, Arrendamientos, Servicios, Obra Pública o servicios relacionados con la misma)

Obligación contractual para la garantía de cumplimiento: (Divisible o Indivisible, de conformidad con lo estipulado en el contrato)

Procedimiento al que se sujetará la presente póliza de fianza para hacerla efectiva: El previsto en el artículo 282 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.

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

La presente fianza se expide de conformidad con lo dispuesto por los artículos 48, fracción II y 49, fracción I de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, y artículo 98 de su Reglamento.

Validación de la fianza en el portal de internet, dirección electrónica www.amig.org.mx

(Nombre del representante de la Afianzadora o Aseguradora)

CLÁUSULAS GENERALES A QUE SE SUJETARÁ LA PRESENTE PÓLIZA DE FIANZA PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN MATERIA DE (ADQUISICIONES,

ARRENDAMIENTOS, SERVICIO, OBRA PÚBLICA O SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA).

PRIMERA. - OBLIGACIÓN GARANTIZADA.

Esta póliza de fianza garantiza el cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el "Contrato" a que se refiere esta póliza y de 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, aún y cuando parte de las obligaciones se subcontraten.

SEGUNDA. - MONTO AFIANZADO.

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora"), se compromete a pagar a "la Beneficiaria", hasta el monto de esta póliza, que es (con número y letra sin incluir el Impuesto al Valor Agregado) que representa el __ % (señalar el porcentaje con letra) del valor del "Contrato".

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") 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 % de dicho monto. Previa notificación del fiado y cumplimiento de los requisitos legales, (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") 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" o la "Aseguradora") se reserva el derecho de emitir los endosos subsecuentes, por la diferencia entre ambos montos, sin embargo, previa solicitud del fiado, (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") podrá garantizar dicha diferencia y emitirá el documento modificatorio correspondiente.

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") 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; de estipularse que es divisible, (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") pagará de forma proporcional el monto de la o las obligaciones incumplidas..

TERCERA. - INDEMNIZACIÓN POR MORA.

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora"), 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.

La fianza permanecerá vigente durante el 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" o la "Aseguradora"), la cual deberá emitir los documentos modificatorios o endosos correspondientes.

(La "Afianzadora o la "Aseguradora") acepta expresamente garantizar la obligación a que esta póliza se refiere, aún en el caso de que se otorgue prorroga, 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.

(Sólo incluir para el caso de póliza en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios)

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" o la "Aseguradora") 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 o a la Aseguradora") 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" o la "Aseguradora") por cualquiera de los supuestos referidos, formarán parte en su conjunto, solidaria e inseparable de la póliza inicial.

SEXTA. - SUPUESTOS DE SUSPENSIÓN.

(Sólo incluir para el caso de póliza en materia de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas)

Para garantizar el cumplimiento del contrato, en caso de suspensión de los trabajos por cualquier causa justificada en los términos de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, 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" o la "Aseguradora") 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" o la "Aseguradora") dichos documentos expedidos por "la Contratante".

El aplazamiento derivado de la interposición de los 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" o la "Aseguradora") por cualquiera de los supuestos referidos, formarán parte en su conjunto, solidaria e inseparable a la póliza inicial.

SÉPTIMA. - SUBJUDICIDAD.

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") realizará el pago de la cantidad requerida, 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 tr bunal arbitral, salvo que el fiado obtenga la suspensión de su ejecución, ante dichas instancias.

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") 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.

OCTAVA. - COAFIANZAMIENTO O YUXTAPOSICIÓN DE GARANTÍAS.

El coafianzamiento o yuxtaposición de garantías, no implicará novación de las obligaciones asumidas por (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") 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, de conformidad con lo expresamente estipulado para tales efectos en el contrato principal materia del afianzamiento.

NOVENA. - CANCELACIÓN DE LA FIANZA.

(Sólo incluir para el caso de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios)

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") quedará l berada 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" o la

"Aseguradora") 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 rec bo 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.

NOVENA. - CANCELACIÓN DE LA FIANZA.

(Sólo incluir para el caso de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas)

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") quedará l berada 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 por haberse cumplido con las obligaciones a cargo del fiado y aceptado la garantía por defectos o vicios ocultos.

El fiado podrá solicitar la cancelación de la fianza para lo cual deberá presentar a (la "Afianzadora" o la "Aseguradora), el acta administrativa de extinción de derechos y obligaciones o, en su caso, el finiquito, y en el supuesto de existir saldos a cargo del fiado, la liquidación correspondiente. Siempre y cuando se haya exhibido y aceptado la garantía de vicios ocultos. Cuando el fiado solicite la cancelación derivado del pago realizado por saldos a su cargo o por el incumplimiento de obligaciones, deberá presentar el recibo de pago correspondiente.

DÉCIMA. - PROCEDIMIENTOS.

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") acepta expresamente someterse al procedimiento previsto en el artículo 282 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas para hacer efectiva la fianza.

DÉCIMA PRIMERA REQUERIMIENTO.

"La Beneficiaria" podrá realizar el requerimiento de pago a que se refiere el artículo 282 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas en las oficinas principales, sucursales, oficinas de servicio o bien en los domicilios de los apoderados designados por la Institución para recibir requerimientos de pago, correspondientes a cada una de las regiones competencia de las Salas Regionales del Tr bunal Federal de Justicia Administrativa.

"La Beneficiaria" requerirá de pago a la institución acompañando los documentos justificativos siguientes:

1. El Acto o Contrato en que conste la obligación a cargo del fiado.

2. La Póliza de Fianza y endoso o endosos respectivos.

3. El Acta Administrativa, en la que se harán constar de manera cronológica y circunstanciada los actos u omisiones que constituyan el incumplimiento a las obligaciones garantizadas.

4. La Liquidación de adeudo o documento en el cual conste el crédito o importe a requerir con cargo a la garantía.

5. Si los hubiere, la demanda o el escrito de cualquier otro medio de defensa legal procedente, presentado por el fiado, resoluciones o sentencias firmes dictadas por autoridad competente y sus notificaciones.

6. Los demás documentos que la Tesorería estime pertinentes.

Dichos documentos se acompañarán en original o en copia certificada, salvo la póliza de fianza y su endoso o endosos, los cuales deberán anexarse en original.

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.

DÉCIMA TERCERA. - ENTREGA DE FIANZAS.

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") deberá entregar a "la Beneficiaria", una copia de esta póliza a través del medio electrónico, la dirección de correo electrónico, o ambos conforme a lo señalado en la carátula de esta póliza.

Anexo 5

“Propuesta económica”

INTERMET, S.A. DE C.V.
SOLUCIONES INTEGRALES

Ciudad Obregón, Son., a 21 de agosto del 2024.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Órgano de Operación Administrativa
Desconcentrada Estatal Sonora
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.

At'n: Dr. Manuel de Jesús López Castro
Encargado de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

Petición de Oferta
Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión
Contratación a partir del día natural siguiente a la notificación del fallo y hasta el 31 de diciembre del 2024.

ANEXO NÚMERO 3
PROPOSICIÓN ECONÓMICA

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL No.
FECHA: 21/08/2024 No. DE PREI- IMSS: 30058
NOMBRE DEL LICITANTE: INTERMET, S.A. DE C.V.
DOMICILIO: BLVD. ADOLFO LOPEZ MATEOS 1502 COL. MIXCOAC, ALCALDÍA BENITO JUAREZ CP. 03910
[redacted] R.F.C.: INT-880518-EF4
CORREO ELECTRONICO: departamentodecontratos@intermet.com.mx
ESTRATIFICACIÓN: MICRO ( ) PEQUEÑA ( ) MEDIANA ( ) GRANDE (X)

PARTIDA	TIPO	NÚMERO	LOCALIDAD	CLAVE	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO/BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MAXIMA	PRECIO UNITARIO	IMPORTE MÍNIMO	IMPORTE MAXIMO
1	HGZ	2	Hermosillo	10.01.004	Artroscopia de hombro sin implante	1	2	$8,896.04	$8,896.04	$17,792.08
1	HGZ	2	Hermosillo	10.01.008	Artroscopia de rodilla con implante	2	4	$11,105.29	$22,210.58	$44,421.16
1	HGZ	2	Hermosillo	10.01.010	Artroscopia de rodilla	1	2	$8,031.97	$8,031.97	$16,063.94
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.001	Cistoscopia adulto	2	4	$3,243.79	$6,487.58	$12,975.16
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.011	Resección transureteral de próstata/vejiga RTUP/RTUV/RTUC	14	35	$5,157.65	$72,207.10	$180,517.75
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.015	Uretrotomía interna adulto	1	2	$3,180.60	$3,180.60	$6,361.20
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.016	Litotricia Percutánea	2	4	$10,089.37	$20,178.74	$40,357.48
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.018	Litotricia ureteral rígida adulto	2	4	$6,002.08	$12,004.16	$24,008.32
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.021	Cistoscopia para retiro de catéter Doble J	1	2	$3,460.05	$3,460.05	$6,920.10
1	HGZ	2	Hermosillo	10.06.010	Colecistectomía Laparoscópica adulto	28	70	$6,813.87	$190,788.36	$476,970.90
1	HGZ	2	Hermosillo	10.06.011	Colecistectomía con exploración de vía biliar adulto	1	2	$5,424.61	$5,424.61	$10,849.22
1	HGZ	2	Hermosillo	10.06.035	Nefrectomía adulto	2	6	$15,200.37	$30,400.74	$91,202.22
1	UMAA	68	Hermosillo	10.01.010	Artroscopia de rodilla	1	3	$8,031.97	$8,031.97	$24,095.91
1	HGZ	14	Hermosillo	10.01.004	Artroscopia de hombro sin implante	1	2	$8,896.04	$8,896.04	$17,792.08
1	HGZ	14	Hermosillo	10.01.008	Artroscopia de rodilla con implante	2	4	$11,105.29	$22,210.58	$44,421.16
1	HGZ	14	Hermosillo	10.01.010	Artroscopia de rodilla	10	24	$8,031.97	$80,319.70	$192,767.28
1	HGZ	14	Hermosillo	10.03.001	Histeroscopía básica	1	2	$3,610.89	$3,610.89	$7,221.78
1	HGZ	14	Hermosillo	10.03.002	Histeroscopía operatoria	1	2	$4,944.04	$4,944.04	$9,888.08
1	HGZ	14	Hermosillo	10.06.004	Cirugía de hiato esofágico adulto	2	4	$8,728.74	$17,457.48	$34,914.96
1	HGZ	14	Hermosillo	10.06.010	Colecistectomía Laparoscópica adulto	53	133	$6,813.87	$361,135.11	$906,244.71
1	HGZ	4	Guaymas	10.04.001	Cistoscopia adulto	1	2	$3,243.79	$3,243.79	$6,487.58
1	HGZ	4	Guaymas	10.04.011	Resección transureteral de próstata/vejiga RTUP/RTUV/RTUC	1	2	$5,157.65	$5,157.65	$10,315.30
1	HGZ	4	Guaymas	10.06.010	Colecistectomía Laparoscópica adulto	8	20	$6,813.87	$54,510.96	$136,277.40
1	HGZ	4	Guaymas	10.06.026	Laparoscopía diagnóstica adulto	1	2	$4,884.78	$4,884.78	$9,769.56
1	HGR	1	Cd. Obregón	10.03.001	Histeroscopía básica	1	2	$3,610.89	$3,610.89	$7,221.78
1	HGR	1	Cd. Obregón	10.03.002	Histeroscopía operatoria	1	2	$4,944.04	$4,944.04	$9,888.08
1	HGR	1	Cd. Obregón	10.04.101	Cistoscopia pediátrica	1	2	$3,651.65	$3,651.65	$7,303.30
1	HGR	1	Cd. Obregón	10.04.115	Uretrotomía interna pediátrica	1	2	$4,698.69	$4,698.69	$9,397.38
1	HGR	1	Cd. Obregón	10.06.002	Apendicectomía laparoscópica adulto	2	4	$6,986.90	$13,973.80	$27,947.60
1	HGR	1	Cd. Obregón	10.06.004	Cirugía de hiato esofágico adulto	1	2	$8,728.74	$8,728.74	$17,457.48
1	HGR	1	Cd. Obregón	10.06.010	Colecistectomía Laparoscópica adulto	42	106	$6,813.87	$286,182.54	$722,270.22
1	HGR	1	Cd. Obregón	10.06.025	Laparoscopía de ovario	8	20	$4,976.21	$39,809.68	$99,524.20
1	HGZ	3	Navojoa	10.04.001	Cistoscopia adulto	1	3	$3,243.79	$3,243.79	$9,731.37
1	HGZ	3	Navojoa	10.04.011	Resección transureteral de próstata/vejiga RTUP/RTUV/RTUC	7	18	$5,157.65	$36,103.55	$92,837.70
1	HGZ	3	Navojoa	10.06.010	Colecistectomía Laparoscópica adulto	1	2	$6,813.87	$6,813.87	$13,627.74
1	HGZMF	5	Nogales	10.01.004	Artroscopia de hombro sin implante	1	2	$8,896.04	$8,896.04	$17,792.08
1	HGZMF	5	Nogales	10.01.008	Artroscopia de rodilla con implante	1	3	$11,105.29	$11,105.29	$33,315.87

SE ELIMINAN DATOS DE TELEFONO POR CONSIDERARSE INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICABLE Y QUE POR SU DIFUSÓN PUEDE AFECTAR LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD EN TÉRMINOS DE LA FRACCIÓN I DEL ART. 113 DE LA LFTAIP

INTERMET, S.A. DE C.V.
SOLUCIONES INTEGRALES

Ciudad Obregón, Son., a 21 de agosto del 2024.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Órgano de Operación Administrativa
Desconcentrada Estatal Sonora
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.

At'n: Dr. Manuel de Jesús López Castro
Encargado de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

Petición de Oferta
Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión
Contratación a partir del día natural siguiente a la notificación del fallo y hasta el 31 de diciembre del 2024.

ANEXO NÚMERO 3
PROPOSICIÓN ECONÓMICA

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL No.
FECHA: 21/08/2024 No. DE PREI- IMSS: 30058
NOMBRE DEL LICITANTE: INTERMET, S.A. DE C.V.
DOMICILIO: BLVD. ADOLFO LOPEZ MATEOS 1502 COL. MIXCOAC, ALCALDÍA BENITO JUAREZ CP. 03910
R.F.C.: INT-880518-EF4
CORREO ELECTRONICO: departamentodecontratos@intermet.com.mx
ESTRATIFICACIÓN: MICRO ( ) PEQUEÑA ( ) MEDIANA ( ) GRANDE (X)

PARTIDA	TIPO	NÚMERO	LOCALIDAD	CLAVE	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO/BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MAXIMA	PRECIO UNITARIO	IMPORTE MÍNIMO	IMPORTE MAXIMO
1	HGZMF	5	Nogales	10.01.010	Artroscopia de rodilla	1	2	$8,031.97	$8,031.97	$16,063.94
1	HGZMF	5	Nogales	10.01.011	Artroscopía de hombro con implante	1	3	$14,580.67	$14,580.67	$43,742.01
1	HGZMF	5	Nogales	10.03.001	Histeroscopía básica	1	2	$3,610.89	$3,610.89	$7,221.78
1	HGZMF	5	Nogales	10.03.002	Histeroscopía operatoria	1	2	$4,944.04	$4,944.04	$9,888.08
1	HGZMF	5	Nogales	10.04.001	Cistoscopia adulto	11	28	$3,243.79	$35,681.69	$90,826.12
1	HGZMF	5	Nogales	10.04.011	Resección transureteral de próstata/vejiga RTUP/RTUV/RTUC	11	28	$5,157.65	$56,734.15	$144,414.20
1	HGZMF	5	Nogales	10.04.015	Uretrotomía interna adulto	1	2	$3,180.60	$3,180.60	$6,361.20
1	HGZMF	5	Nogales	10.04.020	Litotricia ureteral flexible adulto (láser)	1	3	$15,276.78	$15,276.78	$45,830.34
1	HGZMF	5	Nogales	10.06.002	Apendicectomía laparoscópica adulto	1	2	$6,986.90	$6,986.90	$13,973.80
1	HGZMF	5	Nogales	10.06.004	Cirugía de hiato esofágico adulto	1	2	$8,728.74	$8,728.74	$17,457.48
1	HGZMF	5	Nogales	10.06.010	Colecistectomía Laparoscópica adulto	31	78	$6,813.87	$211,229.97	$531,481.86
1	HGZMF	5	Nogales	10.06.024	Laparoscopía con toma de biopsia adulto	1	2	$3,508.57	$3,508.57	$7,017.14
1	HGZMF	5	Nogales	10.06.026	Laparoscopía diagnóstica adulto	2	4	$4,884.78	$9,769.56	$19,539.12
1	HGZMF	5	Nogales	10.06.027	Laparoscopía Etapificadora para cáncer ginecológico	1	2	$6,375.42	$6,375.42	$12,750.84
1	HGSMF	12	Agua Prieta	10.06.010	Colecistectomía Laparoscópica adulto	1	2	$6,813.87	$6,813.87	$13,627.74
1	HGSMF	12	Agua Prieta	10.06.026	Laparoscopía diagnóstica adulto	1	2	$4,884.78	$4,884.78	$9,769.56
1	HGZ	2	Hermosillo	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.	0	1	$278.63	$0.00	$278.63
1	HGZ	2	Hermosillo	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.	0	1	$1,835.33	$0.00	$1,835.33
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.907	Balón dilatador para tracto percutáneo.	0	1	$7,483.73	$0.00	$7,483.73
1	HGZ	2	Hermosillo	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.	0	1	$114.33	$0.00	$114.33

SE ELIMINAN DATOS DE TELEFONO POR CONSIDERARSE INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICABLE Y QUE POR SU DIFUSÓN PUEDE AFECTAR LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD EN TÉRMINOS DE LA FRACCIÓN I DEL ART. 113 DE LA LFTAIP

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO	Adjudicación Directa AA-50-GYR-050GYR031-N-197-2024 SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE CIRUGIA DE MINIMA INVASIÓN NUMERO DE CONTRATO PARA PAGO SEI-A-24-27-0419-0058 CONTRATO 050GYR031N19724-001-00

INTERMET, S.A. DE C.V.
SOLUCIONES INTEGRALES

Ciudad Obregón, Son., a 21 de agosto del 2024.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Órgano de Operación Administrativa
Desconcentrada Estatal Sonora
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.

At'n: Dr. Manuel de Jesús López Castro
Encargado de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

Petición de Oferta
Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión
Contratación a partir del día natural siguiente a la notificación del fallo y hasta el 31 de diciembre del 2024.

ANEXO NÚMERO 3
PROPOSICIÓN ECONÓMICA

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL No.
FECHA: 21/08/2024 No. DE PREI- IMSS: 30058
NOMBRE DEL LICITANTE: INTERMET, S.A. DE C.V.
DOMICILIO: BLVD. ADOLFO LOPEZ MATEOS 1502 COL. MIXCOAC, ALCALDÍA BENITO JUAREZ CP. 03910
R.F.C.: INT-880518-EF4
CORREO ELECTRÓNICO: departamentodecontratos@intermet.com.mx
ESTRATIFICACIÓN: MICRO ( ) PEQUEÑA ( ) MEDIANA ( ) GRANDE (X)

PARTIDA	TIPO	NÚMERO	LOCALIDAD	CLAVE	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO/BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MAXIMA	PRECIO UNITARIO	IMPORTE MÍNIMO	IMPORTE MAXIMO
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.909	Catéter ureteral para pielografía retrógrada de 3 a 5 fr., de 40 a 70 cm., de longitud.	0	1	$286.49	$0.00	$286.49
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.910	Cuchillo recto y de media luna para uretrotomo compatible con el equipo.	0	1	$3,131.11	$0.00	$3,131.11
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.912	Dilatador ureteral de balón, hidráulico de 6 fr. x 10 cm, incluye sistema de inflado.	0	1	$5,171.80	$0.00	$5,171.80
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.913	Camisa de acceso ureteral de doble lumen, de 35 cm., de longitud.	0	1	$5,061.67	$0.00	$5,061.67
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.914	Guía extrarígida de alambre de 0.035" a 0.038", 145 a 150 cm.	0	1	$1,090.80	$0.00	$1,090.80
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.915	Canastilla de Dormia de nitinol de 4 a 4.5 fr. X 65 a 90 cm., de longitud y diámetro de canasta de 1 a 2 cm.	0	1	$5,466.92	$0.00	$5,466.92
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.916	Canastilla de Dormia de nitinol de 1.8 a 3 fr. (Ureterolito láser flexible).	0	1	$4,495.86	$0.00	$4,495.86
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.917	Dilatador ureteral de balón de 3.8 fr. X 10 cm., ó 4 fr. X 10 cm. Para pediatría 3.8 a 4 fr X 4 cm de longitud de balón.	0	1	$4,207.47	$0.00	$4,207.47
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.918	Camisa de acceso ureteral hidrofílica.	0	1	$2,709.90	$0.00	$2,709.90
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.919	Juego de dilatadores percutáneos tipo Amplatz de 8 a 30 fr.	0	1	$4,826.22	$0.00	$4,826.22
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.920	Guía de alambre de nitinol de 0.035" a 0.038", 145 a 150 cm.	0	1	$1,001.40	$0.00	$1,001.40
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.921	Aguja de acceso percutáneo.	0	1	$1,118.94	$0.00	$1,118.94
1	HGZ	2	Hermosillo	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.	0	1	$4,509.06	$0.00	$4,509.06
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.923	Electrodo de Vaporización para endourología	0	1	$1,828.77	$0.00	$1,828.77
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.924	Catéter con balón de oclusión de 5 a 7 fr. X 75 a 100 cm., de longitud.	0	1	$3,107.59	$0.00	$3,107.59
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.925	Balón dilatador ureteral calibre 3.8 fr. X 10 cm., o 4 fr. X 10 cm.	0	1	$5,554.90	$0.00	$5,554.90
1	HGZ	2	Hermosillo	10.04.926	Catéter tipo open-end ureteral 3 a 4 Fr.	0	1	$260.36	$0.00	$260.36
1	HGZ	2	Hermosillo	10.06.902	Engrapadora articulada lineal laparoscópica con corte y cartuchos con rango desde 30mm hasta 60 mm., en una sola ó por separado.	0	1	$7,561.11	$0.00	$7,561.11

SE ELIMINAN DATOS DE TELEFONO POR CONSIDERARSE INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICABLE Y QUE POR SU DIFUSÓN PUEDE AFECTAR LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD EN TÉRMINOS DE LA FRACCIÓN I DEL ART. 113 DE LA LFTAIP

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO	Adjudicación Directa AA-50-GYR-050GYR031-N-197-2024 SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE CIRUGIA DE MINIMA INVASIÓN NUMERO DE CONTRATO PARA PAGO SEI-A-24-27-0419-0058 CONTRATO 050GYR031N19724-001-00

INTERMET, S.A. DE C.V.
SOLUCIONES INTEGRALES

Ciudad Obregón, Son., a 21 de agosto del 2024.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Órgano de Operación Administrativa
Desconcentrada Estatal Sonora
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.

At'n: Dr. Manuel de Jesús López Castro
Encargado de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

Petición de Oferta
Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión
Contratación a partir del día natural siguiente a la notificación del fallo y hasta el 31 de diciembre del 2024.

ANEXO NÚMERO 3
PROPOSICIÓN ECONÓMICA

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL No.
FECHA: 21/08/2024 No. DE PREI- IMSS: 30058
NOMBRE DEL LICITANTE: INTERMET, S.A. DE C.V.
DOMICILIO: BLVD. ADOLFO LOPEZ MATEOS 1502 COL. MIXCOAC, ALCALDÍA BENITO JUAREZ CP. 03910
[redacted] R.F.C.: INT-880518-EF4
CORREO ELECTRONICO: departamentodecontratos@intermet.com.mx
ESTRATIFICACIÓN: MICRO ( ) PEQUEÑA ( ) MEDIANA ( ) GRANDE (X)

PARTIDA	TIPO	NÚMERO	LOCALIDAD	CLAVE	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO/BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MAXIMA	PRECIO UNITARIO	IMPORTE MÍNIMO	IMPORTE MAXIMO
1	HGZ	2	Hermosillo	10.06.903	Cartucho 30 a 35, 45, 60 mm., de longitud con grapas de 1.0 a 4.5 mm., de altura.	0	1	$5,927.68	$0.00	$5,927.68
1	HGZ	2	Hermosillo	10.06.906	Sistema de fijación biodegradable para fijación de malla.	0	1	$9,534.15	$0.00	$9,534.15
1	HGZ	2	Hermosillo	10.06.907	Sistema de fijación helicoidal de aleación de titanio para malla laparoscópica	0	1	$8,576.36	$0.00	$8,576.36
1	HGZ	2	Hermosillo	10.06.908	Clip vascular polímero mediano/largo, largo o extralargo.	0	1	$562.07	$0.00	$562.07
1	HGZ	2	Hermosillo	10.06.909	Engrapadora circular desde 28 a 34 mm., con capuchón.	0	1	$8,161.97	$0.00	$8,161.97
1	HGZ	2	Hermosillo	10.06.910	Drenaje flexible con diseño de 4 canales, 10 fr. y 19fr, sin Hub, trócar 1/4"y 1/8". Con reservorio.	0	1	$1,884.39	$0.00	$1,884.39
1	HGZ	2	Hermosillo	10.06.911	Paquete de clips para cirugía laparoscópica, de titanio, estéril desechable, tamaños: mediano ó mediano/largo.	0	1	$177.95	$0.00	$177.95
1	HGZ	2	Hermosillo	10.06.912	Trócar con balón dilatador para espacio retroperitoneal o equivalente.	0	1	$4,446.61	$0.00	$4,446.61
1	HGZ	2	Hermosillo	10.06.915	Bolsa colectora de espécimen pequeña ó grande según pieza a extraer.	0	1	$406.88	$0.00	$406.88
1	HGZ	2	Hermosillo	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).	0	1	$10,745.25	$0.00	$10,745.25
1	HGZ	2	Hermosillo	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.	0	1	$2,888.78	$0.00	$2,888.78
1	HGZ	2	Hermosillo	10.01.902	Equipo de injerto osteocondral mosaicoplastia y accesorios necesarios para su uso.	0	1	$10,233.75	$0.00	$10,233.75

SE ELIMINAN DATOS DE TELEFONO POR CONSIDERARSE INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICABLE Y QUE POR SU DIFUSÓN PUEDE AFECTAR LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD EN TÉRMINOS DE LA FRACCIÓN I DEL ART. 113 DE LA LFTAIP

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO	Adjudicación Directa AA-50-GYR-050GYR031-N-197-2024 SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE CIRUGIA DE MINIMA INVASIÓN NUMERO DE CONTRATO PARA PAGO SEI-A-24-27-0419-0058 CONTRATO 050GYR031N19724-001-00

INTERMET, S.A. DE C.V.
SOLUCIONES INTEGRALES

Ciudad Obregón, Son., a 21 de agosto del 2024.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Órgano de Operación Administrativa
Desconcentrada Estatal Sonora
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.

At'n: Dr. Manuel de Jesús López Castro
Encargado de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

Petición de Oferta
Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión
Contratación a partir del día natural siguiente a la notificación del fallo y hasta el 31 de diciembre del 2024.

ANEXO NÚMERO 3
PROPOSICIÓN ECONÓMICA

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL No.
FECHA: 21/08/2024 No. DE PREI- IMSS: 30058
NOMBRE DEL LICITANTE: INTERMET, S.A. DE C.V.
DOMICILIO: BLVD. ADOLFO LOPEZ MATEOS 1502 COL. MIXCOAC, ALCALDÍA BENITO JUAREZ CP. 03910
[redacted] R.F.C.: INT-680518-EF4
CORREO ELECTRONICO: departamentodecontratos@intermet.com.mx
ESTRATIFICACIÓN: MICRO ( ) PEQUEÑA ( ) MEDIANA ( ) GRANDE (X)

PARTIDA	TIPO	NÚMERO	LOCALIDAD	CLAVE	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO/BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MAXIMA	PRECIO UNITARIO	IMPORTE MÍNIMO	IMPORTE MAXIMO
1	HGZ	2	Hermosillo	10.01.903	Anclas biodegradable o compuestas sin nudo de 2.6 a 6.5 mm.	0	1	$5,755.87	$0.00	$5,755.87
1	HGZ	2	Hermosillo	10.01.904	Tornillo de biotenodesis o similar compuesto o biocompatible diversas medidas.	0	1	$4,471.01	$0.00	$4,471.01
1	HGZ	2	Hermosillo	10.01.905	Tornillo de revisión.	0	1	$2,902.48	$0.00	$2,902.48
1	HGZ	2	Hermosillo	10.01.906	Sistema de cortico femoral.	0	1	$4,431.00	$0.00	$4,431.00
1	HGZ	2	Hermosillo	10.01.907	Sistema de cortico femoral de revisión.	0	1	$2,960.71	$0.00	$2,960.71
1	HGZ	2	Hermosillo	10.01.908	Sistema de reparación de menisco.	0	1	$3,948.26	$0.00	$3,948.26
1	HGZ	2	Hermosillo	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.	0	1	$3,182.11	$0.00	$3,182.11
1	HGZ	2	Hermosillo	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.	0	1	$3,556.10	$0.00	$3,556.10
1	HGZ	2	Hermosillo	10.01.911	Sistema de fijación del reborde glenoideo, con cabeza de 2.8 a 3.5 mm., de diámetro	0	1	$2,980.61	$0.00	$2,980.61
1	HGZ	2	Hermosillo	10.01.912	Sistema de reparación de muñeca, codo y tobillos tipo ancla entre 1.7 a 3.7 mm.	0	1	$4,449.30	$0.00	$4,449.30
1	HGZ	2	Hermosillo	10.01.913	Sistema de reducción por botones cortical para lesiones de sindesmosis sin nudos, acero inoxidable o titanio.	0	1	$12,730.83	$0.00	$12,730.83
1	HGZ	2	Hermosillo	10.01.914	Consumibles para distractores de artroscopia de tobillo, hombro en decúbito lateral, hombro en silla de playa, y artroscopia de muñeca.	0	1	$2,424.82	$0.00	$2,424.82
1	HGZ	2	Hermosillo	10.01.915	Sistema de reducción acromio clavicular por botones corticales y sutura de especialidad.	0	1	$4,127.63	$0.00	$4,127.63
1	HGZ	2	Hermosillo	10.01.916	Fresa cortante O esférica para hueso duro y cartílago de 3.0 a 5.5 mm., diámetro por 10.5 a 17 cm., de longitud.	0	1	$1,334.01	$0.00	$1,334.01
1	UMAA	68	Hermosillo	10.01.908	Sistema de reparación de menisco.	0	1	$3,948.26	$0.00	$3,948.26
1	UMAA	68	Hermosillo	10.01.916	Fresa cortante O esférica para hueso duro y cartílago de 3.0 a 5.5 mm., diámetro por 10.5 a 17 cm., de longitud.	0	1	$1,334.01	$0.00	$1,334.01

SE ELIMINAN DATOS DE TELEFONO POR CONSIDERARSE INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICABLE Y QUE POR SU DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD EN TÉRMINOS DE LA FRACCIÓN I DEL ART. 113 DE LA LFTAIP

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO	Adjudicación Directa AA-50-GYR-050GYR031-N-197-2024 SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE CIRUGIA DE MINIMA INVASIÓN NUMERO DE CONTRATO PARA PAGO SEI-A-24-27-0419-0058 CONTRATO 050GYR031N19724-001-00

INTERMET, S.A. DE C.V.
SOLUCIONES INTEGRALES

Ciudad Obregón, Son., a 21 de agosto del 2024.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Órgano de Operación Administrativa
Desconcentrada Estatal Sonora
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.

At'n: Dr. Manuel de Jesús López Castro
Encargado de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

Petición de Oferta
Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión
Contratación a partir del día natural siguiente a la notificación del fallo y hasta el 31 de diciembre del 2024.

ANEXO NÚMERO 3
PROPOSICIÓN ECONÓMICA

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL No.
FECHA: 21/08/2024 No. DE PREI- IMSS: 30058
NOMBRE DEL LICITANTE: INTERMET, S.A. DE C.V.
DOMICILIO: BLVD. ADOLFO LOPEZ MATEOS 1502 COL. MIXCOAC, ALCALDÍA BENITO JUAREZ CP. 03910 [redacted]
R.F.C.: INT-880518-EF4
CORREO ELECTRONICO: departamentodecontratos@intermet.com.mx
ESTRATIFICACIÓN: MICRO ( ) PEQUEÑA ( ) MEDIANA ( ) GRANDE (X)

PARTIDA	TIPO	NÚMERO	LOCALIDAD	CLAVE	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO/BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MAXIMA	PRECIO UNITARIO	IMPORTE MÍNIMO	IMPORTE MAXIMO
1	HGZ	14	Hermosillo	10.06.902	Engrapadora articulada lineal laparoscópica con corte y cartuchos con rango desde 30mm hasta 60 mm., en una sola ó por separado.	0	1	$7,561.11	$0.00	$7,561.11
1	HGZ	14	Hermosillo	10.06.903	Cartucho 30 a 35, 45, 60 mm., de longitud con grapas de 1.0 a 4.5 mm., de altura.	0	1	$5,927.68	$0.00	$5,927.68
1	HGZ	14	Hermosillo	10.06.908	Clip vascular polímero mediano/largo, largo o extralargo.	0	1	$562.07	$0.00	$562.07
1	HGZ	14	Hermosillo	10.06.909	Engrapadora circular desde 28 a 34 mm., con capuchón.	0	1	$8,161.97	$0.00	$8,161.97
1	HGZ	14	Hermosillo	10.06.911	Paquete de clips para cirugía laparoscópica, de titanio, estéril desechable, tamaños: mediano ó mediano/largo.	0	1	$177.95	$0.00	$177.95
1	HGZ	14	Hermosillo	10.01.908	Sistema de reparación de menisco.	0	1	$3,948.26	$0.00	$3,948.26
1	HGZ	14	Hermosillo	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.	0	1	$3,182.11	$0.00	$3,182.11
1	HGZ	4	Guaymas	10.06.911	Paquete de clips para cirugía laparoscópica, de titanio, estéril desechable, tamaños: mediano ó mediano/largo.	0	1	$177.95	$0.00	$177.95
1	HGR	1	Cd. Obregón	10.06.911	Paquete de clips para cirugía laparoscópica, de titanio, estéril desechable, tamaños: mediano ó mediano/largo.	0	1	$177.95	$0.00	$177.95
1	HGZ	3	Navojoa	10.04.910	Cuchillo recto y de media luna para uretrotomo compatible con el equipo.	0	1	$3,131.11	$0.00	$3,131.11
1	HGZ	3	Navojoa	10.06.911	Paquete de clips para cirugía laparoscópica, de titanio, estéril desechable, tamaños: mediano ó mediano/largo.	0	1	$177.95	$0.00	$177.95
1	HGZMF	5	Nogales	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).	0	1	$2,160.07	$0.00	$2,160.07

SE ELIMINAN DATOS DE TELEFONO POR CONSIDERARSE INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICABLE Y QUE POR SU DIFUSÓN PUEDE AFECTAR LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD EN TÉRMINOS DE LA FRACCIÓN I DEL ART. 113 DE LA LFTAIP

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO	Adjudicación Directa AA-50-GYR-050GYR031-N-197-2024 SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE CIRUGIA DE MINIMA INVASIÓN NUMERO DE CONTRATO PARA PAGO SEI-A-24-27-0419-0058 CONTRATO 050GYR031N19724-001-00

INTERMET, S.A. DE C.V.
SOLUCIONES INTEGRALES

Ciudad Obregón, Son., a 21 de agosto del 2024.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Órgano de Operación Administrativa
Desconcentrada Estatal Sonora
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.

At'n: Dr. Manuel de Jesús López Castro
Encargado de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

Petición de Oferta
Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión
Contratación a partir del día natural siguiente a la notificación del fallo y hasta el 31 de diciembre del 2024.

ANEXO NÚMERO 3
PROPOSICIÓN ECONÓMICA

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL No.
FECHA: 21/08/2024 No. DE PREI- IMSS: 30058
NOMBRE DEL LICITANTE: INTERMET, S.A. DE C.V.
DOMICILIO: BLVD. ADOLFO LOPEZ MATEOS 1502 COL. MIXCOAC, ALCALDÍA BENITO JUAREZ CP. 03910
[redacted] R.F.C.: INT-880518-EF4
CORREO ELECTRONICO: departamentodecontratos@intermet.com.mx
ESTRATIFICACIÓN: MICRO ( ) PEQUEÑA ( ) MEDIANA ( ) GRANDE (X)

PARTIDA	TIPO	NÚMERO	LOCALIDAD	CLAVE	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO/BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MAXIMA	PRECIO UNITARIO	IMPORTE MÍNIMO	IMPORTE MAXIMO
1	HGZMF	5	Nogales	10.02.902	Fresa cortante o esférica o cilindrica para hueso duro y cartílago de 3.0 a 4.0 mm., diámetro por 10.5 a 12.5 cm., de longitud.	0	1	$6,343.98	$0.00	$6,343.98
1	HGZMF	5	Nogales	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.	0	1	$278.63	$0.00	$278.63
1	HGZMF	5	Nogales	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.	0	1	$1,835.33	$0.00	$1,835.33
1	HGZMF	5	Nogales	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.	0	1	$114.33	$0.00	$114.33
1	HGZMF	5	Nogales	10.04.909	Catéter ureteral para pielografía retrógrada de 3 a 5 fr., de 40 a 70 cm., de longitud.	0	1	$286.49	$0.00	$286.49
1	HGZMF	5	Nogales	10.04.910	Cuchillo recto y de media luna para uretrotomo compatible con el equipo.	0	1	$3,131.11	$0.00	$3,131.11
1	HGZMF	5	Nogales	10.04.912	Dilatador ureteral de balón, hidráulico de 6 fr. x 10 cm, incluye sistema de inflado.	0	1	$5,171.80	$0.00	$5,171.80
1	HGZMF	5	Nogales	10.04.914	Guía extrarígida de alambre de 0.035" a 0.038", 145 a 150 cm.	0	1	$1,090.80	$0.00	$1,090.80
1	HGZMF	5	Nogales	10.04.915	Canastilla de Dormia de nitinol de 4 a 4.5 fr. X 65 a 90 cm., de longitud y diámetro de canasta de 1 a 2 cm.	0	1	$5,466.92	$0.00	$5,466.92
1	HGZMF	5	Nogales	10.04.916	Canastilla de Dormia de nitinol de 1.8 a 3 fr. (Ureterolito láser flexible).	0	1	$4,495.86	$0.00	$4,495.86
1	HGZMF	5	Nogales	10.04.923	Electrodo de Vaporización para endourología	0	1	$1,828.77	$0.00	$1,828.77
1	HGZMF	5	Nogales	10.04.924	Catéter con balón de oclusión de 5 a 7 fr. X 75 a 100 cm., de longitud.	0	1	$3,107.59	$0.00	$3,107.59
1	HGZMF	5	Nogales	10.04.926	Catéter tipo open-end ureteral 3 a 4 Fr.	0	1	$260.36	$0.00	$260.36

SE ELIMINAN DATOS DE TELEFONO POR CONSIDERARSE INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICABLE Y QUE POR SU DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD EN TÉRMINOS DE LA FRACCIÓN I DEL ART. 113 DE LA LFTAIP

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO	Adjudicación Directa AA-50-GYR-050GYR031-N-197-2024 SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE CIRUGIA DE MINIMA INVASIÓN NUMERO DE CONTRATO PARA PAGO SEI-A-24-27-0419-0058 CONTRATO 050GYR031N19724-001-00

SOLUCIONES INTEGRALES

Ciudad Obregón, Son., a 21 de agosto del 2024.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Órgano de Operación Administrativa
Desconcentrada Estatal Sonora
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.

At'n: Dr. Manuel de Jesús López Castro
Encargado de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

Petición de Oferta
Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión
Contratación a partir del día natural siguiente a la notificación del fallo y hasta el 31 de diciembre del 2024.

ANEXO NÚMERO 3
PROPOSICIÓN ECONÓMICA

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL No.
FECHA: 21/08/2024 No. DE PREI- IMSS: 30058
NOMBRE DEL LICITANTE: INTERMET, S.A. DE C.V.
DOMICILIO: BLVD. ADOLFO LOPEZ MATEOS 1502 COL. MIXCOAC, ALCALDÍA BENITO JUAREZ CP. 03910
[redacted] R.F.C.: INT-880518-EF4
CORREO ELECTRONICO: departamentodecontratos@intermet.com.mx
ESTRATIFICACIÓN: MICRO ( ) PEQUEÑA ( ) MEDIANA ( ) GRANDE (X)

PARTIDA	TIPO	NÚMERO	LOCALIDAD	CLAVE	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO/BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MAXIMA	PRECIO UNITARIO	IMPORTE MÍNIMO	IMPORTE MAXIMO
1	HGZMF	5	Nogales	10.06.906	Sistema de fijación biodegradable para fijación de malla.	0	1	$9,534.15	$0.00	$9,534.15
1	HGZMF	5	Nogales	10.06.907	Sistema de fijación helicoidal de aleación de titanio para malla laparoscópica	0	1	$8,576.36	$0.00	$8,576.36
1	HGZMF	5	Nogales	10.06.911	Paquete de clips para cirugía laparoscópica, de titanio, estéril desechable, tamaños: mediano ó mediano/largo.	0	1	$177.95	$0.00	$177.95
1	HGZMF	5	Nogales	10.01.903	Anclas biodegradable o compuestas sin nudo de 2.6 a 6.5 mm.	0	1	$5,755.87	$0.00	$5,755.87
1	HGZMF	5	Nogales	10.01.904	Tornillo de biotenodesis o similar compuesto o biocompatible diversas medidas.	0	1	$4,471.01	$0.00	$4,471.01
1	HGZMF	5	Nogales	10.01.908	Sistema de reparación de menisco.	0	1	$3,948.26	$0.00	$3,948.26
1	HGZMF	5	Nogales	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.	0	1	$3,182.11	$0.00	$3,182.11
1	HGZMF	5	Nogales	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.	0	1	$3,556.10	$0.00	$3,556.10
1	HGZMF	5	Nogales	10.01.916	Fresa cortante O esférica para hueso duro y cartílago de 3.0 a 5.5 mm., diámetro por 10.5 a 17 cm., de longitud.	0	1	$1,334.01	$0.00	$1,334.01
1	HGSMF	12	Agua Prieta	10.06.902	Engrapadora articulada lineal laparoscópica con corte y cartuchos con rango desde 30mm hasta 60 mm., en una sola ó por separado.	0	1	$7,561.11	$0.00	$7,561.11
1	HGSMF	12	Agua Prieta	10.06.903	Cartucho 30 a 35, 45, 60 mm., de longitud con grapas de 1.0 a 4.5 mm., de altura.	0	1	$5,927.68	$0.00	$5,927.68
1	HGSMF	12	Agua Prieta	10.06.907	Sistema de fijación helicoidal de aleación de titanio para malla laparoscópica	0	1	$8,576.36	$0.00	$8,576.36
1	HGSMF	12	Agua Prieta	10.06.908	Clip vascular polímero mediano/largo, largo o extralargo.	0	1	$562.07	$0.00	$562.07
1	HGSMF	12	Agua Prieta	10.06.909	Engrapadora circular desde 28 a 34 mm., con capuchón.	0	1	$8,161.97	$0.00	$8,161.97

SE ELIMINAN DATOS DE TELEFONO POR CONSIDERARSE INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICABLE Y QUE POR SU DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD EN TÉRMINOS DE LA FRACCIÓN I DEL ART. 113 DE LA LFTAIP

INTERMET, S.A. DE C.V.
SOLUCIONES INTEGRALES

Ciudad Obregón, Son., a 21 de agosto del 2024.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Órgano de Operación Administrativa
Desconcentrada Estatal Sonora
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.

At'n: Dr. Manuel de Jesús López Castro
Encargado de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

Petición de Oferta
Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión
Contratación a partir del día natural siguiente a la notificación del fallo y hasta el 31 de diciembre del 2024.

ANEXO NÚMERO 3
PROPOSICIÓN ECONÓMICA

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL No.
FECHA: 21/08/2024 No. DE PREI- IMSS: 30058
NOMBRE DEL LICITANTE: INTERMET, S.A. DE C.V.
DOMICILIO: BLVD. ADOLFO LOPEZ MATEOS 1502 COL. MIXCOAC, ALCALDÍA BENITO JUAREZ CP. 03910
[redacted] R.F.C.: INT-880518-EF4
CORREO ELECTRONICO: departamentodecontratos@intermet.com.mx
ESTRATIFICACIÓN: MICRO ( ) PEQUEÑA ( ) MEDIANA ( ) GRANDE (X)

PARTIDA	TIPO	NÚMERO	LOCALIDAD	CLAVE	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO/BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MAXIMA	PRECIO UNITARIO	IMPORTE MÍNIMO	IMPORTE MAXIMO
1	HGSMF	12	Agua Prieta	10.06.911	Paquete de clips para cirugía laparoscópica, de titanio, estéril desechable, tamaños: mediano ó mediano/largo.	0	1	$177.95	$0.00	$177.95
1	HGSMF	12	Agua Prieta	10.06.912	Trócar con balón dilatador para espacio retroperitoneal o equivalente.	0	1	$4,446.61	$0.00	$4,446.61
1	HGSMF	12	Agua Prieta	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).	0	1	$10,745.25	$0.00	$10,745.25
										$4,741,553.55
										$758,648.57
										$5,500,202.12

IMPORTE MÁXIMO CON LETRA: (CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL DOSCIENTOS DOS PESOS 12/100 M.N.) INCLUYE I.V.A.

LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.
HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024

Atentamente
Intermet, S.A. de C.V.

Sandra Mejía Vilchis
Representante Legal

SE ELIMINAN DATOS DE TELEFONO POR CONSIDERARSE INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICABLE Y QUE POR SU DIFUSÓN PUEDE AFECTAR LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD EN TÉRMINOS DE LA FRACCIÓN I DEL ART. 113 DE LA LFTAIP

Anexo 6

"Oficio de Designación de Administrador del contrato"

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS

ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
Coordinación Auxiliar Operativa Administrativa

Of N° 279001200100/0591/2024

Cd. de Obregón, Sonora, a 29 de Agosto de 2024

Dr. Jesús Ernesto Garcia Valdez
Coordinador De Prevención Y Atención A La Salud.
Cd. Obregón, Sonora.

Me dirijo atentamente a usted, para informarle que quedara bajo su responsabilidad la administración y vigilancia con relación a los procedimientos de contratación del **Servicio Médico Integral de Cirugía de Mínima Invasión**, que sean realizados de manera consolidada entre dependencias y entidades y entre distintos Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Unidades Médicas de Alta Especialidad para atender las necesidades del ejercicio 2024.

Sobre el particular y con el propósito de dar cumplimiento a lo dispuesto en el penúltimo párrafo del Artículo 84 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, en concatenación a los numerales 2.2, 4.3, 4.17, 4.24.6, y 5.3.15 incisos b) y c), 5.4.13, 5.4.15, 5.5 y demás relativos y aplicables de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto, se precisa que en los procedimientos de contratación en que este Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Sonora, cuente con requerimiento y/o necesidad, el responsable de la administración de los contratos, es quien actualmente funge como: coordinador de prevención y atención a la salud, cuyos datos y aceptación se plasman en el siguiente recuadro:

OOAD/UMAE:	NOMBRE:	CARGO:	ÁREA DE ADSCRIPCIÓN EN EL IMSS	DOMICILIO INSTITUCIONAL
OOAD Sonora	DR. JESÚS ERNESTO GARCIA VALDEZ	COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD	JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS	CALLE 5 DE FEBRERO 220 NTE, COL CENTRO, CP 85000, CD OBREGON SONORA
[redacted]				FIRMA DE ACEPTACIÓN:
[redacted]				

5 de Febrero 220 NTE, Col. Centro Ciudad Obregón, Sonora C. P. 85000. Tel. (644) 413 91 50, Ext. 3011 www.imss.gob.mx

2024 Felipe Carrillo

SE ELIMINAN DATOS DE RFC POR CONSIDERARSE INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICABLE Y QUE POR SU DIFUSÓN PUEDE AFECTAR LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD EN TÉRMINOS DE LA FRACCIÓN I DEL ART. 113 DE LA LFTAIP

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS

ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
Coordinación Auxiliar Operativa Administrativa

Quedando bajo su responsabilidad dar cumplimiento cabal a las funciones que se desprenden de esta designación, bajos los principios y obligaciones que rigen la actuación de los servidores públicos, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas; incluyendo al presente la evidencia del alta en el Módulo de Formalización de Instrumentos Jurídicos del Sistema Electrónico de Información Pública Gubernamental denominado CompraNet, bajo el rol de "Administrador de contrato", de conformidad con lo establecido en el "Manual de Operación para la utilización en CompraNet, del Módulo de Formalización de Instrumentos Jurídicos, derivados de los procedimientos de contratación al amparo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas", publicado en el DOF el 21 de julio de 2023.

Lo anterior con independencia de que en apego a lo previsto en el último párrafo del numeral 5.3.15 de los POBALINES, el Administrador del Contrato pueda auxiliarse para el debido cumplimiento de sus obligaciones, con otros servidores públicos, quienes serán designados por escrito, y serán corresponsables de las actividades que se les asignen y de mantener informado al Administrador del Contrato con la periodicidad y forma que se les indique, así como de la factibilidad de que en apego a lo previsto en el numeral 5.3.15 de los POBALINES, los contratos que al efecto deriven sean suscritos por el Coordinador de Control de Abasto, en su carácter de consolidador de los bienes en comento o bien el funcionario que al efecto designe.

Por último y en caso de que durante la vigencia de los contratos exista sustitución del personal designado, será informado oportunamente a esa Dirección de Administración, quedando obligado el funcionario que sustituya a las obligaciones como administrador, hasta designación expresa.

Sin otro particular aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

Dr. Manuel de Jesús López Castro
Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Medicas

Anexo 7

"Anexo Técnico"

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGUR O SOCIAL

ANEXO TÉCNICO

Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión.

Servicios Médicos Integrales

Anexo Técnico Para La Contratación Del Servicio Médico Integral De Procedimientos De Mínima Invasión, Tanto Diagnósticos Como Terapéuticos.

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

ANEXO TÉCNICO

Contenido

I- DESCRIPCIÓN DE SERVICIO 3

CATÁLOGO DE PROCEDIMIENTOS 7

1. EQUIPO MÉDICO 11

1.1 MEJORAS TECNOLÓGICAS 12

1.2 DOCUMENTACIÓN REQUERIDA DEL EQUIPO MÉDICO: 13

1.3 ADECUACIÓN DEL ÁREA, INSTALACIÓN Y PUESTA A PUNTO DEL EQUIPO MÉDICO 14

2. INSTRUMENTAL 15

2.1 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTAL 15

2.2 DOCUMENTACIÓN DEL INSTRUMENTAL REQUERIDO 16

3. BIENES DE CONSUMO BÁSICOS 18

3.1 DOCUMENTACIÓN REQUERIDA DE LOS BIENES DE CONSUMO BÁSICOS 20

4. BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS 21

4.1 DOCUMENTACIÓN REQUERIDA DE LOS BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS 21

5. SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO 23

5.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO 23

5.2 MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE EQUIPO MÉDICO E INSTRUMENTAL. 23

6. ASISTENCIA TÉCNICA 24

6.1 ACTIVIDADES ASISTENCIALES DEL TÉCNICO DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN. 25

6.2.-ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DEL TÉCNICO PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN 27

6.3 SUPERVISIÓN EN INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTOS. 27

6.4 APOYO A LA OPERACIÓN 28

6.5 PERFIL DEL TÉCNICO DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE MÍNIMA INVASIÓN 28

7 CAPACITACIÓN TÉCNICA PREVIA Y CONTINUA 29

8 REPORTE MENSUAL DE LA PRODUCTIVIDAD PARA LA UNIDAD MÉDICA Y COORDINACIÓN TÉCNICA DE SERVICIOS INDIRECTOS 30

8.1.-CONTROL DE PRODUCTIVIDAD-PRESUPUESTO POR LA COORDINACIÓN TÉCNICA DE SERVICIOS INDIRECTOS (CPIM) 30

9.-BITÁCORA DE INCIDENCIAS 36

10.-INDICADORES ESPECIFICOS DEL SMI DE PMI 36

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

ANEXO TÉCNICO

I- DESCRIPCIÓN DE SERVICIO

El Instituto requiere de un "Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión" (SMI de 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 de Procedimientos de Mínima Invasión" (SMI de 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 Indirectos.

El **"Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión" (SMI de 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.

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

SMI DE 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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

Este **"Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión" (SMI de PMI)** **se adjudicará** en **1 Partida,** como se establece a continuación:

Partida	Del	Delegación/UMAE	Min 2024	Max 2024
1	27	Sonora	373	921

La **unidad de medida** para el pago del servicio se realizará por **procedimiento** efectivamente realizado.

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.

CATÁLOGO DE PROCEDIMIENTOS

Para lo cual se deberá considerar los requerimientos para cada una de las Unidades Médicas establecidas en el **ANEXO T1 "Requerimientos de Procedimientos y Bienes Complementarios por Unidad Médica"**, mismos que se enlistan en el siguiente: **"Catálogo de Procedimientos";** identificándolos por clave y nombre del procedimiento :

PAQUETE 1 Accesos Diagnóstico-Terapéuticos de Mínima Invasión		
No.	**Clave**	**Nombre del Procedimiento**
1	10.01.004	Artroscopia de hombro sin implante.
2	10.01.008	Artroscopía de rodilla con implante.
3	10.01.010	Artroscopía de rodilla.
4	10.01.011	Artroscopia de hombro con implante.
5	10.03.001	Histeroscopía básica.
6	10.03.002	Histeroscopía operatoria.
7	10.04.001	Cistoscopia adulto.
8	10.04.011	Resección transuretral de próstata/vejiga RTUP/RTUV/RTUC.
9	10.04.015	Uretrotomía interna adulto.
10	10.04.016	Litotricia percutánea.
11	10.04.018	Litotricia ureteral rígida adulto.
12	10.04.020	Litotricia ureteral flexible adulto (láser).
13	10.04.021	Cistoscopia para retiro de catéter Doble J.
14	10.04.101	Cistoscopia pediátrica.
15	10.04.115	Uretrotomía interna pediátrica.
16	10.06.002	Apendicetomía laparoscópica adulto.
17	10.06.004	Cirugía de hiato esofágico adulto.
18	10.06.010	Colecistectomía laparoscópica adulto.
19	10.06.011	Colecistectomía con exploración de vía biliar adulto.

20	10.06.024	Laparoscopía con de toma biopsia adulto.
21	10.06.025	Laparoscopía de ovario.
22	10.06.026	Laparoscopía diagnóstica adulto.
23	10.06.027	Laparoscopía Etapificadora para cáncer ginecológico.
24	10.06.035	Nefrectomía adulto.

1. EQUIPO MÉDICO

Se requiere Equipo Médico para las Unidades Médicas de Delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad, puesta en operación que aseguren la realización de los procedimientos de Mínima Invasión, para lo cual se requiere de equipos nuevos o en el caso de equipos usados, deberán de cumplir con 8 años de su fabricación, cubriendo la vigencia del contrato 2020-2022, entregando en la propuesta técnica el **ANEXO T 30 "Carta Compromiso de Equipo Médico que avale los 8 Años de Fabricación (a partir de 2016)"**, de acuerdo a lo establecido en los parámetros, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 15 de agosto de 2012, que menciona que el equipo debe encontrarse en óptimas condiciones para la prestación del servicio, conforme a las especificaciones técnicas del **ANEXO T2 "Equipo Médico".**

Se permitirá mantener los equipos, si estos cumplen 5 (cinco) años de fabricación dentro de los últimos 12 meses de la vigencia del contrato, cumpliendo con el debido mantenimiento preventivo y correctivo para garantizar la continuidad del servicio médico integral o sustitución con equipo usado, debiendo de comprobar en ambas situaciones la funcionalidad del equipo, mediante bitácora de servicio de mantenimiento del equipo sustituto, en el cual se asegure que este no ha tenido más de tres fallas consecutivas durante la prestación del servicio, conforme al **ANEXO T 30 "Carta Compromiso de Equipo Médico que avale los 8 Años de Fabricación (a partir de 2016)."**

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 **90 (Noventa)** días naturales **siguientes, contados a partir de la emisión del fallo**, en las Unidades Médicas, conforme distribución establecida en el **ANEXO T11. "Guía De Distribución de Equipo Médico e Instrumental por Unidad Médica"**.

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 and Drug Administration FDA y/o la Comunidad Económica Europea CEE, según corresponda.

Los licitantes deberán entregar al Jefe de Servicio o Coordinador Clínico 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**, a través del **ANEXO T 17 "Relación de Marcas, Modelos y Manual del fabricante del Equipo Médico".**
Los anexos técnicos, folletos, catálogos, fotografías, imágenes, instructivos y/o manuales del fabricante, así como aquellos que presente en su proposición técnica, tales como certificados y cartas 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.
La instalación y puesta a punto de los equipos solicitados para la prestación del servicio, será estricta responsabilidad del licitante adjudicado, cuya supervisión estará a cargo del **SUPERVISOR EN INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTOS** por parte del proveedor y del Administrador del Contrato por parte del IMSS.

1.1 MEJORAS TECNOLÓGICAS

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 Servicio o Coordinador Clínico de la Unidad Médica, de considerar viable el área requirente 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 al personal del Instituto que lo requiera sin costo adicional y sin afectar la continuidad de la prestación del servicio.

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

En el caso del Paquete 2, el licitante deberá presentar el **ANEXO T25 "Manual de Desinfección de Alto Nivel"** (DAN), para los endoscopios, que utilizará para la prestación del servicio en las unidades médicas institucionales y formará parte de la Metodología de su Plan Trabajo. El licitante adjudicado deberá presentar al Jefe o Responsable del Servicio de Endoscopia para su revisión y aprobación el **"Manual de Desinfección de Alto Nivel" (DAN)**, y estar disponible en cada unidad de endoscopia, 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,** para que sus técnicos en endoscopia lleven a cabo el procedimiento de desinfección y esterilización de los endoscopios y pinzas reusables.

1.2 DOCUMENTACIÓN REQUERIDA DEL EQUIPO MÉDICO:

1.2.1 El licitante deberá presentar como parte de su Propuesta Técnica, copia simple de los registros sanitarios en anverso y reverso, vigentes y su última actualización (refrendo o prórroga según corresponda) expedidos por la COFEPRIS. En su caso carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del titular del registro en donde bajo protesta de decir verdad, manifieste el trámite de prórroga, de los equipos médicos ofertados, debidamente identificados y referenciados conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud, con vigencia de cinco años del equipo médico contenido en el **ANEXO T2 "Equipo Médico"**. Así como copias simples del oficio de registro sanitario sometido a prórroga y el acuse de recibo del trámite de prórroga del registro sanitario presentado ante la COFEPRIS.

En el caso de que algún equipo no requiera de registro sanitario el licitante deberá presentar documento expedido por la COFEPRIS o publicado en el DOF, que el insumo señalado no requiere de registro sanitario.

1.2.2 Para efectos de evaluación se requiere presentar el contenido referenciado de los folletos, catálogos, manual o referencia gráfica del equipo médico, en idioma del país de origen, con su traducción simple al español, aceptando únicamente la Portada del documento sustento de la referencia así como la página donde se encuentre la especificación solicitada conforme a lo establecido en el **ANEXO T2 "Equipo Médico".**

1.2.3 Del equipo Médico Ofertado deberá presentar copia simple del Certificado FDA vigente o el CE 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 el equipo.

1.2.4 Carta(s) de compromiso solidario del fabricante o distribuidor autorizado del equipo médico, conforme al formato contenido en el **ANEXO T20 "Carta Compromiso Solidario Equipo Médico"**.

Todos estos documentos serán presentados en el **ANEXO T23.1 "Formato de Presentación de Propuesta Técnica Equipo Médico" Y ANEXO T24.1 "Formato de Presentación Propuesta Documental Equipo Médico".**

1.2.5 Escrito en el que el licitante manifieste que se compromete en caso de resultar adjudicado y dentro de su propuesta oferte equipos nuevos, a entregar al Administrador del Contrato, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la emisión del fallo, copia simple del **aviso de importación y/o factura** de los equipos que entregue. Para el caso de que el servicio propuesto lo ofrezca con equipos usados con un máximo de 8 años de fabricación, deberá entregar copia simple de este aviso de importación y/o factura como parte de su Propuesta Técnica; así como los archivos electrónicos con los datos solicitados en los siguientes anexos:
ANEXO T 17 "Relación de Marcas, Modelos y Manual del fabricante del Equipo Médico".
ANEXO T 30 "Carta Compromiso de Equipo Médico que avale los 8 Años de Fabricación (a partir 2016)."

La forma de presentación de la documentación para llenar el **ANEXO T23.1 "Formato de presentación propuesta técnica equipo Médico"** que se llevará a cabo a través de Compranet y para pronta referencia de los numerales **1.2.1, al 1.2.5** deberá de ser presentada en archivos diferenciados, debiendo identificarse con el número, asignado en el **ANEXO T2 "Equipo Médico",** seguido del nombre del equipo que se esté proponiendo.

Ejemplo: Propuesta Técnica, ANEXO (T23.1)

Nombre de la carpeta: 2.2 Videogastroscopio

rpeta:



1.2.2 Folleto o catálogo o referencia gráfica o manual (se acepta Portada o página donde se encuentre referenciada la Especificación técnica)

Ejemplo: Propuesta Documental, (ANEXO T24.1)

Nombre de la carpeta: 2.2 Videogastroscopio

a:



1.2.1 Registro sanitario

1.2.3 Certificado FDA o CE o Buenas Prácticas o ISO-9001:2015 o ISO-13485:2016

1.2.4 Carta de compromiso solidario

1.2.5 Escrito de compromiso, de entregar copia simple de aviso de importación y/o factura para equipos nuevos, o aviso de importación para equipos usados.

Y de esta manera debe de presentarse tantas carpetas sean necesarias acorde al número de equipos médicos que se estén proponiendo de acuerdo al **ANEXO T 23.1 "Formato de Presentación Propuesta Técnica Equipo Médico"** y **ANEXO T24.1 "Formato de Presentación Propuesta Documental Equipo Médico"**

1.3 ADECUACIÓN DEL ÁREA, INSTALACIÓN Y PUESTA A PUNTO DEL EQUIPO MÉDICO

El Instituto facilitará al licitante adjudicado, dentro de los 5 días naturales posteriores, contados a partir de 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, del paquete 1, paquete 3 y paquete 4, con el que proporcionará el **SMI de PMI**, durante la vigencia del contrato. Para el paquete 2, paquete 5 y paquete 6 un espacio físico accesible al área de endoscopia de la Unidad Médica, a título gratuito, 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.

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

La instalación y puesta a punto de los equipos solicitados para la prestación del servicio integral, será estricta responsabilidad del licitante adjudicado, cuya verificación estará a cargo del **Supervisor en Instalación y Mantenimiento**, quien será el responsable designado por parte del proveedor, de acuerdo al formato contenido en el **ANEXO T19 "Designación de Supervisor en Instalación y Mantenimiento"**, 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",** cuidando que sean compatibles con el Catálogo Institucional (Cuadro Básico Institucional de Equipo Médico IMSS vigente a la fecha de publicación) o Cuadro básico interinstitucional o las Cédulas Técnicas del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) y haber sido ensamblado de manera integral en el país de origen; y por parte del Instituto estará a cargo del **Administrador del Contrato**, que se apoyará con el Jefe de Quirófano y de Endoscopía, para la Entrega-recepción, para lo cual como evidencia firmarán ambos personajes el formato contenido en el **ANEXO T7 "Recepción de Equipos"**, con lo que se oficializa la entrega , ya que en caso de que el equipo no se encuentre en plena capacidad de funcionamiento se levantará el Acta Informativa, para hacer constancia de los motivos y razones de la **no aceptación y recepción del equipo**, dándose como notificado el Proveedor a partir de ese momento, el cual deberá corregir las deficiencias motivos del rechazo del equipo durante las siguientes 48 horas, con la finalidad de que se dé inicio cabal a la prestación del servicio al día natural 81 (ochenta y uno), contados a partir de la emisión del fallo.

Por lo que una vez que se conozca al licitante adjudicado, esta deberá informar por escrito al Administrador del Contrato, en un plazo no mayor de 48 horas contadas a partir de la emisión del fallo, la designación del **Supervisor En Instalación Y Mantenimiento**, que deberá coordinar las acciones en las Unidades Médicas asignadas, para que el servicio se preste a entera satisfacción del Instituto.

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 al Administrador del Contrato, adjuntando su acreditación, para lo cual el área Requirente evaluará su procedencia a fin de estar en condiciones de

pronunciarse según corresponda, a fin de dar por recibido el equipo médico cuando las causas que generaron el retraso en la recepción queden resueltas.

2. INSTRUMENTAL

En el **ANEXO T3 "Catálogo de Sets Instrumental"** del presente documento, se describen los sets de instrumental para las Unidades Médicas que el licitante deberá suministrar **a más tardar el día 80** natural posterior**, contados a partir de la emisión del fallo,** para llevar a cabo los procedimientos contenidos en el Catálogo de Procedimientos de las Unidades Médicas, conforme al **ANEXO T11 "Guías de Distribución de Equipo Médico e Instrumental por Unidad Médica"**.

▪ 2.1 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTAL

En el caso de instrumental, se acepta una variación de +/- 10% en las medidas de acuerdo con lo dispuesto en el Cuadro Básico Institucional de Instrumental 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 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.

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

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" del presente documento, cuyo control se realizará a través del formato contenido en el **ANEXO T5 "Reporte de Mantenimiento Preventivo de los equipos médicos e instrumental"**, el cual llevará la firma de conformidad del Jefe de Servicio, Jefe de Conservación y Representante del Proveedor y formará parte de la Metodología del Plan de Trabajo.

El Programa de Mantenimiento Preventivo y reemplazo oportuno del instrumental, incluirá una revisión periódica de al menos **cada 2 (dos) meses o antes de ser solicitado** conforme al uso y condiciones del instrumental, con una planeación de reemplazo de aquellas piezas que estén deterioradas.

Las pinzas reusables deberán ser remplazadas conforme al desgaste por uso o por deficiencia en la funcionalidad y ser estrictamente compatibles con los ofertados, lo cual se registrará mediante el formato contenido en el **ANEXO T5 "Reporte de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Médicos e Instrumental"**. Sin costo adicional para el Instituto.

El licitante deberá presentar el **Manual de Desinfección de Alto Nivel (DAN)** al Jefe o Responsable del Servicio de Endoscopia para su revisión y aprobación, mediante el formato contenido en el **ANEXO T25 "Manual de Desinfección de Alto Nivel (DAN)"**, para las pinzas reusables, que utilizará para la prestación del servicio en las unidades institucionales y formará parte de la Metodología de su Plan Trabajo. El licitante deberá acreditar que sus técnicos en endoscopia conocen y saben llevar a cabo el procedimiento de desinfección y esterilización de los endoscopios y pinzas reusables.

Además de tenerlo disponible en cada unidad de endoscopia 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.**

2.2 DOCUMENTACIÓN DEL INSTRUMENTAL REQUERIDO

2.2.1 El licitante deberá presentar como parte de su Propuesta Técnica, copia simple de los registros sanitarios en anverso y reverso, vigentes y su última actualización (refrendo o prórroga según corresponda) expedidos por la COFEPRIS. En su caso carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del titular del registro en donde bajo protesta de decir verdad, manifieste el trámite de prórroga, del instrumental debidamente identificados y referenciados conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud, con vigencia de cinco años del instrumental contenido en el **ANEXO T3 "Catálogo de Sets Instrumental"**. Así como copias simples del oficio de registro sanitario sometido a prórroga y el acuse de recibo del trámite de prórroga del registro sanitario presentado ante la COFEPRIS.

En el caso de que algún instrumental no requiera de registro sanitario el licitante deberá presentar documento expedido por la COFEPRIS o publicado en el DOF, en el que se señale que el insumo señalado no requiere de registro sanitario.

2.2.2 Para efectos de evaluación se requiere presentar el contenido referenciado de los folletos, catálogos o referencia gráfica actualizado a la fecha de la publicación de la convocatoria, emitido por el fabricante del instrumental o manual, con su traducción simple al español, aceptando únicamente la Portada del documento sustento de la referencia, así como la página donde se encuentre la especificación solicitada, en idioma del país de origen, conforme a lo establecido en el **ANEXO T3 "Catálogo de Sets Instrumental".**

2.2.3 Del instrumental requerido deberá presentar copia simple del Certificado FDA vigente o el CE 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 el instrumental.

2.2.4 Carta(s) de compromiso solidario del fabricante o distribuidor autorizado del instrumental, este escrito deberá apegarse al formato de Carta de Apoyo Solidario, **ANEXO T21 "Carta Compromiso Solidario, Instrumental"**.

La forma de presentación de la documentación para llenar el **ANEXO T23.2 "Formato de presentación propuesta técnica Instrumental "** que se llevará a cabo a través Compranet y para pronta referencia de los numerales **2.2.1 al 2.2.4** debe de ser presentada en archivos diferenciados, en donde en cada archivo estarán cada uno de los documentos solicitados en los incisos, debiendo identificar con el número, asignado en el **ANEXO T3 "Catálogo de Sets Instrumental",** seguido del nombre del Set y a continuación del instrumento quirúrgico que se esté proponiendo. La carpeta que se esté presentando deberá **resaltar los datos** y **especificaciones** solicitadas en cada inciso y que pertenecen al instrumental que se esté tratando en cada carpeta, para el caso de presentación en conjunto o familia de instrumental **deberá resaltarse** las características solicitadas del instrumental referenciado en el **ANEXO T3 "Catálogo de Sets Instrumental".**

Ejemplo: Propuesta Técnica (ANEXO T23.2)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

Ejemplo 1:

Nombre de la carpeta: Artros 1 Gancho Palpador para pequeñas articulaciones
Contenido de la Carpeta:



Artros 1 Gancho Palpador

2.2.2 Folleto o catálogo o referencia gráfica o manual (Se acepta portada y página donde se encuentre referenciada la especificación técnica)

O Ejemplo 2:

Nombre de la carpeta: Set de Artros 1

En Familia o Conjunto del total del instrumental de este set, resaltando las características solicitadas en cada documento

Contenido de la Carpeta:

Artros 1 Set de Artros 1



2.2.2 Folleto o catálogo o referencia gráfica o manual (Se acepta portada y página donde se encuentre referenciada la especificación técnica)

Ejemplo: Propuesta Documental (ANEXO T24.2)

Ejemplo 1:

Nombre de la carpeta: Artros 1 Gancho Palpador para pequeñas articulaciones

Artros 1 Gancho Palpador **o de la Carpeta:**



2.2.1 Registro sanitario
2.2.3 Certificado FDA o CE o, Buenas Prácticas o ISO-9001:2015 o ISO-13485:2016

2.2.4 Carta de compromiso solidario

O Ejemplo 2:

Nombre de la carpeta: Set de Artros 1
En Familia o Conjunto del total del instrumental de este set, resaltando las características solicitadas en cada documento
Contenido de la Carpeta:



Artros 1 Set de Artros 1

2.2.1 Registro sanitario
2.2.3 Certificado FDA o CE o Buenas Prácticas o ISO-9001:2015 o ISO-13485:2016

2.2.4 Carta de compromiso solidario

Y de esta manera debe de presentarse tantas carpetas sean necesarias acorde al número de instrumental o sets que se estén proponiendo de acuerdo al **ANEXO T 23.2 "Formato de Presentación Propuesta Técnica Instrumental"** y **ANEXO T24.2 "Formato de Presentación Propuesta Documental Instrumental"**.

3. BIENES DE CONSUMO BÁSICOS

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 Básicos y Complementarios"** 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".**

El licitante adjudicado deberá tener a disposición la primera entrega de bienes de consumo básicos, debiendo entregarse a más tardar **dentro del día 80 (ochenta)** natural posterior a la emisión del fallo, en cada una de las Unidades Médicas, según **ANEXO T 12 "Catálogo de Unidades Médicas",** y se hará constar en el **ANEXO T13 "Control de Entrega Recepción de Bienes de Consumo Básico"**, 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, 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 **ANEXO T13 "Control de Entrega Recepción de Bienes de Consumo Básico"**, del presente documento.

Se deberá garantizar la disponibilidad de los bienes de consumo básicos 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 al **ANEXO T 12 "Catálogo de Unidades Médicas".**

El Jefe de Servicio 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 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 Básicos y Complementarios".** 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,** 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 **ANEXO T16 "Reporte de Incidencias".**

Si alguno de los bienes de consumo básico 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 básicos y complementarios"** en el caso de los números progresivos unificados con varios insumos se debe de entender que es uno u otro, el bien de consumo a utilizar, y en la cantidad especificada en la columna derecha, por ejemplo:

No	Descripción	Cantidad
1	Set de gastrostomía endoscópica percutánea, de 20 a 24 fr. Con accesorios para colocación.	1
	Set de gastrostomía endoscópica percutánea, de colocación inicial estándar, 20 fr. Por método de tracción y accesorios para colocación.	
	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
1	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
	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	
	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

▪ 3.1 DOCUMENTACIÓN REQUERIDA DE LOS BIENES DE CONSUMO BÁSICOS

3.1.1 El licitante deberá presentar como parte de su Propuesta Técnica, copia simple de los registros sanitarios en anverso y reverso, vigentes y su última actualización (refrendo o prórroga según corresponda) expedidos por la COFEPRIS de los bienes de consumo básicos. En su caso carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del titular del registro en donde bajo protesta de decir verdad, manifieste el trámite de prórroga de los bienes de consumo básicos debidamente identificados y referenciados conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud, con vigencia de cinco años de los bienes de consumo contenidos en el **ANEXO T4 "Catálogo de Bienes de Consumo Básicos y Complementarios".** Así como copias simples del oficio de registro sanitario sometido a prórroga y el acuse de recibo de dicho trámite de registro sanitario presentado ante de la COFEPRIS. En el caso de que algún Bien de Consumo no requiera de registro sanitario el licitante deberá presentar documento expedido por la COFEPRIS o publicado en el DOF, que el insumo señalado no requiere de registro sanitario.

3.1.2 Para efectos de evaluación se requiere presentar el contenido referenciado de los folletos o catálogos o referencia gráfica o manual de los bienes de consumo, con su traducción simple al español, aceptando únicamente la Portada del

documento sustento de la referencia así como la página donde se encuentre la especificación solicitada, en idioma del país de origen, conforme a lo establecido en el **ANEXO T4 "Catálogo de Bienes de Consumo Básicos y Complementarios".**

3.1.3 De los bienes de consumo deberá presentar copia simple del Certificado FDA vigente o el CE o Certificado de Calidad de Buenas Prácticas de Manufactura de COFEPRIS o ISO-90012015de 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 el bien de consumo.

3.1.4 Carta(s) de compromiso solidario del fabricante o distribuidor autorizado de los bienes de consumo, este escrito deberá apegarse al formato de Carta de Apoyo Solidario, **ANEXO T22 "Carta compromiso solidario, bienes de consumo básico o complementario".**

La forma de presentación de la documentación para llenar el **ANEXO T23.3. "Formato de presentación propuesta Técnica Bienes de Consumo"** que se llevará a cabo en Compranet y para pronta referencia de los numerales 3.1.1 al 3.1.4 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 Básico y Complementarios",** seguido del nombre del Bien de Consumo que se esté proponiendo.
Y de esta manera debe de presentarse tantas carpetas sean necesarias acorde al número de Bienes de Consumo que se estén proponiendo de acuerdo al **ANEXO T23.3 "Formato Presentación Propuesta Técnica Bienes de consumo"** y **ANEXO T24.3 "Formato de Presentación Propuesta Documental Bienes de Consumo"**

4. BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS

En el caso de los bienes de consumo complementarios deberá ajustarse a los requerimientos establecidos para cada Unidad Médica con base al **ANEXO T1 "Requerimientos del "Servicio Médico Integral de Procedimientos y Bienes Complementarios por Unidad Médica",** debiéndose entregar a solicitud del Administrador del Contrato y se hará constar en el **ANEXO T 10 "Control Semanal de Entrega de Bienes de Consumo Complementarios".**

Lo anterior para que los bienes de consumo se entreguen al momento del procedimiento, nuevos y en óptimas condiciones para su uso, de acuerdo al tipo de procedimiento programado en cada Unidad Médica.

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 al ANEXO T14 "Reporte individual de procedimientos y Bienes de consumo Complementarios",** y serán foliados y facturados por separado.

4.1 DOCUMENTACIÓN REQUERIDA DE LOS BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS

4.1.1 El licitante deberá presentar como parte de su Propuesta Técnica, copia simple de los registros sanitarios en anverso y reverso, vigentes y su última actualización (refrendo o prórroga según corresponda) expedidos por la COFEPRIS. En su caso carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del titular del registro en donde bajo protesta de decir verdad, manifieste el trámite de prórroga de los bienes de consumo ofertados, debidamente identificados y referenciados conforme

al artículo 376 de la Ley General de Salud, con vigencia de cinco años de los bienes de consumo contenidos en el **ANEXO T4 "Catálogo de Bienes de Consumo Básicos y Complementarios".** Así como copias simples del oficio de registro sanitario sometido a prórroga y el acuse de recibo de dicho trámite de registro sanitario presentado ante de la COFEPRIS. En el caso de que algún Bien de Consumo no requiera de registro sanitario el licitante deberá presentar documento expedido por la COFEPRIS o publicado en el DOF, que el insumo señalado no requiere de registro sanitario.

4.1.2 Para efectos de evaluación se requiere presentar el contenido referenciado de los folletos o catálogos o referencia gráfica o manual de los bienes de consumo, con su traducción simple al español, aceptando únicamente la Portada del documento sustento de la referencia así como la página donde se encuentre la especificación solicitada, en idioma del país de origen, conforme a lo establecido en el **ANEXO T4 "Catálogo de Bienes de Consumo Básicos y Complementarios".**

4.1.3 De los bienes de consumo ofertados deberá presentar copia simple del Certificado FDA vigente o el CE 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 el bien de consumo.

4.1.4 Carta(s) de compromiso solidario del fabricante o distribuidor autorizado de los bienes de consumo, este escrito deberá apegarse al formato de Carta de Apoyo Solidario, **ANEXO T22 "Carta compromiso solidario, bienes de consumo básico o complementario".** Todos estos documentos serán presentados en los **ANEXOS T23.3 "Formato de Presentación de Propuesta Técnica Bienes de Consumo y ANEXO T24.3 "Formato de Presentación de Propuesta Técnica Documental de Bienes de Consumo"**

Los licitantes deberán presentar las marcas y modelos de los bienes de consumo que utilizan para la prestación del servicio, así como las especificaciones del contacto del fabricante o distribuidor de los mismos, llenado el **ANEXO T18 "Relación de Marcas y Modelos de Bienes de Consumo Complementarios".** Este anexo deberá ser entregado a más tardar a los 90 días naturales posteriores a la emisión del fallo.

La forma de presentación de la documentación para llenar el **ANEXO T23.3.1 "Formato de presentación propuesta Técnica Bienes de Consumo Complementarios "** 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 Básico y Complementarios",** seguido del nombre del Bien de Consumo que se esté proponiendo.

Ejemplo: Propuesta Técnica (ANEXO T23.3.1)
Ejemplo:

Nombre de la Carpeta: 1. Aguja de Veres.
Contenido de la Carpeta:



1 Aguja de Veress

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

Ejemplo: Propuesta Documental (ANEXO T24.3.1)

Ejemplo:

Nombre de la Carpeta: 1. Aguja de Veress.
Contenido de la Carpeta:



1 Aguja de Veress

4.1.1 Registro sanitario
4.1.3 Certificado FDA o CE o Buenas Prácticas o ISO-9001:2015 o ISO-13485:2016
4.1.4 Carta de compromiso solidario

Y de esta manera debe de presentarse tantas carpetas sean necesarias acorde al número de Bienes de Consumo que se estén proponiendo de acuerdo al **ANEXO T23.3.1 "Formato Presentación Propuesta Técnica Bienes de consumo Complementarios"** y **ANEXO T24.3.1 "Formato de Presentación Propuesta Documental Bienes de Consumo Complementarios"**

5. SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO

El licitante adjudicado deberá mantener los equipos médicos e instrumental en óptimas condiciones, en cumplimiento del numeral **5.2** de la **NOM-026-SSA3-2012, para la "Práctica de la Cirugía Mayor Ambulatoria"**, en donde las unidades que cuenten con este servicio deben acatar los lineamientos que a la letra dice: **"Todo el equipamiento médico debe estar sujeto a mantenimiento preventivo y correctivo".**

El licitante deberá considerar y favorecer 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:

5.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO

El licitante adjudicado considerará la realización del Mantenimiento Preventivo por lo menos cada 2 (dos) meses o antes de ser necesario, con la finalidad de mantener o alcanzar los criterios de certificación según lo marca el Consejo de Salubridad General **(CSG).**

Por lo que informará por escrito a los Jefes de Servicio de Cirugía/Endoscopia de la Unidad Médica y Jefe de Conservación, durante los primeros **15 (quince) días naturales posteriores a partir de la emisión del fallo**, el Programa de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Médicos, se realizará como el manual de operación del **FABRICANTE** sugiera, en caso de no estar especificado y de así considerarlo el área Requirente autorizará por medio del Administrador del contrato, se realicen los ajustes que procedan, al siguiente:

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

AÑO 2020-2022					
1 SEMESTRE	2 SEMESTRE	1 SEMESTRE	2 SEMESTRE	1 SEMESTRE	2 SEMESTRE

Es preciso señalar que la fecha específica de mantenimiento no podrá rebasar del mes señalado (alternando por semana, las unidades de una misma partida, dependiendo del volumen) 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 **ANEXO T5 "Reporte de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Médicos e Instrumental"**. Dicho mantenimiento deberá ser supervisado por el Jefe de Servicio de Cirugía/Endoscopia y Jefe de Conservación de la Unidad Médica, quien remitirá el reporte correspondiente al Administrador del Contrato, una vez avalado mediante su firma autógrafa. 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.

5.2 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 e instrumental.
El licitante 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 sustituir los equipos o instrumental, por otros de las mismas especificaciones técnicas, esto deberá realizarse en un plazo máximo de 48 (cuarenta y ocho) horas, contadas a partir de la notificación del reporte que el Instituto realice vía telefónica y correo electrónico, donde se asignará el número de folio correspondiente. Dicho mantenimiento deberá ser supervisado por el Jefe de Servicio o Coordinador Clínico y Jefe de Conservación de la Unidad Médica y avalado mediante firma autógrafa en el **ANEXO T6 "Reporte de Mantenimiento Correctivo de los Equipos Médicos e Instrumental".**

Para dar atención a los reportes en el caso de fallas del equipo médico e instrumental , el licitante deberá efectuar las reparaciones necesarias con piezas nuevas y originales o sustituir los equipos e instrumental por otros de las mismas especificaciones técnicas, en un plazo máximo de 48 (cuarenta y ocho) horas, para el caso de la Ciudad de México y su área conurbada como son las siguientes Ciudades: Guadalajara, Monterrey, Mérida, Veracruz, Obregón, Torreón, Coahuila, León, Guanajuato y Puebla y 72 (setenta y dos) horas para las áreas rurales del interior de la República, contadas a partir de la notificación del reporte que el Instituto realice vía telefónica y correo electrónico, donde se asignará el número de folio correspondiente, lo cual se hará mediante el **ANEXO T16 "Reporte de Incidencias",**.
Dicho mantenimiento deberá ser supervisado por el Jefe de Servicio y/o Jefe de Conservación de la unidad y avalado mediante firma autógrafa en los anexos antes mencionados.

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 mejores características, lo cual se hará mediante el **ANEXO T16 "Reporte de Incidencias."**

Para aquellos equipos médicos o instrumental que tengan en un periodo de treinta días, cuatro incidencias correctivas será motivo para sustituir por equipo nuevo lo cual se hará mediante el **ANEXO T16 "Reporte de Incidencias.**

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.

6. ASISTENCIA TÉCNICA

El licitante deberá de presentar el Certificado de Gestión de Calidad ISO-900:2015 o ISO-13485:2016 en Servicios Integrales, como parte de su Propuesta Técnica. Este deberá de ser entregado al momento de su propuesta en el ANEXO T24.4 "Formato de Presentación de Propuesta Documental" conforme lo establece este documento para su pronta referencia y evaluación.

Para la preparación y puesta en uso de los equipos, instrumental y bienes de consumo en los procedimientos de Mínima Invasión, el licitante adjudicado deberá proporcionar la asistencia técnica necesaria, para el uso óptimo de los equipos médicos, accesorios e instrumental y bienes de consumo, en las Unidades Médicas del Instituto con Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión.

El licitante adjudicado deberá designar TÉCNICOS capacitados en Procedimientos de Mínima Invasión y deberá comprobarlo mediante la entrega de diplomas o constancias expedidas por el fabricante o centros de capacitación reconocida por los mismos, dando cobertura a los turnos matutino vespertino, nocturno y jornada acumulada, conforme a la programación y necesidades de las Unidades Médicas institucionales, para que asistan logísticamente al personal del Instituto en todos los procedimientos.

Este personal deberá permanecer en las salas Quirúrgicas o de Endoscopia según corresponda, y estar disponible de acuerdo a la programación de los procedimientos.

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:

6.1 ACTIVIDADES ASISTENCIALES DEL TÉCNICO DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN.

- **Previo al procedimiento;** El Técnico del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión deberá presentarse:

Turno matutino con inicio de actividades a las 7:30 a.m.

El número de Técnicos del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión en el caso del Paquete 1 , es de 1 técnico por cada 2 torres de visualización asignada, para el caso del Paquete 3 será de 1 técnico por cada 2 equipos de facoemulsificación o vitrectomía, como se muestra en la siguiente Tabla:

Indicador de Personal Técnico del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión del Paquete 1, y 3	
No. de Técnicos	No. de Torres de Visualización/Facoemulsificador/Vitrector a Cargo

1	1 a 2
2	3 a 4

En el caso del Paquete 2 de Endoscopia, debe de haber 1 técnico por cada sala de endoscopía. En los Paquetes 4 y 5 el área para realizar estos procedimientos podrán o no, ser diferentes al área de Endoscopia de acuerdo a la infraestructura de cada unidad médica.

Turno **vespertino** el horario de inicio es a las 13:30 p.m. En este turno deberá coordinarse con el Jefe de Servicio de Cirugía/endoscopia de la Unidad Médica para precisar el horario.

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

Turno **Nocturno y Jornada Acumulada** fin de semana, en el caso de que la Unidad Médica cuente con estos turnos y modalidad acumulada, deberá el licitante adjudicado y de mutuo acuerdo con el Jefe de Cirugía/Endoscopia establecer los horarios y mecanismos de comunicación para llevar a cabo los procedimientos en estos horarios.

Urgencias Médicas, por su naturaleza médica no pueden ser programadas y estas deben de ser consensadas de mutuo acuerdo con el Jefe de Cirugía/Endoscopia para ser atendidas por el licitante adjudicado.

- **Durante el procedimiento deberá**

Observación activa del óptimo funcionamiento de los elementos descritos, tales como equipo médico en operación, instrumental y bienes de consumo.

Asistencia técnica al Cirujano/Endoscopista con respecto a la provisión de insumos, manejando los bienes de consumo como lo indica el fabricante y respetando los lineamientos del quirófano/sala de endoscopia.

- **Posterior al procedimiento**

Limpieza del set de instrumental y equipo según corresponda.

Entregar limpio y ensamblado el set de instrumental, quien será responsable de llevar a cabo el proceso de esterilización.

En el caso del Paquete 2 Endoscopias de Aparato Respiratorio y Digestivo, Paquete 4 Cápsula Endoscópica y Paquete 5 Procedimientos Funcionales Digestivos, es obligación del Técnico del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión entregar limpio, ensamblado y esterilizado el instrumental para los procedimientos endoscópicos según la programación quirúrgica, 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 los mismos en forma automática o el lavado mecánico antes descrito.

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 a la NOM 087 Manejo de Residuos Peligrosos y Biológico Infecciosos. El Técnico del Servicio Médico Integral de Procedimientos de

Mínima Invasión 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 del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión designado por el licitante será el responsable retirar la **Etiqueta** del bien de consumo para pegarlo al **ANEXO T14 "Reporte Individual de Procedimientos y Bienes de Consumo Complementarios".**

Es obligación del Técnico del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión entregar limpio, ensamblado y esterilizado el instrumental para los procedimientos según la programación quirúrgica/endoscópica, con el siguiente procedimiento:

El Técnico del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión 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.

6.2.-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. **ANEXO T 27"Información de los contenidos y requerimientos de la unidad médica asignada a proporcionar en el SMI DE PMI".**

c) El Jefe de Servicio permitirá el acceso al Técnico del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión 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 básicos y complementarios utilizados, comprobando el uso de estos últimos, mediante la **etiqueta correspondiente**, la cual deberá de anexarse al **ANEXO T14. "Reporte Individual de Procedimientos y Bienes de Consumo Complementarios"**.

e) Generar el Reporte Mensual conforme al **ANEXO 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, **ANEXO 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 de Servicio de Cirugía/Endoscopia de la Unidad Médica según el caso, para su facturación mensual.

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.**

6.3 SUPERVISIÓN EN INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTOS.

El licitante adjudicado, a través de su SUPERVISOR EN INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO, el cual se requiere sea un Técnico Profesional Capacitado, 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 establecido, el Instituto llevará a cabo el control a través de la bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo, **ANEXO T5 "Reporte de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Médicos e Instrumental"**, lo mismo hará cuando se lleven a cabo los mantenimientos correctivos **ANEXO 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, Jefe de Servicio de Cirugía /Endoscopia de la Unidad Médica y el Jefe de Conservación.

6.4 APOYO A LA OPERACIÓN

Con el fin de realizar eficientemente la prestación del Servicio Médico Integral y facilitar al Instituto su verificación durante la vigencia del contrato, el Técnico del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión deberá:

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

b- El licitante adjudicado deberá proporcionar un número telefónico y correo electrónico a cada una de las Unidades Médicas del Instituto para notificar las incidencias generadas en la prestación del servicio, con motivo de 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, **ANEXO T16 "Reporte de Incidencias"**.
En caso de existir cambios en el número telefónico y correo electrónico, estos serán notificados por escrito a la Unidad Médica, a través del Técnico del Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión asignado 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.

6.5 PERFIL DEL TÉCNICO DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE MÍNIMA INVASIÓN

El proveedor deberá de incluir en su propuesta la siguiente documentación:

6.5.1 **Currículum** en papel membretado y firmado por su representante legal del licitante asignado, en el que manifiesten que para la prestación del servicio cuentan con personal técnico capacitado y con experiencia prestando servicios de iguales o superiores características técnicas al que se pretende otorgar, el cual deberá ser mayor de 2 (dos) años. Este deberá de ser

entregado al momento de su propuesta en el **ANEXO T24.4 "Formato de Presentación de Propuesta Documental 6.5.1, 6.5.2, 6.5.3 y 6.5.4",** conforme lo establece este documento para su pronta referencia y evaluación.

6.5.2 Acreditar la **experiencia en la prestación del servicio**, deberá adjuntar al mismo al menos una copia simple de algún contrato o escritos de opinión con el que acredite experiencia o de haber prestado un servicio de características iguales o similares al servicio que se pretenda prestar o en su defecto se acepta Los contratos en cita podrán versar sobre distribución y/o venta de equipo médico y/o instrumental y/o bienes de consumo, y en mantenimiento o asistencia técnica. De los cuales podrá presentar al menos las hojas que contengan la siguiente información:

- Nombre del licitante;
- Institución pública o privada contratante;
- Objeto del contrato, con la descripción del servicio prestado;
- Periodo del contrato y/o la prestación del servicio;
- Firmas de las partes contratantes.

Este deberá de ser entregado al momento de su propuesta para su identificación en el **ANEXO T24.4 "Formato de Presentación de Propuesta Documental 6.5.1, 6.5.2, 6.5.3 y 6.5.4,** conforme lo establece este documento para su pronta referencia y evaluación.

6.5.3 Además el licitante deberá presentar el **Certificado de Gestión de Calidad** ISO 9001 2015 en Servicios Integrales, como parte de su Propuesta Técnica, validando de esta forma el desempeño de sus técnicos del servicio médico integral. Este deberá de ser entregado al momento de su propuesta para su identificación en el **ANEXO T24.4 "Formato de Presentación de Propuesta Documental 6.5.1, 6.5.2, 6.5.3 y 6.5.4",** conforme lo establece este documento para su pronta referencia y evaluación.

6.5.4 El Técnico deberá conocer y manejar el proceso de desinfección de alto nivel (DAN) o de esterilización que garantice la asepsia de los mismos en apego al **ANEXO T25 "Manual de Desinfección de Alto Nivel" (DAN)** para evitar infecciones o contagios en los pacientes y personal de salud, conforme a la Norma Oficial Mexicana 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.

Este deberá de ser integrado al momento de su propuesta, para su identificación en el **ANEXO T24.4 "Formato de Presentación de Propuesta Documental 6.5.1, 6.5.2, 6.5.3 y 6.5.4",** conforme lo establece este documento para su pronta referencia y evaluación.

Para la preparación y puesta en uso de los equipos, instrumental y bienes de consumo en los procedimientos de Mínima Invasión, el licitante adjudicado deberá proporcionar la asistencia técnica necesaria, para el uso óptimo de los equipos médicos, accesorios e instrumental y bienes de consumo, en las Unidades Médicas del Instituto con Servicio Médico Integral de Procedimientos de Mínima Invasión.

El licitante adjudicado deberá designar TÉCNICOS capacitados en Procedimientos de Mínima Invasión y deberá comprobarlo mediante la entrega de diplomas o constancias expedidas por el fabricante o centros de capacitación reconocida por los mismos, dando cobertura a los turnos matutino, vespertino nocturno y jornada acumulada, conforme a la programación y necesidades de las Unidades Médicas institucionales, para que **asistan logísticamente** al personal del Instituto en todos los procedimientos.

El licitante adjudicado deberá requisitar el **ANEXO T24.5 "Formato de Presentación de Propuesta Económica",** al momento de su propuesta económica, conforme lo establece este documento para su pronta referencia y evaluación.

7 CAPACITACIÓN TÉCNICA PREVIA Y CONTINUA

El licitante adjudicado deberá proporcionar capacitación al personal del Instituto para el uso de los equipos médicos, y manejo de los insumos en general, previo y durante la prestación del servicio.

La capacitación previa deberá otorgarse a partir del día 60 (sesenta) posterior al fallo y hasta la puesta a punto (una vez instalado el equipo en la unidad médica).

La capacitación continua se iniciará simultáneamente, posterior a la puesta a punto y debe considerarse su realización por lo menos una vez cada **tres meses,** cuya coordinación y supervisión estará a cargo del Jefe de Servicio o Coordinador Clínico de la Unidad Médica y será el responsable de proporcionar al Administrador del Contrato la lista del personal a capacitar.
El Administrador del Contrato, proporcionará **a más tardar el día 40 (cuarenta)** natural posterior al 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 elaborar el PROGRAMA DE CAPACITACIÓN utilizando contenido en el **ANEXO T8 "Programa de Capacitación",** que deberá entregar al Administrador del Contrato a más tardar el **día 45 (cuarenta y cinco)** natural posterior al fallo.

El **Programa de Capacitación,** deberá considerar Capacitación 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 Cirugía /Endoscopia de la Unidad Médica, con el Visto Bueno del Director de la Unidad y avalado por el Administrador del Contrato.

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 y la fecha podrá modificarse con 15 (quince) días naturales de anticipación, conforme a la notificación que por escrito realice el Jefe de Cirugía /Endoscopia de la Unidad Médica, a través del Administrador del Contrato al proveedor.

El control del Registro de Asistencia, se realizará mediante el formato contenido en el **ANEXO T9 "Registro de Asistencia de Capacitación",** el cual será avalado por el Jefe de Servicio de Cirugía /Endoscopia de la Unidad Médica al término de cada evento, quien la entregará al Administrador del Contrato.

Al término de la Capacitación, el proveedor extenderá constancia con las firmas del Instituto y del proveedor.

8 REPORTE MENSUAL DE LA PRODUCTIVIDAD PARA LA UNIDAD MÉDICA Y COORDINACIÓN TÉCNICA DE SERVICIOS INDIRECTOS

8.1.-CONTROL DE PRODUCTIVIDAD-PRESUPUESTO POR LA COORDINACIÓN TÉCNICA DE SERVICIOS INDIRECTOS (CPIM)

El Licitante Adjudicado deberá llenar en un Formulario por cada Procedimiento programado así como las modificaciones de los estatus del procedimiento "alta, baja o cambios", a través de su técnico del Servicio Médico Integral de Mínima Invasión, en la herramienta de gestión de información de la CTSI, que debe contener:

- Folio Servicio
- Clave Presupuestal de la Unidad Médica
- Localidad
- Fecha de Procedimiento (dd/mm/aaaa)
- Servicio Integral
- NSS (a diez dígitos o posiciones)
- Agregado Médico (a ocho dígitos o posiciones)
- Nombre del paciente
- Primer Apellido Paciente
- Segundo Apellido Paciente
- Fecha de Nacimiento del Paciente (dd/mm/aaaa)
- Sexo del Paciente
- Nombre Médico Tratante
- Primer Apellido Médico Tratante
- Segundo Apellido Médico Tratante
- Matricula Médico Tratante
- Número de Paquete
- Clave Procedimiento
- Tipo de procedimiento
- Motivo reprogramación
- Precio Unitario del Procedimiento
- Por cada Bien de Consumo Requerido del Procedimiento
    - Clave de Bien de Consumo Requerido del Procedimiento
    - Lote de Bien de Consumo Requerido del Procedimiento
    - Cantidad de Bien de Consumo Requerido del Procedimiento
- Por cada Bien de Consumo Complementario
    - Clave de Bien de Consumo Complementario
    - Lote de Bien de Consumo Complementario
    - Cantidad de Bien de Consumo Complementario
    - Precio Unitario del Bien de Consumo Complementario
- Incidencia
    - Fechas (dd/mm/aaaa)
    - Breve descripción incidencia
- Incapacidad
    - Folio de Incapacidad.
    - Fecha de inicio de Incapacidad (dd/mm/aaaa)
    - Días otorgados de incapacidad.

El proveedor deberá entregar Registro de la productividad de los procedimientos realizados, bienes de consumo básicos y bienes de consumo complementarios, y reportarlo en el **ANEXO T26 "Control de Productividad, Bienes básicos y de los Bienes consumo Complementarios de la Coordinación Técnica de Servicios Indirectos "(CTSI)**, mismo que deberá entregar a la Unidad Médica en físico y en archivo electrónico de manera mensual, a la CPIM como sustento de la productividad realizada en el periodo (Deberá de ser enviado durante los primeros 5 días hábiles de cada mes en Excel y PDF).

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.

Así como otro **Reporte que** deberá de ser enviado durante los primeros 5 días hábiles de cada mes en Excel y PDF y será generado en un formato de datos basado en el estándar ECMA-262 de JavaScript conocido como Json (JavaScript Object Notation) el cual es un formato de intercambio de datos ligero, basado en texto y en un subconjunto de notación literal del lenguaje de programación el cual presenta las siguientes características y ventajas:

- Ofrece tipos de datos escalares y la capacidad de expresar datos estructurados a través de matrices y objetos.
- Compatible con matrices nativas.
- Compatible con objetos nativos.
- Reconoce el valor null de forma nativa.
- Sin concepto de espacios de nombres. Los conflictos para asignar nombres se evitan generalmente mediante el anidado de objetos o el uso de un prefijo en el nombre de un miembro de objeto.
- Decisiones de formato sencillas. Proporciona una asignación mucho más directa para los datos de aplicación. La única excepción puede ser la ausencia del literal de fecha/hora.
- La sintaxis es muy concisa y da como resultado texto con formato en el que la mayor parte del espacio (con toda la razón) lo consumen los datos representados.
- No se necesita código de aplicación adicional para analizar texto; se puede usar la función eval de JavaScript

JSON está constituido por dos estructuras:

- Una colección de pares de nombre/valor. En varios lenguajes esto son conocido como un objeto, registro, estructura, diccionario, tabla hash, lista de claves o un arreglo asociativo.
- Una lista ordenada de valores. En la mayoría de los lenguajes, esto se implementa como arreglos, vectores, listas o secuencias.

Una vez que se tenga el archivo JSON, deberá ser comprimido en formato ZIP para que la transmisión sea mucho más rápida.

Para realizar la carga de un archivo en el módulo de carga de archivos será necesario que el usuario envíe tanto el archivo que contiene los datos a cargar en formato comprimido ZIP, como la suma de verificación (checksum) de dicho ZIP, para que una vez recibido el sistema recalcule la suma de verificación y con eso se valide que no haya discrepancias antes y después de la transmisión de datos. Para calcular la suma de verificación existen diferentes utilerías que están disponibles de manera libre.

Una suma de verificación (checksum), es una función hash que tienen como propósito principal detectar cambios accidentales en una secuencia de datos para proteger la integridad de estos. Lo anterior se logra verificando que no haya discrepancias entre los valores obtenidos mediante la función hash antes y después de la transmisión de los datos.

Una de las funciones hash que es popular para hacer la suma de verificación y que se usará en el módulo de carga es SHA-1. La familia SHA (Secure Hash Algorithm, Algoritmo de Hash Seguro) es un sistema de funciones hash criptográficas relacionadas de la Agencia de Seguridad Nacional de los Estados Unidos y publicadas por el National Institute of Standards and Technology (NIST).

Al ejecutar el algoritmo SHA-1 se produce una cadena de 20 bytes. Como ejemplo podemos ver que la salida de la cadena vacía es la siguiente: da39a3ee5e6b4b0d3255bfef95601890afd80709.

El reporte deberá contener mínimamente la siguiente información:

- Folio Servicio
- Clave Presupuestal de la Unidad Médica
- Localidad
- Fecha de Procedimiento (dd/mm/aaaa)
- Servicio Integral
- NSS (a diez dígitos o posiciones)
- Agregado Médico (a ocho dígitos o posiciones)
- Nombre del paciente
- Primer Apellido Paciente
- Segundo Apellido Paciente
- Fecha de Nacimiento del Paciente (dd/mm/aaaa)
- Sexo del Paciente
- Nombre Médico Tratante
- Primer Apellido Médico Tratante
- Segundo Apellido Médico Tratante
- Matricula Médico Tratante
- Número de Paquete
- Clave Procedimiento
- Tipo de procedimiento
- Motivo reprogramación
- Precio Unitario del Procedimiento
- Por cada Bien de Consumo Requerido del Procedimiento
  - Clave de Bien de Consumo Requerido del Procedimiento
  - Lote de Bien de Consumo Requerido del Procedimiento
  - Cantidad de Bien de Consumo Requerido del Procedimiento
- Por cada Bien de Consumo Complementario
  - Clave de Bien de Consumo Complementario
  - Lote de Bien de Consumo Complementario
  - Cantidad de Bien de Consumo Complementario
  - Precio Unitario del Bien de Consumo Complementario
- Incidencia
  - Fechas (dd/mm/aaaa)
  - Breve descripción incidencia
- Incapacidad
  - Folio de Incapacidad.
  - Fecha de inicio de Incapacidad (dd/mm/aaaa)
  - Días otorgados de incapacidad.

Dato	Nombre del objeto	Tipo de dato	Longitud del dato	Presentación del dato	Restricciones	Requerido/ Opcional	Catálogo S/N
Folio Servicio	Folio	string	12			Requerido	N
Clave Presupuestal de la Unidad Tratante	clavePresupuestal	string	12			Requerido	S
Localidad	Localidad	string	100			Opcional	N
Fecha de procedimiento	fechaEvento	string	-	Aaaa-mm-ddThh:mi:ss.SSS		Requerido	N
Servicio integral	claveServicio	number	-			Requerido	S

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

NSS	Nss	string	10			Requerido	N
Agregado Médico	agregadoMedico	string	8			Requerido	N
Nombre del paciente	nombrePaciente	string	50			Requerido	N
Primer Apellido Paciente	primerApellidoPaciente	string	50			Requerido	N
Segundo Apellido Paciente	segundoApellidoPaciente	string	50			Opcional	N
Fecha de Nacimiento del Paciente	fechaNacimiento	string	-	Aaaa-mm-ddThh:mi:ss.SSS		Requerido	N
Sexo del Paciente	claveSexo	number	-			Requerido	S
Datos del médico	medicoTratante	object				Requerido	
Nombre Médico Tratante	Nombre	string	50			Requerido	N
Primer Apellido Médico Tratante	primerApellido	string	50			Requerido	N
Segundo Apellido Médico Tratante	segundoApellido	string	50			Opcional	N
Matricula Médico Tratante	matricula	string	15			Requerido	S
Número de paquete	clavepaquete	number	-			Requerido	
Clave Procedimiento	claveProcedimiento	string	10			Requerido	S
Tipo de Procedimiento	tipoProcedimiento	number	-			Requerido	S
Motivo de Reprogramación	motivo	number	-			Opcional	S
Precio Unitario del Procedimiento	precioUnitarioProcedimiento	number	Enteros a dos decimales			Requerido	N
Por cada Bien de Consumo requerido:	bienesRequeridos	array	-			Requerido	
Clave de Bien de Consumo Requerido del Procedimiento	clave	string	10			Requerido	S
Lote de Bien de Consumo Requerido del Procedimiento	lote	string	15			Opcional	N
Cantidad de Bien de Consumo Requerido del Procedimiento	cantidad	number	-		Entero	Requerido	N
Por cada Bien de Consumo Complementario:	bienesComplementario	array	-			Opcional	
Clave de Bien de Consumo Complementario	clave	string	10			Requerido	S
Lote de Bien de Consumo Complementario	lote	string	15			Opcional	N
Cantidad de Bien de Consumo Complementario	cantidad	number	-		Entero	Requerido	N
Precio Unitario del Bien de Consumo Complementario	precioUnitario	number	Enteros a dos decimales			Requerido	N
Incidencia	Incidencia	array	-			Requerido	N

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

Fecha de incidencia	fechaIncidencia	string	-	Aaaa-mm-ddThh:mi:ss.SSS		Requerido	N
Breve descripción del evento	descripcion	string				Requerido	N
Incapacidad	incapacidad	array	-			Opcional	N
Folio de incapacidad	folio	string	21			Requerido	N
Fecha de inicio	fechaInicio	string	-	Aaaa-mm-ddThh:mi:ss.SSS		Requerido	N
Días otorgados	dias	number	3		Entero	Requerido	N

Ejemplo:


```
"folio": "045256",
"clavePresupuestal": "010101010101",
"localidad": "SAN JOSE GUADALUPE OTZACATIPAN",
"fechaEvento": "2015-10-01T01:01:01.000",
"claveServicio": 14,
"nss": "0366503000",
"agregadoMedico": "5F1950PE ",
"nombrePaciente": "JUAN",
"primerApellidoPaciente": "RAMOS",
"segundoApellidoPaciente": "RAMIREZ",
"fechaNacimiento": "1954-01-23T01:01:01.000",
"claveSexo": 1,
"medicoTratante": {
    "nombre": "ARTURO",
    "primerApellido": "SUAREZ",
    "segundoApellido": "NUÑEZ",
    "matricula": "2215784589"
},
"clavepaquete": 1,
"claveProcedimiento": "10.01.001",
"tipoProcedimiento": 1,
"motivo": 1,
"precioUnitarioProcedimiento": 1000.00,
"bienesRequeridos": [
    {
        "clave": "1",
        "lote": "1",
        "cantidad": 1
    },
    {
        "clave": "2",
        "cantidad": 1
    },
    {
        "clave": "3",
        "lote": "3",
        "cantidad": 1
    }
],
"bienesComplementarios" : [
    {
        "clave": "1",
```

```
            "lote": "1",
            "cantidad": 1,
            "precioUnitario": 100.00
        },
        {
            "clave": "2",
            "lote": "2",
            "cantidad": 1,
            "precioUnitario": 100.00
        }
    ],
    "incidencia": {
        "fechaIncidencia": "2015-10-01T01:01:01.000",
        "descripcion": "Incidencia en el procedimiento"
    },
    "incapacidad": {
        "folio": "2015-10-01T01:01:01.000",
        "fechaInicio": "2015-11-01T01:01:01.000",
        "dias": 75
```


- **9.-BITÁCORA DE INCIDENCIAS**

Los lunes de cada semana, antes de las 12:00 hrs. el técnico en procedimientos de mínima invasión, deberá reportar las incidencias presentadas por los Jefes de Servicio o División de Cirugía o de Endoscopia, de la semana previa inmediata, durante la vigencia del contrato conforme al **ANEXO T16 "Reporte de Incidencias"**, y en paralelo enviarlo vía correo electrónico al **Administrador del Contrato**.

- **10.-INDICADORES ESPECIFICOS DEL SMI DE PMI**

Para tener mayor control del SMI se aplicaran los siguientes cinco indicadores para llevar a cabo la semaforización del servicio integral.

Indicador 1	**Medir el cumplimiento de los Procedimientos de Mínima Invasión realizados y registrados con relación a los programados.**
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número acumulado de PMI realizados y registrados en el mes / Número de PMI programados en el mes x100
Fuentes para el cálculo	Numerador: Registros institucionales de los PMI realizados y registrados
	Denominador: Programa mensual autorizado, programado por contrato.
Interpretación	Este indicador revela:
	o **El nivel de consumo de los PMI en la unidad médica**
Valor de referencia	El 100% de PMI por unidad médica con base en el fallo de licitación u otra forma de adjudicación.
Periodicidad de evaluación	Mensual acumulado
	Verde: 100%

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

Rango de semaforización	Amarillo: 91 a 99%
	Rojo: 85 a 90%
Observaciones	Los cortes deben corresponder con la fecha de pago.
Tipo de indicador	Eficiencia (resultado en función de lo planeado).
Responsable	Unidad médica con Servicio Médico Integral de PMI (**jefe de cirugía en cumplimiento al numeral 4.36 del manual de procedimientos para la programación quirúrgica y la atención del paciente de cirugía ambulatoria en las unidades de servicios médicos)**
Seguimiento	Direcciones médicas, financieras y administrativas de las unidades médicas, delegacionales y de UMAE.
Indicador 2	**Conocer el número promedio de cirugías realizadas con Procedimientos de Mínima Invasión en relación al total de cirugías realizadas en pacientes hospitalizados.**
Precisión del método de cálculo (fórmula)	
	Número acumulado de cirugías realizadas con PMI y registradas
	en los pacientes hospitalizados durante el mes
	x 100
	Número de cirugías realizadas a pacientes hospitalizados en el mes
Fuentes	Numerador: Registros de los servicios que realicen cirugía de Mínima Invasión
	Denominador: Registro de cirugías en la unidad médica
Interpretación	Este indicador revela:
	El grado de consumo de PMI en los servicios que realizan cirugía.
	El nivel de contención de utilización de las PMI en la atención de los pacientes hospitalizados
Valor de referencia	De acuerdo al tipo de unidad médica
Periodicidad de evaluación	Mensual, trimestral, semestral y anual
Rango de semaforización	No aplica. Es la primera vez que se va a realizar esta medición con la finalidad de conocer el impacto que tiene la contratación de PMI en la realización de cirugías a pacientes hospitalizados en el Instituto.
Observaciones	----------
Tipo de indicador	Efectividad y calidad
Responsable	Unidad médica con Servicio Médico Integral de PMI **(jefe de cirugía en cumplimiento al numeral 4.36 del manual de procedimientos para la programación quirúrgica y la atención del paciente de cirugía ambulatoria en las unidades de servicios médicos).**
Seguimiento	Direcciones médicas de las unidades médicas, delegacionales y de UMAE.
Indicador 3	**Conocer el número promedio de cirugías realizadas con Procedimientos de Mínima Invasión en relación al total de cirugías realizadas a pacientes ambulatorios.**
Precisión del método de cálculo (fórmula)	
	Número acumulado de cirugías realizadas con PMI y registradas
	en los pacientes ambulatorios durante el mes

30

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

	x 100
	Número de cirugías realizadas a pacientes ambulatorios en el mes
Fuentes	Numerador: Registros de los servicios que realicen cirugía de Mínima Invasión
	Denominador: Registro de cirugías en la unidad médica
Interpretación	Este indicador revela:
	El grado de consumo de PMI en los servicios que realizan cirugía.
	El nivel de contención de utilización de las PMI en la atención de los pacientes ambulatorios.
Valor de referencia	De acuerdo al tipo de unidad médica
Periodicidad de evaluación	Mensual, trimestral, semestral y anual
Rango de semaforización	No aplica. Es la primera vez que se va a realizar esta medición con la finalidad de conocer el impacto que tiene la contratación de PMI en la atención de pacientes ambulatorios en el Instituto.
Observaciones	----------
Tipo de indicador	Efectividad y calidad
Responsable	Unidad médica con Servicio Médico Integral de PMI **(jefe de cirugía en cumplimiento al numeral 4.36 del manual de procedimientos para la programación quirúrgica y la atención del paciente de cirugía ambulatoria en las unidades de servicios médicos).**
Seguimiento	Direcciones médicas de las unidades médicas, delegacionales y de UMAE.
Indicador 4	**Conocer el número promedio de endoscopias realizadas con PMI en relación al total de endoscopias realizadas a pacientes ambulatorios.**
Precisión del método de cálculo (fórmula)	
	Número acumulado de endoscopias realizadas con PMI y registradas
	en los pacientes ambulatorios durante el mes
	x 100
	Número de endoscopias realizadas a pacientes ambulatorios en el mes
Fuentes	Numerador: Registros de los servicios de endoscopía de la unidad médica
	Denominador: Registro de los servicios de endoscopía de la unidad médica
Interpretación	Este indicador revela:
	El grado de consumo de PMI en los servicios de endoscopía
	El nivel de contención de utilización de las PMI en la atención de los pacientes ambulatorios.
Valor de referencia	De acuerdo al tipo de unidad médica
Periodicidad de evaluación	Mensual, trimestral, semestral y anual.
Rango de semaforización	No aplica. Es la primera vez que se va a realizar esta medición con la finalidad de conocer el impacto que tiene la contratación de PMI en la realización de endoscopías en el Instituto.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

"SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN"

(SMI de PMI)

Observaciones	----------
Tipo de indicador	Efectividad y calidad
Responsable	Unidad médica con Servicio Médico Integral de PMI (jefe de endoscopias y jefe de gastroenterología)
Seguimiento	Direcciones médicas de las unidades médicas, delegacionales y de UMAE.
Indicador 5	**Conocer el número promedio de PMI programados por urgencia.**
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número acumulado de PMI realizadas y registradas de los pacientes atendidos por urgencias durante el año / Número de urgencias atendidas en el año
Fuentes	Numerador: Registros de los servicios que realicen PMI. Denominador: Registro de atenciones urgentes en la unidad médica
Interpretación	Este indicador revela: **El grado de consumo de PMI por urgencias médicas y quirúrgicas** **El nivel de contención de utilización de las PMI en la atención de los pacientes con urgencia médica**
Valor de referencia	De acuerdo al tipo de unidad médica
Periodicidad de evaluación	Trimestral, semestral y anual
Rango de semaforización	No aplica. Es la primera vez que se hará la medición de la demanda en el servicio de urgencias dada la importancia vital de su uso.
Observaciones	----------
Tipo de indicador	Efectividad y calidad
Responsable	Unidad médica con Servicio Médico Integral de PMI **(jefe de cirugía en cumplimiento al numeral 4.36 del manual de procedimientos para la programación quirúrgica y la atención del paciente de cirugía ambulatoria en las unidades de servicios médicos).**
Seguimiento	Direcciones médicas de las unidades médicas, delegacionales y de UMAE.

Dr. Manuel de Jesus Lopez Castro
Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

Contrato: 050GYR031N19724-001-00

Cadena original:

[redacted]

Firmante: JESUS ERNESTO GARCIA VALDEZ

[redacted]

Número de Serie: 00001000000703624766

Fecha de Firma: 18/09/2024 12:41

Certificado:

[redacted]

Firmante: MARIA DE LOURDES DIAZ ESPINOSA

[redacted]

Número de Serie: 00001000000509684875

Fecha de Firma: 18/09/2024 13:19

Certificado:

[redacted]

Firmante: JUAN PEDRO BELTRAN MUÑOZ

[redacted]

Número de Serie: 00001000000706106543

[redacted]

[redacted]

SE ELIMINAN DATOS DE RFC POR CONSIDERARSE INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICABLE Y QUE POR SU DIFUSÓN PUEDE AFECTAR LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD EN TÉRMINOS DE LA FRACCIÓN I DEL ART. 113 DE LA LFTAIP

[redacted]

Firmante: MANUEL DE JESUS LOPEZ CASTRO
[redacted]
Certificado:

Número de Serie: 00001000000703023899
Fecha de Firma: 18/09/2024 13:57

[redacted]

[redacted]

Firmante: INTERMET SA DE CV
RFC: INT880518EF4

Número de Serie: 00001000000702492198
Fecha de Firma: 18/09/2024 17:17

[redacted]

[redacted]

SE ELIMINAN DATOS DE RFC POR CONSIDERARSE INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICABLE Y QUE POR SU DIFUSÓN PUEDE AFECTAR LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD EN TÉRMINOS DE LA FRACCIÓN I DEL ART. 113 DE LA LFTAIP