



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00

CONTRATO ABIERTO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, PARA LA UMA 242 TEJERIA, VER., DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO, DURANTE EL PERIODO A PARTIR DEL 16 DE OCTUBRE AL 31 DICIEMBRE DEL EJERCICIO 2025, CON CARÁCTER INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE LOS TRATADOS QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN ADELANTE "EL INSTITUTO", REPRESENTADO POR LA DRA. EDITH JIMENEZ MARTINEZ, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE Y APODERADA LEGAL, EN ADELANTE "EL INSTITUTO" Y, POR LA OTRA, OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCÍA, S.A. DE C.V., (PARTICIPANTE "A") REPRESENTADA POR EL C. VÍCTOR ALARCÓN PELÁEZ EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL Y EN PARTICIPACIÓN CONJUNTA CON LOGISTICA MARVÍL, S.A. DE C.V., (PARTICIPANTE "B") REPRESENTADA POR EL C. JOSÉ ARTURO MARABOTO MILLÁN EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, A QUIENES EN FORMA CONJUNTA O INDIVIDUALMENTE SE LES DENOMINARA EN LO SUCESIVO "EL PROVEEDOR", Y EN FORMA CONJUNTA CON "EL INSTITUTO" SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", AL TENOR DE LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

#### DECLARACIONES

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

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

I.2 La Dra. Edith Jiménez Martínez, con R.F.C. [REDACTED] en su carácter de Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Veracruz Norte y Apoderada Legal, cuenta con las facultades suficientes para suscribir el presente instrumento jurídico, quien podrá ser sustituida en cualquier momento en su cargo o funciones, sin que ello implique la necesidad de elaborar convenio modificatorio, de conformidad con lo establecido en los artículos 268 A de la Ley de Seguro Social y 2, fracción IV, inciso a), 8, 144, fracciones I y XXIII, y 155 del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, y acredita su personalidad mediante el testimonio de la Escritura Pública Número 31,023 de fecha 03 de diciembre de 2024 pasada ante la Fe del Licenciado Eduardo Francisco García Villegas Sánchez Cordero, Notario Público Número 248, de la Ciudad de México, y que ha quedado debidamente inscrita en el Registro Público de Organismos Descentralizados bajo el folio Mercantil 97-7-10122024-192742 de fecha 10 de diciembre de 2024 y manifiesta bajo protesta de decir verdad que las facultades que le fueron conferidas no le han sido revocadas, modificadas, ni restringidas en forma alguna en cumplimiento a los artículos 24 y 25 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

I.3 La Lic. Ana Laura Puig Lagunes, con R.F.C. [REDACTED], Titular de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, de "El Instituto", interviene Como Área Contratante, en el Procedimiento del cual se deriva el presente instrumento jurídico, de conformidad con lo establecido en el artículo 2, fracción I, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

I.4 De conformidad con los artículos 2, fracción III Bis y 84, penúltimo párrafo del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, suscribe el presente instrumento la Dra. María de los Ángeles Quiroz García, con R.F.C. [REDACTED] Coordinadora de Prevención y Atención a la Salud; designado para dar seguimiento y verificar el cumplimiento de las obligaciones que deriven del objeto del presente contrato, quien podrá ser sustituido en cualquier 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.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

I.5 La adjudicación del presente contrato se realizó mediante el procedimiento de Licitación Pública de carácter Internacional Bajo la Cobertura de los Tratados Electrónica, número **LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025**, al amparo de lo establecido en los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 35 fracción I, 36, 39 fracción II, 65, 66, 67, 68 y 69 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y los correlativos de su Reglamento y en términos del Acta de Fallo de fecha **10 de octubre de 2025**, suscrita por la Lic. Ana Laura Puig Lagunes, Titular de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, procedimiento de contratación requerido por la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.

I.6 **“El Instituto”** cuenta con suficiencia presupuestaria otorgada mediante el Certificado de Disponibilidad Presupuestal Previo con cuenta número 5133 1002 y folio **0000025530-2025**, de fecha 08 de agosto de 2025, emitido por el Departamento de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios.

I.7 Cuenta con el Registro Federal de Contribuyentes N° **IMS-421231-I45**.

I.8 Tiene establecido su domicilio en **Calle Lomas del Estadio S/N, Colonia Centro, C.P. 91000, de la Ciudad de Xalapa, Ver.**, mismo que señala para los fines y efectos legales del presente contrato.

II. **“El Proveedor”** por conducto de su representante declara que:

#### **OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCÍA, S.A. DE C.V. (PARTICIPANTE “A”)**

II.1 Es una persona **moral**, legalmente constituida conforme a las Leyes de la República Mexicana, tal y como lo acredita con la Escritura Pública Número **5,182** de fecha **31 de Marzo de 2008**, protocolizada ante la fe del Notario Público Número **1**, de la ciudad de **Acapulco, Guerrero, Lic. Luis Arévalo Contreras**, denominada **Operadora de Servicios de Salud Santa Lucia, S.A de C.V**, cuyo objeto social es **la administración, operación, supervisión, organización, promoción, consultoría, asesoría, e intervención mediante cualquier medio legal en clínicas y hospitales, laboratorios, consultorios y todo lo relacionado con la prestación de servicios médicos hospitalarios o de cualquier otro tipo**, entre otros, inscrita en el Registro Público de la Propiedad y Comercio, bajo la folio **9167\*17**, de fecha **02 de Abril de 2008**.

II.2 El C. **Víctor Alarcón Peláez**, en su carácter de **Representante Legal**, cuenta con facultades suficientes para suscribir el presente contrato y obligar a su representada en los términos, lo cual acredita mediante la Escritura Pública número **32,439** de fecha **23 de Enero de 2020**, pasada ante la fe del Licenciado **Arturo Betancourt Sotelo**, Titular de la Notaría Pública número **13** de **Acapulco, Guerrero**, mismas que bajo protesta de decir verdad manifiesta que no le han sido limitadas ni revocadas en forma alguna.

II.3 Reúne las condiciones técnicas, jurídicas y económicas y cuenta con la organización y elementos necesarios para su cumplimiento.

II.4 Manifiesta bajo protesta de decir verdad, ni él ni ninguno de los socios o accionistas se encuentran en los supuestos de los artículos 71 y 90 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

En caso de que **“El Proveedor”** se encuentre en los supuestos señalados anteriormente, el presente contrato será nulo previa determinación de la autoridad competente de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00

II.5 Bajo protesta de decir verdad, declara que conoce y se obliga a cumplir con el Convenio 138 de la Organización Internacional del Trabajo en materia de erradicación del Trabajo Infantil, del artículo 123 Constitucional, apartado A) en todas sus fracciones y de la Ley Federal del Trabajo en su artículo 22, manifestando que ni en sus registros, ni en su nómina tiene empleados menores de quince años y que en caso de llegar a tener a menores de dieciocho años que se encuentren dentro de los supuestos de edad permitida para laborar le serán respetados todos los derechos que se establecen en el marco normativo transcrito.

II.6 Cuenta con su Registro Federal de Contribuyentes **OSS-080331-528**, asimismo tiene número de Registro Patronal [REDACTED] y número de proveedor **0000127573**.

II.7 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.

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

II.8 Sus trabajadores se encuentran inscritos en el régimen obligatorio del Seguro Social, y al corriente en el pago de las cuotas obrero patronales a que haya lugar, conforme a lo dispuesto en la Ley del Seguro Social, cuyas constancias correspondientes debidamente emitidas por **"El Instituto"** se verificaron para efectos de la suscripción del presente instrumento jurídico.

II.9 Tiene establecido su domicilio en **Calle Adolfo Prieto, Número 1020 entre calle San Borja y Avenida Eje 5 Eugenia, Colonia del Valle, C.P. 03100, Demarcación territorial Benito Juárez, Ciudad de México, correo electrónico: [valarcon@hospitalsantalucia.net](mailto:valarcon@hospitalsantalucia.net)**; mismo que señala para los fines y legales del presente contrato.

#### LOGISTICA MARVIL, S.A. DE C.V. (PARTICIPANTE "B")

II.10 Es una persona **moral**, legalmente constituida conforme a las Leyes de la República Mexicana, tal y como lo acredita con la Escritura Pública Número **4,455** de fecha **05 de Octubre de 2010**, protocolizada ante la fe del Notario Público Número **60**, de la ciudad de **México, Distrito Federal, Lic. Tayatzin Gutierrez Ramirez**, denominada **Operadora de Servicios de Salud Santa Lucia, S.A de C.V**, cuyo objeto social es **la prestación y ejecución de servicios de almacenaje, empaque, manejo, acomodo, maniobra, y en general, el movimiento y distribución de todo tipo de mercancías por cuenta propia o ajena, en la República Mexicana o en el extranjero, señalando de manera enunciativa más no limitativa toda clase de medicamentos o fármacos, integrados en cualquier forma farmacéutica, presentados para expendio y/o uso clínico, y destinados para su utilización en las personas y/o en los animales; la prestación de Servicios de autotransporte de carga local o foráneo, general o especializado, en caminos y puentes de jurisdicción federal o local, así como la prestación de servicios de transporte de carga en general en el Distrito Federal y demás entidades de la Republica Mexicana o en el extranjero. Lo anterior previo a la obtención de parte de las autoridades locales y federales competentes de las concesiones y permisos correspondientes, así como de las licencias que para tal efecto le otorguen a la sociedad la secretaría de comunicaciones y transportes, la secretaria de Transportes y Vialidad del Distrito Federal, los gobiernos locales y el Gobierno del Distrito Federal o autoridades locales o federales competente, o mediante las concesiones y permisos de la sociedad reciba en transferencia o en virtud de las concesiones o permisos que en goce le aporten a sus propios socios y que autoricen las autoridades competentes**, entre otros, inscrita en el Registro Público de la Propiedad y Comercio, bajo la folio **9442\*1**, de fecha **03 de Noviembre de 2010**.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIT25311002-0059**

**LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA**

**LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

**CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00**

II.11.- El C. **José Arturo Maraboto Millán**, en su carácter de **Representante Legal** cuenta con facultades suficientes para suscribir el presente contrato y obligar a su representada, como lo acredita con la Escritura Pública Número **367** de fecha **18 de Diciembre de 2020**, pasada ante la fe del Notario Público Número **18**, **Lic. Jorge Isaac Larrea Vargas**, de **Boca del Río, Ver.**, y mismo que bajo protesta de decir verdad, manifiesta no le ha sido limitado ni revocado en forma alguna.

II.12 Reúne las condiciones técnicas, jurídicas y económicas y cuenta con la organización y elementos necesarios para su cumplimiento.

II.13 Manifiesta bajo protesta de decir verdad, ni él ni ninguno de los socios o accionistas se encuentran en los supuestos de los artículos 71 y 90 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

En caso de que **“El Proveedor”** se encuentre en los supuestos señalados anteriormente, el presente contrato será nulo previa determinación de la autoridad competente de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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

II.14 Bajo protesta de decir verdad, declara que conoce y se obliga a cumplir con el Convenio 138 de la Organización Internacional del Trabajo en materia de erradicación del Trabajo Infantil, del artículo 123 Constitucional, apartado A) en todas sus fracciones y de la Ley Federal del Trabajo en su artículo 22, manifestando que ni en sus registros, ni en su nómina tiene empleados menores de quince años y que en caso de llegar a tener a menores de dieciocho años que se encuentren dentro de los supuestos de edad permitida para laborar le serán respetados todos los derechos que se establecen en el marco normativo transcrito.

II.15 Cuenta con su Registro Federal de Contribuyentes **LMA-101005-UF9**, asimismo tiene número de Registro Patronal [REDACTED] y número de proveedor **0000115506**.

II.16 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.

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

II.17 Sus trabajadores se encuentran inscritos en el régimen obligatorio del Seguro Social, y al corriente en el pago de las cuotas obrero patronales a que haya lugar, conforme a lo dispuesto en la Ley del Seguro Social, cuyas constancias correspondientes debidamente emitidas por **“El Instituto”** se verificaron para efectos de la suscripción del presente instrumento jurídico.

II.18 Tiene establecido su domicilio en **Privada Tapachula, No. 1, entre Pablo Frutis y Tuxtla Gutierrez, Colonia Badillo, C.P. 91190, Xalapa, Veracruz Ignacio de la Llave**, correo electrónico: **ingmaraboto@gmail.com**, mismo que señala para los fines y legales del presente contrato.

II.19 Conforme a lo previsto en los artículos 87 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 107 de su Reglamento, **“El Proveedor”**, en caso de auditorías, visitas o inspecciones que practique la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno y el Órgano Interno de Control en **“El Instituto”** y cualquier otra entidad

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

fiscalizadora, deberá proporcionar la información relativa al presente contrato que en su momento se requiera, generada desde el procedimiento de adjudicación hasta la conclusión de la vigencia, a efecto de ser sujetos a fiscalización de los recursos de carácter federal.

### III. “El Proveedor”, declara conjuntamente que:

III.1. Señalan como domicilio común, para todos los efectos de este acto jurídico, el ubicado en:  
**Prieto No. 1020, entre Calle San Borja y Avenida Eje 5 Eugenia, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Demarcación territorial Benito Juárez, Ciudad de México.**

III.2. Han celebrado Convenio de Participación Conjunta, cuyas obligaciones deberán cumplirse solidariamente en términos del mismo, por lo que “**El Instituto**” reconoce el referido Convenio para efectos del presente instrumento jurídico.

### IV. De “Las Partes”:

IV.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 de hemodiálisis subrogada, en los términos y condiciones establecidos en la Convocatoria, este contrato y los anexos que forman parte integrante del mismo y se enuncian a continuación:

|                         |                                                                                             |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Anexo 1 (uno)</b>    | “Certificado de Disponibilidad Presupuestal Previo, Anexo Técnico y Términos y Condiciones” |
| <b>Anexo 2 (dos)</b>    | “Propuesta Técnica de “ <b>El Proveedor</b> ” y asignación”                                 |
| <b>Anexo 3 (tres)</b>   | “Modelo de Póliza de Fianza de cumplimiento de contrato”                                    |
| <b>Anexo 4 (cuatro)</b> | “Oficio de designación de administrador de contrato y Acta de Fallo”                        |

### SEGUNDA. MONTO DEL CONTRATO.

“**El Instituto**” pagará a “**El Proveedor**” como contraprestación por los servicios objeto de este contrato, la cantidad mínima de **\$4,142,413.79 (CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS TRECE PESOS 79/100 M.N.)** más impuestos por \$662,786.21 (SEISCIENTOS SESENTA Y DOS MIL, SETECIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS 21/100 M.N.) y un monto máximo de **\$10,356,034.48 (DIEZ MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL TREINTA Y CUATRO PESOS 48/100 M.N.)**, más impuestos que asciende a \$1,656,965.52 (UN MILLON SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS 52/100 M.N.).

El precio unitario es considerado fijo y en moneda nacional (peso) hasta que concluya la relación contractual que se formaliza, incluyendo todos los conceptos y costos involucrados en la prestación del servicio contratado, por lo que “**El Proveedor**” no podrá agregar ningún costo extra y los precios serán inalterables durante la vigencia del presente contrato y los mismos se encuentran señalados en el Anexo 1 (uno).

### TERCERA. ANTICIPO

Para el presente contrato “**El Instituto**” no otorgará anticipo a “**El Proveedor**”.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### CUARTA. FORMA Y LUGAR DE PAGO.

**“El proveedor”** deberá presentar a la fecha del corte de los servicios, la representación impresa del comprobante fiscal digital (factura electrónica), opiniones de cumplimiento positivas y vigentes (IMSS), y el Reporte de Sesiones efectivamente otorgadas, en el periodo obtenido del Sistema del Instituto, en caso de que el participante adjudicado no cuente con sistema de información y mensajería HL7 certificado y la información se envíe en archivo de texto, adicionalmente entregará copias de la solicitud de subrogación de servicios (4-30-2/03) y documento(s) que incluya la fecha, nombre y firma de recepción de los servicios por el derechohabiente y/o acompañante, documentos que entregarán para su autorización al Administrador del Contrato, internamente serán validados por parte del Jefe del Servicio, el Subdirector Administrativo y el Director Médico de la Unidad, a más tardar 5 (cinco) días hábiles posteriores a la fecha indicada, la presentación impresa del comprobante fiscal digital (factura electrónica) deberá referir a las sesiones otorgadas que se encuentran señaladas en el reporte.

El pago de los servicios se efectuará en pesos mexicanos, a los 17 días hábiles posteriores a la entrega de la presentación impresa del comprobante fiscal digital y documentación comprobatoria que acredite la entrega de los servicios de conformidad con lo normado en el “Procedimiento para la recepción, glosa y aprobación de documentos presentados para trámite de pago y constitución de fondos fijos” así como del Reporte de sesiones otorgadas en el periodo, ambos documentos deberán estar previamente autorizados por el administrador del Contrato, en caso de que el participante adjudicado no cuente con sistema de información y mensajería HL7 certificado y la información se envíe en archivo de texto, adicionalmente entregará copias de la solicitud de subrogación (4-30-2/03) y documento que incluya la fecha, nombre y firma de recepción de los servicios por el derechohabiente y/o acompañante, en el área de Trámite de Erogaciones del OOADRVN en donde se haya prestado el servicio, de lunes a viernes en un horario 8:00 a 14:00 horas, previa validación y autorización que para tal efecto realice el (INDICAR EL CARGO DEL TITULAR QUE ADMINISTRA EL CONTRATO) en su carácter del Administrador.

En caso de aplicar, de igual manera el participante adjudicado deberá de entregar nota de crédito a favor del Instituto por el importe de la aplicación de la pena convencional por atraso o deficiencia del servicio.

El pago se realizará mediante transferencia electrónica de fondos, a través del esquema electrónico interbancario que el Instituto tiene en operación, para tal efecto el participante adjudicado se obliga a proporcionar en su oportunidad el número de cuenta, CLABE, Banco y Sucursal a nombre del participante adjudicado, a menos que el participante adjudicado acredite en forma fehaciente la imposibilidad para ello.

El pago se depositará en la fecha programada de pago a través del esquema interbancario si la cuenta bancaria del participante adjudicado está contratada con BANORTE, BBVA BANCOMER, HSBC o SCOTIABANK INVERLAT y, a través del esquema interbancario vía SPEI (Sistema de Pagos Electrónicos Interbancarios) si la cuenta pertenece a un banco distinto a los mencionados.

En caso de que el licitante adjudicado solicite el abono en una cuenta contratada en un banco diferente a los antes citados (interbancario), el IMSS realizará la instrucción de pago en la fecha de vencimiento del contra-recibo y su aplicación se llevará a cabo al día hábil siguiente, de acuerdo con el mecanismo establecido por el Centro de Compensación Bancaria, CECOBAN.

Asimismo, el Instituto podrá aceptar a solicitud del licitante adjudicado que en el supuesto de que tenga cuentas liquidadas y exigibles a su cargo, aplicarlas contra los adeudos que, en su caso, tuviera por concepto de cuota obrero – patronales, conforme a lo previsto en el artículo 40 B de la Ley del Seguro Social, adicionalmente el licitante adjudicado acepta se realicen las deducciones correspondientes en su caso, generadas por la aplicación de penas convencionales derivados de atrasos o deficiencias en el servicio.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

El proveedor que celebre contrato de cesión de derechos de cobro deberá notificarlo por escrito al Instituto con un mínimo de cinco días naturales anteriores a la fecha de pago programada, entregando invariablemente los documentos sustantivos de dicha cesión. Asimismo El licitante adjudicado podrá optar por cobrar a través de factoraje financiero conforme al Programa de Cadenas Productivas de Nacional Financiera, S.N.C., Institución de Banca de Desarrollo con el Instituto.

En caso de que el licitante adjudicado reciba pagos en exceso, deberá reintegrar dichas cantidades, más los intereses correspondientes, conforme a la tasa que establezca la Ley de Ingresos de la Federación, para los casos de prórroga cuando existan créditos fiscales. Los intereses se calcularán sobre las cantidades en exceso y se computarán por días naturales desde la fecha de su entrega hasta la fecha en que se ponga efectivamente las cantidades a disposición del Instituto

El pago de la prestación del servicio, quedará condicionado proporcionalmente al pago que el licitante adjudicado deba efectuar por concepto de penas convencionales.

**“El Proveedor”** deberá expedir sus CFDI en el esquema de facturación electrónica, con las especificaciones normadas en los artículos 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación (CFF), así como las que emita el Servicio de Administración Tributaria (SAT) a nombre de “El Instituto”, con Registro Federal de Contribuyentes IMS421231145 y en caso de ser necesario como dato adicional, el domicilio en Avenida Paseo de la Reforma Núm. 476 en la Colonia Juárez, C.P. 06600, Demarcación Territorial Cuauhtémoc, Ciudad de México.

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 bienes entregados, los precios unitarios, se verifique su autenticidad, no existan aclaraciones al importe y vaya acompañada con la documentación soporte de la entrega de los bienes facturados.

De conformidad con el artículo 90 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, en caso de que el CFDI o factura electrónica entregado presente errores, el Administrador del presente contrato o quien éste designe por escrito, dentro de los 3 (tres) días hábiles siguientes de su recepción, indicará a **“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 73 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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 los bienes, no se tendrán como recibidos o aceptados por el Administrador del presente contrato.

**“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”**.

Para el caso de que se presenten pagos en exceso, se estará a lo dispuesto por el artículo 73, párrafo tercero de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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

**“El Proveedor”** se compromete a prestar a **“El Instituto”** el servicio que se mencionan en la **CLÁUSULA PRIMERA** del presente instrumento jurídico, dentro del plazo establecido, conforme al horario y los lugares que se indican en el **Anexo 1 (uno)**.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</p> <p>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Durante la prestación del servicio, éste será sujeto a una verificación visual aleatoria, con objeto de revisar que se preste conforme a las características solicitadas.

Cabe resaltar que mientras no se cumpla con las condiciones de la prestación del servicio establecidas, **“El Instituto”** no dará por aceptado el servicio objeto de este instrumento jurídico.

**“El Proveedor”** se obliga a responder por su cuenta y riesgo de los daños y/o perjuicios que por inobservancia o negligencia de su parte, llegue a causar a **“El Instituto”** y/o a terceros.

#### SEXTA. VIGENCIA.

**“Las Partes”** convienen en que la vigencia del presente contrato será del **16 de octubre de 2025 al 31 de diciembre de 2025**.

#### 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 lo establecido en el artículo 74 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, siempre que dichas 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, pudiendo si se considera necesario efectuar la ampliación de la vigencia de este contrato. 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”**.

Para tal efecto, **“El Proveedor”** se obliga a entregar, en su caso, la modificación de la garantía, en términos de los artículos 91, último párrafo y 103, fracción II del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 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.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</p> <p>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 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. GARANTÍAS.

### A. CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

Conforme a los artículos 69, fracción II, 70, fracción II de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 85, fracción III, 103 de su Reglamento, 166 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y en el numeral 5.5.5.1 de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del IMSS, **“El Proveedor”** se obliga a constituir, 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% (diez por ciento) del monto total del contrato, sin incluir el I.V.A.

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 5 (cinco días) naturales siguientes a la formalización del mismo, de conformidad con el último párrafo del artículo 91, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 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.

De conformidad con el artículo 103 del reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, **“El proveedor”** podrá otorgar las garantías a que se refiere la Ley y su Reglamento, en alguna de las formas previstas en el artículo 48 de la Ley de Tesorería de La Federación en el caso de dependencias, o en las disposiciones aplicables tratándose de entidades.

Con fundamento en la fracción I del artículo 103 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, la póliza de la fianza deberá contener, como mínimo, las siguientes previsiones y elaborarse de acuerdo al formato establecido en el presente contrato, Anexo 3 (tres).

- a) que la fianza se otorga atendiendo a todas las estipulaciones contenidas en el contrato;
- b) que para cancelar la fianza, será requisito contar con la constancia de cumplimiento total de las obligaciones contractuales;
- c) que la fianza permanecerá vigente durante el cumplimiento de la obligación que garantice y continuará vigente en caso de que se otorgue prórroga al cumplimiento del contrato, así como durante la substanciación de todos los recursos legales o de los juicios que se interpongan y hasta que se dicte resolución definitiva que quede firme, y

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

Conforme a lo estipulado en el numeral 5.5.5.5 de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de **"El Instituto"**, la póliza de garantía de cumplimiento del contrato permanecerá en **"El Instituto"** hasta que proceda su liberación, o en su caso hacerla efectiva por incumplimiento en los bienes. Para tal efecto, **"El Proveedor"** deberá solicitar por escrito al área contratante su liberación.

El área contratante a su vez, solicitará mediante oficio dirigido al administrador del contrato, exprese en un término no mayor a treinta días naturales, si **"El Proveedor"** ha cumplido, en tiempo y forma a entera satisfacción de **"El Instituto"** con la totalidad de las obligaciones contraídas en el presente instrumento jurídico.

Prevía confirmación del cumplimiento de la totalidad de las obligaciones contractuales pactadas, la póliza de garantía de cumplimiento del contrato será devuelta a **"El Proveedor"** mediante autorización por escrito, con el fin de que pueda tramitar ante la afianzadora correspondiente su cancelación.

De conformidad con el artículo 66 fracción XI de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 81 fracción II de su Reglamento, la aplicación de la garantía de cumplimiento será por el monto **proporcional** de las obligaciones incumplidas, por lo que las obligaciones del presente contrato son **divisibles**.

**"El Proveedor"** queda obligado a entregar a **"El Instituto"** la póliza de garantía de cumplimiento, apegándose al formato agregado como Anexo 3 (tres), en la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, ubicada en Belisario Domínguez No. 15, Colonia Adalberto Tejeda, C.P. 91070, Xalapa, Veracruz.

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

1. Se rescinda administrativamente el presente contrato.
2. Durante su vigencia se detecten deficiencias, fallas o calidad inferior del servicio prestado, en comparación con lo ofertado.
3. Cuando en el supuesto de que se realicen modificaciones al presente contrato, **"El Proveedor"** no entregue en el plazo pactado el endoso o la nueva garantía, que ampare el porcentaje establecido para garantizar el cumplimiento del presente instrumento, de conformidad con la presente Cláusula.
4. Por cualquier otro incumplimiento de las obligaciones contraídas en este contrato.

Dicha póliza de garantía de cumplimiento del contrato será devuelta al proveedor una vez que el Instituto le otorgue autorización por escrito, para que éste pueda solicitar a la afianzadora correspondiente la cancelación de la fianza, autorización que se entregará al proveedor, siempre que demuestre haber cumplido con la totalidad de las obligaciones adquiridas por virtud del presente contrato, para lo cual deberá de presentar mediante escrito la solicitud de liberación de la fianza en la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, ubicada en Belisario Domínguez No. 15, Colonia Adalberto Tejeda, C.P. 91070, Xalapa, Veracruz, la cual llevará a cabo el procedimiento para la liberación y entrega de fianza.

## **B) GARANTÍA PARA RESPONDER POR VICIOS OCULTOS.**

**"El Proveedor"** deberá responder por los defectos, vicios ocultos y por la calidad de los bienes, así como de cualquier otra responsabilidad en que hubiere incurrido, en los términos señalados en este Contrato, convenios

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO<br><br><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b> | LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA<br><br><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b><br><br>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br>HEMODIALISIS SUBROGADA<br><br><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

modificatorios respectivos y en la legislación aplicable, de conformidad con los artículos 75, párrafo segundo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 96, párrafo segundo de su Reglamento.

**“El Proveedor”**, quedará liberado de su obligación, una vez que conste por escrito la recepción física de los servicios prestados, siempre y cuando **“El Instituto”** no haya identificado defectos o vicios ocultos en la calidad de los servicios prestados, así como cualquier otra responsabilidad en los términos de este Contrato y convenios modificatorios respectivos.

#### **DÉCIMA. OBLIGACIONES DE “EL PROVEEDOR”.**

**“El Proveedor”**, se obliga a:

- Prestar los servicios en las fechas o plazos y lugares establecidos conforme a lo pactado en el presente contrato y anexos respectivos.
- Cumplir con las especificaciones técnicas y de calidad y demás condiciones establecidas en el presente contrato y sus respectivos anexos.
- 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.
- Proporcionar la información que le sea requerida por la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno y el Órgano Interno de Control, de conformidad con el artículo 107 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
- Mantener al corriente sus obligaciones fiscales durante la vigencia del presente contrato
- 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.
- Integrarse al Registro de Integridad de Proveedores del Instituto Mexicano del Seguro Social, en un periodo no mayor a 30 días naturales posteriores a la formalización del contrato.

#### **DÉCIMA PRIMERA. OBLIGACIONES DE “EL INSTITUTO”.**

**“El Instituto”**, se obliga 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.
- Realizar el pago correspondiente en tiempo y forma.
- Extender a **“El Proveedor”**, en caso de que lo requiera, por conducto del administrador del presente contrato, la constancia de cumplimiento de obligaciones contractuales inmediatamente que se cumplan éstas a satisfacción expresa de dicho servidor público para que se dé trámite a la cancelación de la garantía de cumplimiento del presente contrato.

#### **DÉCIMA SEGUNDA. ADMINISTRACIÓN, VERIFICACIÓN, SUPERVISIÓN Y ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS.**

**“El Instituto”** designa como Administrador(es) del presente contrato a la **Dra. María de los Ángeles Quiroz Garcia**, con R.F.C. [REDACTED] Coordinadora de Prevención y Atención a la Salud, quien dará seguimiento y verificará el cumplimiento de los derechos y obligaciones establecidos en este instrumento, por lo que indicará a **“El Proveedor”** las observaciones que se estimen pertinentes, quedando éste obligado a corregir las anomalías que le sean indicadas, así como deficiencias en la prestación del servicio, de conformidad con lo establecido en el documento de designación de administrador del presente contrato y el artículo 84 penúltimo párrafo del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

Asimismo, **“El Instituto”** sólo aceptará el servicio materia del presente contrato y autorizará el pago del mismo previa verificación de las especificaciones requeridas, de conformidad con lo especificado en el presente contrato y sus correspondientes anexos.

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 y en su caso en los anexos respectivos, así como las contenidas en la propuesta técnica.

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

**“El Instituto”**, a través administrador del contrato o a través del personal que para tal efecto designe, 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. PENAS CONVENCIONALES.**

La pena convencional por atraso se calculará por cada día de atraso en el cumplimiento de las fechas pactadas, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, aplicado al valor de la sesión programada con atraso y/o por las sesiones no transmitidas, y de manera proporcional al importe de la garantía de cumplimiento que corresponda. La suma de las penas convencionales no deberá exceder el importe de dicha garantía.

El pago de los servicios quedará condicionado, proporcionalmente al pago que el licitante adjudicado deba efectuar por concepto de penas convencionales.

Conforme a lo previsto en el último párrafo del artículo 96, del Reglamento la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, no se aceptará la estipulación de penas convencionales, ni intereses moratorios a cargo del Instituto.

El Administrador del Contrato será el responsable de calcular, aplicar y dar seguimiento a las penas convencionales, previstas, así como de notificarlas al licitante adjudicado para que éste realice el pago correspondiente.

La pena convencional se calculará de acuerdo a los siguientes términos y condiciones expresados en la fórmula que se detalla a continuación:

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

Dónde:

**Pca** = pena convencional aplicable

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

**nda** = número de días de atraso.

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

El Instituto, aplicará una pena convencional por cada día natural de atraso en el inicio de la prestación de los servicios, en cada uno de los supuestos incluidos en la siguiente tabla:

| Concepto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Unidad de medida                                                                                                                                     | Penalización                                                                                                    | Responsable de reportar el incumplimiento                                                      | Administrador del contrato será el Responsable del cálculo, notificación de la pena |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010<br><br>La unidad en funcionamiento deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.                                              | Por cada día natural de atraso en la entrega del reporte resultados de acuerdo con las especificaciones de la NOM 003-SSA3-2010                      | 1.0% diario sobre el valor total de la factura mensual sin incluir el IVA                                       | Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad Médica en OOAD.       | Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas                                           |
| Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI.<br>La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico.                                   | Por cada día natural de atraso en la entrega del reporte resultados químicos, de acuerdo con las especificaciones de la NOM 003-SSA3-2010            | 1.0% diario sobre el valor total de la factura mensual sin incluir el IVA                                       | Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad Médica en OOAD.       | Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas                                           |
| El licitante adjudicado establecerá contacto con la División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud (DSDICDS), dependiente de la CSDISA, a efecto de establecer la estrategia de cumplimiento de los siguientes puntos:<br>Firma del Acuerdo de Confidencialidad<br>Designación de contacto | Por cada día natural de atraso a partir de que se exceda el plazo establecido de los diez días naturales siguientes a la fecha de emisión del fallo. | 1%, sobre el valor que representa el costo de las sesiones realizadas en mes de incidencia, sin incluir el IVA. | División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud (DSDICDS) | Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas                                           |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Concepto                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Unidad de medida                                                                                                                                               | Penalización                                                                                                                                                                       | Responsable de reportar el incumplimiento                                                      | Administrador del contrato será el Responsable del cálculo, notificación de la pena |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| responsable con sus datos<br>a) Designación de sistema y empresa soporte<br>b) Solicitud de Pruebas de funcionalidad                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                |                                                                                     |
| Instalación y puesta en operación, del Sistema de Información e instrumentos necesarios para el otorgamiento de del servicio                                                                                                                                                                      | Por cada día natural de atraso a partir de que se exceda el plazo de los 30 (treinta) días contados a partir de la emisión del fallo.                          | 1.0% diario sobre el valor que representa el costo de las sesiones solicitadas en el mes de incidencia, sin incluir el IVA.                                                        | Coordinador Delegacional de Informática.                                                       | Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas                                           |
| El licitante proporcionará un Calendario de Despliegue del Sistema Evaluado considerando todas las Unidades de Hemodiálisis incluidas en el contrato.                                                                                                                                             | Por cada día natural de atraso a partir de que se exceda el plazo de 5 (cinco) días naturales posteriores a la fecha de aprobación del sistema de información. | 1.0%, sobre el valor que representa el costo de las sesiones realizadas en el mes de incidencia, sin incluir el IVA.                                                               | División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud (DSDICDS) | Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas                                           |
| Registro de la información de la sesión realizada, en la base de datos central del Instituto, conforme a la (ETIMSS), 5640-023-004 Especificación Técnica del Sistema de Información de Hemodiálisis Extramuros, necesario para la transmisión de datos a la base de datos central del Instituto. | Por cada día natural de atraso a partir de que se exceda el plazo establecido de las 24 horas posteriores al otorgamiento de la sesión                         | 1.0% diario sobre el valor total de los sesiones otorgadas, no registradas y no transmitidas en el lapso establecido a la base de datos central del Instituto, sin incluir el IVA. | Coordinador Delegacional de Informática.                                                       | Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas                                           |

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.

El proveedor autoriza al Instituto a descontar las cantidades que resulten de aplicar la pena convencional, sobre los pagos que deba cubrir al propio proveedor.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Conforme a lo previsto en el último párrafo del artículo 96, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, no se aceptará la estipulación de penas convencionales, ni intereses moratorios a cargo del Instituto.

#### DÉCIMA CUARTA. DEDUCCIONES.

De conformidad con el artículo 76 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, el Instituto podrá aplicar deducciones al pago de los servicios con motivo del incumplimiento total parcial o deficiente en que pudiera incurrir el licitante adjudicado respecto de las partidas o conceptos que integran el presente contrato, las cuales no excederán del monto de la garantía de cumplimiento establecida en el mismo.

Dichas deductivas serán determinadas en función de los servicios que hayan sido prestados deficientemente y deberán ser calculadas de acuerdo a lo establecido en los artículos 76 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 97 de su Reglamento y 4.3.3 del Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

En ningún caso las deducciones podrán negociarse en especie.

El Administrador del Contrato será el responsable de calcular, aplicar y dar seguimiento a las penas convencionales y deducciones, según sea el caso, así como de notificarlas al licitante adjudicado para que éste realice el pago correspondiente y le notifique las deducciones que en su caso se haya hecho acreedor.

Las deducciones no podrán exceder del 10% del monto máximo total del contrato.

El Instituto descontará las cantidades por concepto de deductivas de la factura que el licitante adjudicado presente para su cobro.

Las deducciones por deficiencias en la prestación del servicio, se calcularán, por cada día de atraso en la prestación del servicio, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, de acuerdo a lo siguiente:

| Concepto                                                                                                                                                             | Niveles de servicio                                                      | Unidad de medida para la deducción                                                                             | Deducción                                                                                                                             | Límite de incumplimiento o motivo de rescisión del contrato                  | Responsable de reportar el incumplimiento                                             | Administrador del contrato será Responsable del cálculo, notificación de la deducción |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| La transición del acceso vascular temporal por un acceso vascular definitivo para los pacientes con permanencia en el programa no deberá ser por un tiempo mayor de: | 3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada. | Falta en el cambio, a algún paciente(s) del acceso vascular temporal por el definitivo en el plazo establecido | El 1% sobre el valor total de la factura mensual más el IVA, cuando ocurra que a algún paciente(s) no se le haya realizado el cambio. | El límite de la deducción será de hasta el 10% del monto máximo del contrato | Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad Médica OOAD. | Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas                                             |
| Reporte de laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas                                                                                                         | Resultados de análisis bacteriológico dentro de los parámetros           | Cumplir con las especificaciones de la                                                                         | 5% sobre el valor total de la factura mensual más                                                                                     | El límite de la deducción será de hasta el 10% del monto                     | Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina                                           | Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas                                             |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Concepto                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Niveles de servicio                                                                                                                                                                                                                   | Unidad de medida para la deducción                                                                                            | Deducción                                                               | Límite de incumplimiento o motivo de rescisión del contrato                         | Responsable de reportar el incumplimiento                                     | Administrador del contrato será Responsable del cálculo, notificación de la deducción |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010<br><br>La unidad en funcionamiento deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.                                                                                   | solicitados por la NOM-003-SSA3-2010                                                                                                                                                                                                  | calidad del agua de acuerdo con la NOM-003-SSA3-2010                                                                          | IVA.                                                                    | máximo del contrato                                                                 | Interna O de Director Unidad Médica OOAD. en                                  |                                                                                       |
| Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI. La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico. | Resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010                                                                                                                                         | Cumplir con las especificaciones de la calidad del agua de acuerdo con la NOM 003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI. | 5% sobre el valor total de la factura mensual más IVA                   | El límite de la deducción será de hasta el 10% del monto máximo del contrato        | Jefe de Servicio de Nefrología, Medicina O de Director Unidad Médica OOAD. en | Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas                                             |
| Dotación del mismo número de catéteres temporales o permanentes que fueron colocados a pacientes referidos a subrogación el mes inmediato anterior más 2(dos) catéteres temporales o permanentes como lo solicite el jefe de servicio                                                       | Dotación del mismo número de catéteres temporales o permanentes que fueron colocados a pacientes referidos a subrogación el mes inmediato anterior más 2(dos) catéteres temporales o permanentes como lo solicite el jefe de servicio | Por cada día natural a partir de la fecha en que debió ser entregada la totalidad de dotación de catéteres.                   | 2.5% diario, sobre el valor total de la factura mensual sin incluir IVA | El límite de la deducción será de hasta el 10% del monto máximo del contrato Médico | Jefe de Servicio de Nefrología, Medicina O de Director Unidad Médica OOAD. en | Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas                                             |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</p> <p>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### **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 adquisición de los bienes materia del presente contrato, no se requiere que “El Proveedor” contrate una póliza de seguro por responsabilidad civil.

#### **DÉCIMA SEPTIMA. TRANSPORTE.**

“El Proveedor” se obliga bajo su costa y riesgo, a transportar los bienes e insumos necesarios para la prestación del servicio, desde su lugar de origen, hasta las instalaciones señaladas en este instrumento o en sus Anexos.

#### **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 (I.V.A.), en los términos de la normatividad aplicable y de conformidad con las disposiciones fiscales vigentes.

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

“El 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 Instituto” las compense con el o los pagos que tenga que hacerle por concepto de contraprestación por la prestación del servicio objeto de este contrato.

#### **DÉCIMA NOVENA. PROHIBICIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES.**

“El 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” deslindando a éste de toda responsabilidad.

#### **VIGESIMA. 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.

Por lo anterior, “El Proveedor” manifiesta en este acto bajo protesta de decir verdad, no encontrarse en ninguno de los supuestos de infracción a la Ley Federal del Derecho de Autor, ni a la Ley Federal de Protección a la Propiedad Industrial.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</p> <p>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

De presentarse alguna reclamación en contra de **“El Instituto”** por cualquiera de las causas antes mencionadas, la única obligación de éste será la de dar aviso en el domicilio previsto en este instrumento jurídico a **“El Proveedor”**, para que éste lleve a cabo las acciones necesarias que garanticen la liberación de **“El Instituto”** de cualquier controversia o responsabilidad, liberándolo de toda responsabilidad de carácter civil, mercantil, penal, fiscal o administrativa que, en su caso, se ocasione.

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.

Lo anterior de conformidad a lo establecido en el artículo 66, fracción XX de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

#### **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.

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

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

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

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

**“El Proveedor”** se obliga a poner en conocimiento de **“El Instituto”** cualquier hecho o circunstancia que en razón del servicio prestado sea de su conocimiento y que pueda beneficiar o evitar un perjuicio a la misma.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</p> <p>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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 80 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 del os gastos no recuperables previa solicitud y acreditamento, para lo cual **“El Proveedor”** deberá presentar dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de la notificación del término de la suspensión, el CFDI y documentación de los gastos no recuperables en que haya incurrido, siempre que estos sean razonables, estén debidamente comprobados y se relacionen directamente con el presente contrato.

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

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

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

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 concurren razones de interés general, de común acuerdo 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 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 Anticorrupción y Buen Gobierno, 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 que precise las

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</p> <p>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

razones o las causas justificadas que le dieron origen a la misma, una vez notificada la terminación anticipada, se extinguirá el contrato, lo que dará lugar a formalizar el finiquito entre las partes.

En el finiquito se harán constar los pagos que, en su caso, deba efectuar **“El Instituto”** por concepto de los servicios prestados hasta el momento de la terminación anticipada, además, en su caso, pactará en el mismo el reembolso al proveedor de los gastos no recuperables en que haya incurrido, siempre que estos sean razonables, estén debidamente comprobados y se relacionen directamente con el presente contrato.

#### **VIGÉSIMA CUARTA. RESCISIÓN.**

**“El Instituto”** podrá iniciar en cualquier momento el procedimiento de rescisión, cuando **“El Proveedor”** incurra en alguna de las siguientes causales:

1. Contravenir los términos pactados para la prestación de los servicios, establecidos en el presente contrato;
2. Transferir en todo o en parte las obligaciones que deriven del presente contrato a un tercero ajeno a la relación contractual;
3. Ceder los derechos de cobro derivados del contrato, sin contar con la conformidad previa y por escrito de **“El Instituto”**;
4. Suspender total o parcialmente y sin causa justificada la prestación de los servicios del presente contrato;
5. No realizar la prestación de los servicios en tiempo y forma conforme a lo establecido en el presente contrato y sus respectivos anexos;
6. No proporcionar a los Órganos de Fiscalización, la información que le sea requerida con motivo de las auditorías, visitas e inspecciones que realicen;
7. Ser declarado en concurso mercantil, o por cualquier otra causa distinta o análoga que afecte su patrimonio;
8. En caso de que compruebe la falsedad de alguna manifestación, información o documentación proporcionada para efecto del presente contrato;
9. No entregar dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha de firma del presente contrato, la garantía de cumplimiento del mismo;
10. Cuando la suma de las penas convencionales exceda el monto total de la garantía de cumplimiento del contrato;
11. 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;
12. Cuando la suma de las deducciones al pago, excedan el límite máximo establecido para las deducciones;
13. 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;
14. Impedir el desempeño normal de labores de **“El Instituto”**;
15. Cambiar su nacionalidad por otra e invocar la protección de su gobierno contra reclamaciones y órdenes de **“El Instituto”**, cuando sea extranjero.
16. No presentar la opinión favorable de sus obligaciones fiscales, durante la vigencia del presente contrato, y
17. Incumplir cualquier obligación distinta de las anteriores y derivadas del presente contrato.

**“El Instituto”**, en términos de lo dispuesto en el artículo 77 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, podrá rescindir administrativamente el presente contrato en cualquier momento, cuando **“El Proveedor”** incurra en incumplimiento de cualquiera de las obligaciones a su cargo, de conformidad con el procedimiento siguiente:

- a) 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

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

del día siguiente de la notificación, exponga lo que a su derecho convenga y aporte en su caso las pruebas que estime pertinentes.

- b) 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.

En el supuesto de que se rescinda este contrato, **“El Instituto”** no aplicarán las penas convencionales, ni su contabilización para hacer efectiva la garantía de cumplimiento de este instrumento jurídico.

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”**, bajo su responsabilidad, podrá suspender el trámite del procedimiento de rescisión.

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

**“El Instituto”** podrá determinar no dar por rescindido este contrato, cuando durante el procedimiento advierta que dicha rescisión pudiera ocasionar algún daño o afectación a las funciones que tiene encomendadas. En este supuesto, **“El Instituto”** elaborará un dictamen en el cual justifique que los impactos económicos o de operación que se ocasionarían con la rescisión del contrato resultarían más inconvenientes.

De no rescindir 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. Lo anterior se llevará a cabo a través de un convenio modificatorio en el que se atenderá a las condiciones previstas en los dos últimos párrafos del artículo 74 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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 73, párrafo cuarto, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**“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 Convocatoria, y el presente contrato, prevalecerá lo establecido en la Convocatoria, junta de aclaraciones respectiva, en caso de aplicar, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 81 fracción IV, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

#### **VIGÉSIMA SEPTIMA. CONCILIACIÓN.**

**“Las Partes”** acuerdan que para el caso de que se presenten desavenencias derivadas de la ejecución y cumplimiento del presente contrato se someterán al procedimiento de conciliación establecido en los artículos 109, 110, 111 y 112 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 126 al 136 de su Reglamento y al Decreto por el que se establecen las acciones administrativas que deberá implementar la Administración Pública Federal para llevar a cabo la conciliación o la celebración de convenios o acuerdos previstos en las leyes respectivas como medios alternativos de solución de controversias, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de abril de 2016.

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

#### **VIGÉSIMA OCTAVA. RESPONSABILIDAD.**

**“El Proveedor”** se obliga a responder por su cuenta y riesgo de los daños y/o perjuicios que por inobservancia o negligencia de su parte lleguen a causar a **“El Instituto”**, con motivo de las obligaciones pactadas, o bien por los defectos o vicios ocultos en el servicio prestado, de conformidad con lo establecido en el artículo 75, segundo y tercer párrafos de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

#### **VIGÉSIMA NOVENA. SANCIONES ADMINISTRATIVAS.**

Cuando **“El Proveedor”** incumpla con sus obligaciones contractuales por causas imputables a éste, y como consecuencia, cause daños y/o perjuicios graves a **“El Instituto”**, o bien, proporcione información falsa, actúe con dolo o mala fe en la celebración del presente contrato o durante la vigencia del mismo, por determinación de la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno, se podrá hacer acreedor a las sanciones establecidas en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, en los términos de los artículos 89, 90, 91, 92 93 y 94 de dicho ordenamiento legal y 109 al 115 de su Reglamento.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00

## TRIGESIMA. SANCIONES APLICABLES Y TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL

“El Instituto”, de conformidad con lo establecido en los artículos 89, 90, 91, 92 93 y 94 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 86 segundo párrafo, 95 al 100 y 102 de su Reglamento, aplicará sanciones, o en su caso, llevará a cabo la cancelación de partidas total o parcialmente o la rescisión administrativa del presente contrato.

## TRIGÉSIMA PRIMERA. DOMICILIOS.

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

## TRIGÉSIMA SEGUNDA. LEGISLACIÓN APLICABLE.

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

## TRIGÉSIMA TERCERA. 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 competentes ubicados en Xalapa, Veracruz, renunciando expresamente al fuero que pudiera corresponderles en razón de su domicilio actual o futuro.

“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 las fechas especificadas.

Por:  
“El Instituto”

| NOMBRE                      | CARGO                                                                                       | R.F.C. |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Dra. Edith Jiménez Martínez | Titular del Órgano de Operación Administrativa<br>Desconcentrada Regional en Veracruz Norte |        |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIT25311002-0059**

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

**LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

**CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00**

|                                                    |                                                                                                                                                                                           |  |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Lic. Ana Laura Puig Lagunes</b>                 | <b>Área Contratante</b><br><br>Titular de la Coordinación de<br>Abastecimiento y Equipamiento en el<br>Órgano de Operación Administrativa<br>Desconcentrada Regional en Veracruz<br>Norte |  |
| <b>Dra. María de los Ángeles Quiroz<br/>Garcia</b> | <b>Administrador del Contrato</b><br><br>Coordinadora de Prevención y Atención a la<br>Salud                                                                                              |  |

**Por "El Proveedor" (A)**

| <b>NOMBRE</b>                                                                                                                         | <b>R.F.C.</b>         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>C. Víctor Alarcón Pelaez</b><br><br>Representante Legal de<br><b>Operadora De Servicios De Salud Santa Lucía, S.A.<br/>De C.V.</b> | <b>OSS-080331-528</b> |

**Por "El Proveedor" (B)**

| <b>NOMBRE</b>                                                                                                | <b>R.F.C.</b>         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>C. José Arturo Maraboto Millán</b><br><br>Representante Legal de<br><b>Logística Marvél, S.A. De C.V.</b> | <b>LMA-101005-UF9</b> |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br><b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b><br><b>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE</b><br><b>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b><br><b>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> | <b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO</b><br><b>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b><br><br><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b><br><br><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE</b><br><b>HEMODIALISIS SUBROGADA</b><br><br><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b> |
|                                                                                   | <b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b>                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                      |

## Anexo 1 (uno)

### “Certificado de Disponibilidad Presupuestal Previo, Anexo Técnico y Términos y Condiciones”



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO**  
**CON VALIDACIÓN PRESUPUESTAL EN EL MÓDULO DE CONTROL DE COMPROMISOS**

SOLICITUD: 0000025530 - 2025

Dependencia Solicitante: D0031 Delegación Veracruz Norte  
 SEI Servicios Integrales  
 31020020 Oficina del COAD VERACRUZ NORT

Descripción:

Servicio: Hemodialis Extramuros

Fecha Impresión: 08/08/2025

Fecha Validación: 08/08/2025

|                                | Importe          | Cuenta   | Partida presupuestaria |
|--------------------------------|------------------|----------|------------------------|
| Total Comprometido (en pesos): | \$ 12,013,000.00 | 51331002 | 3390102 3390102        |

| COMPROMETIDO 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 | 2,513.0 | 9,500.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |

Este documento de respaldo presupuestario se emite con base en la revisión efectuada en el Módulo de Control de Compromisos del Sistema Financiero PREI-Millennium, 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, 8º, 144 y 148 del Reglamento Interior del IMSS y el numeral 7.2.10 de la Norma Presupuestaria del IMSS.

|                                                  |                  |
|--------------------------------------------------|------------------|
| <b>CERTIFICADO PREVIO</b>                        |                  |
| CONTRATO PREI _____<br>CONTRATO IMSS _____       |                  |
| IMPORTE: DOCE MILLONES TRECE MIL PESOS 00/100 MN | \$ 12,013,000.00 |

  
 MARY LU VILLACORTA ACOSTA  
 Autorizó  
 ENC. DEL DEPTO DE ADO DE BIENES Y CONTRAT DE SERVICIOS

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Servicio Médico Integral de Hemodiálisis Subrogada Anexo Técnico

### Glosario de Términos

**AAMI:** Association for the Advancement of Medical Instrumentation.

**Acuerdo de Nivel de Servicio:** Estándares cuantificables de mínimo desempeño asociados al servicio y que garantizan la prestación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada para cada una de sus partidas, así como el envío de la información generada por este servicio al Sistema de Información requerido por el área solicitante.

**Administrador del Contrato:** En OOAD será el Coordinador de Prevención y Atención a la Salud y en Unidad Médica de Alta Especialidad será el Director Administrativo.

**Área Contratante:** El área que fungirá con tal carácter, que para el caso que nos ocupa es la División de Servicios Integrales, adscrita a la Coordinación Técnica de Bienes y Servicios de la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios.

**Área Requirente:** OOAD y/o UMAE, mismas que remiten sus requerimientos, por conducto de la Coordinación de Planeación de Servicios Médicos de Apoyo al área contratante.

**Área Técnica:** Para la evaluación técnico médica será el personal operativo designado en cada OOAD (OOAD y UMAE); Para la evaluación de los aspectos técnico informáticos, serán los Coordinadores Delegacionales de Informática en los OOAD e Ing. Biomédico en las UMAE, la evaluación de los aspectos de Protección Civil se realizará por el personal del Departamento de Conservación y Servicios Generales de OOAD o de UMAE.

**AST:** Aspartato aminotransferasa.

**CBI:** Cuadro Básico Institucional.

**CDI:** Coordinador Delegacional de Informática.

**COCTI:** Coordinación de Control Técnico de Insumos. Área del Instituto responsable de verificar la calidad de los productos de acuerdo a la Normatividad establecida.

**COFEPRIS.** Comisión Federal Para la Prevención de Riesgos Sanitarios.

**Compras MX:** El Sistema Electrónico de información pública gubernamental sobre adquisiciones, arrendamientos, servicios, con dirección electrónica en Internet: <https://comprasmx.buengobierno.gob.mx/> desarrollado por la SFP que permite a los proveedores, así como, al área contratante, enviar y recibir información por medios remotos de comunicación electrónica, así como generar para cada procedimiento un mecanismo de seguridad que garantice la confidencialidad de las propuestas que se reciban por esa vía; y que constituye el único instrumento con el cual podrán abrirse los sobres que contengan las proposiciones en la fecha y hora establecidas en el presente documento para el inicio de los actos de presentación y apertura.

**Consumible:** Los materiales desechables necesarios para que el insumo realice sus funciones conforme a su intención de uso que pierden sus propiedades o características de origen después de usarse y que son de consumo repetitivo

**Cuadro Básico y Catálogo de Insumos para la Salud:** Documento normativo que regula los insumos que se utilizan en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

**Control de calidad:** Son las actividades en la etapa preanalítica, analítica y postanalítica y técnicas operativas desarrolladas para cumplir con los requisitos de calidad establecidos por la normatividad.

**Convocatoria:** El documento que contiene los requisitos de carácter legal, técnico y económico con respecto de los servicios objeto de la contratación y las personas interesadas en proveerlos o prestarlos, así como los términos a que se sujetará el procedimiento de contratación respectivo y los derechos y obligaciones de las partes, de conformidad al MAAGMAASSP.

**CTSDISA:** Coordinación Técnica y de Información para la Salud.

**CUCOP:** Clasificador Único de Contrataciones Públicas

**DIDT:** Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.

**DOF:** Diario Oficial de la Federación.

**EMA:** Entidad Mexicana de Acreditación A.C.

**Equipo de Cómputo:** Equipo requerido para la correcta operación del sistema de información en cuanto a entradas, procesamientos y salidas de información, tanto electrónica como manual

**Equipo Médico:** Son los aparatos con los que se realizarán los procedimientos hemodialíticos a los pacientes que presentan insuficiencia renal aguda o crónica u otros padecimientos que requieran detoxificación sanguínea, consisten en las máquinas de hemodiálisis, planta de tratamiento de agua, sillón clínico.

**Hemodiálisis:** Procedimiento terapéutico especializado empleado en el tratamiento de la insuficiencia renal, aplicando técnicas y procedimientos específicos a través de equipos, soluciones, medicamentos e instrumentos adecuados, que utiliza como

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

principio físico-químico la difusión pasiva del agua y solutos de la sangre a través de una membrana semipermeable extracorpórea

**Insuficiencia Renal Crónica o IRC:** Pérdida de la función renal generalmente lenta y progresiva, irreversible, de origen multifactorial.

**Instituto o IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social.

**I.V.A.:** Impuesto al Valor Agregado.

**KT/V.** Índice matemático que emplea a la urea como marcador para determinar la dosis de diálisis, tanto en hemodiálisis como en diálisis peritoneal. Rango de referencia de 1.2 - 1.4.

**LAASSP:** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

**Localidad:** Circunscripciones territoriales señaladas por este Instituto en el Anexo T1 del presente documento.

**Mantenimiento Correctivo:** Es el servicio que debe realizar el prestador del servicio a las máquinas de Hemodiálisis, Planta de Tratamiento de Agua y de cómputo que presente fallas a fin de garantizar los niveles de servicios requeridos por el Instituto.

**Mantenimiento Preventivo:** Es el servicio programado que debe realizar el prestador del servicio a las máquinas de Hemodiálisis, Planta de Tratamiento de Agua y de cómputo conforme a las especificaciones del fabricante a fin de garantizar los niveles de servicios requeridos por el Instituto.

**Módulo de Formalización de Instrumentos Jurídicos (MFIJ):** Es aquel a través del cual las dependencias y entidades, deberán formalizar de manera electrónica los instrumentos jurídicos que se deriven de los diversos procedimientos de contratación previstos en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y en la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, así como generar y/o incorporar la documentación que se les requiera de los mismos.

**NOM-003-SSA3-2010:** Norma Oficial Mexicana para la práctica de Hemodiálisis.

**OIC:** Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Only Exportation:** Equipos que son fabricados en un país y que no se usan en el mismo por no cubrir con las disposiciones oficiales de calidad.

**Only Investigation:** Equipos que son utilizados en el país donde son fabricados como prototipos para investigación y desarrollo de los mismos, que no acreditan en operación normal funcionen al 100% con relación a equipos de fabricación normal.

**OAD:** Órganos de Operación Administrativa Desconcertada (Delegaciones y UMAE).

**Paciente de nuevo ingreso:** Es el paciente que ingresa al programa de hemodiálisis subrogada de manera definitiva, incluyendo a pacientes que fueron dados de baja del programa anteriormente y que requieren nuevamente esta modalidad de terapia de manera definitiva.

**Planta de Tratamiento de Agua:** Sistema central de tratamiento de agua por ósmosis inversa para la producción de agua de calidad para empleo en hemodiálisis, de acuerdo a lo establecido en el Apéndice Normativo "A" de la NORMA Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de hemodiálisis.

**Partida:** La división o desglose de los bienes o servicios, contenidos en un procedimiento de contratación o en un contrato o pedido, para diferenciarlos unos de otros, clasificarlos o agruparlos

**POBALINES:** Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Precio Máximo de Referencia:** Es el precio a partir del cual, sin excepción, los proveedores ofrezcan porcentajes de descuento como parte de su proposición, mismos que serán objeto de evaluación.

**Procedimiento de Hemodiálisis:** Procedimiento terapéutico especializado que utiliza como principio físico-químico la difusión de agua y solutos pasiva a través de una membrana artificial semipermeable, y que se emplea en el tratamiento de la insuficiencia renal aplicando los aparatos e instrumentos adecuados.

**Proveedor:** La persona física o moral que celebre contrato adquisiciones, arrendamientos o servicios.

**Puesta a Punto:** Actividades requeridas para dar inicio a la operación conforme a los niveles de servicio requeridos por el Instituto.

**Reglamento:** Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

**SAT:** el Servicio de Administración Tributaria.

**Sesiones de Hemodiálisis:** Procedimiento terapéutico especializado empleado en el tratamiento de la insuficiencia renal, aplicando técnicas y procedimientos específicos a través de equipos, soluciones, medicamentos e instrumentos adecuados, que utiliza como principio físico-químico la difusión pasiva del agua y solutos de la sangre a través de una membrana semipermeable extracorpórea.

**SSA:** Secretaría de Salud.

**SFP:** Secretaría de la Función Pública.

**Unidad de Hemodiálisis Subrogada:** Área física donde se llevan a cabo los procedimientos de Hemodiálisis.

**Tratados de Libre Comercio:** Los tratados internacionales suscritos por los Estados Unidos Mexicanos, que contengan disposiciones que regulen la participación de proveedores extranjeros en procedimientos de licitación pública, realizados por las dependencias y entidades sujetas para la compra de bienes:

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

1. Tratado entre los Estados Unidos Mexicanos, los Estados Unidos de América y Canadá (T-MEC) (Capítulo 13).
2. Tratado de Libre Comercio entre los Estados Unidos Mexicanos y el Estado de Israel (TLC México-Israel) (Capítulo VI).
3. Tratado de Libre Comercio entre los Estados Unidos Mexicanos y los Estados de la Asociación Europea de Libre Comercio (TLC México AELC) (Capítulo V).
4. Acuerdo de Asociación Económica, Concertación Política y Cooperación entre los Estados Unidos Mexicanos y la Comunidad Europea y sus Estados Miembros, y en específico la Decisión 2/2000 del Consejo Conjunto CE-México. (TLCUEM) (Título III).
5. Acuerdo para el Fortalecimiento de la Asociación Económica entre los Estados Unidos Mexicanos y el Japón (TLC México-Japón) (Capítulo 11).
6. Tratado de Libre Comercio entre los Estados Unidos Mexicanos y la República de Chile (TLC México-Chile) (Capítulo 15 bis).
7. Protocolo Adicional del Acuerdo Marco de la Alianza del Pacífico (Capítulo 8). (Colombia, México, Chile y Perú)
8. Tratado de Libre Comercio entre los Estados Unidos Mexicanos y la República de Colombia (Capítulo XV).
9. Tratado Integral y Progresista de Asociación Transpacífico (TIPAT) (Capítulo 15). (Australia, Brunéi Darussalam, Canadá, Chile, Japón, Malasia, México, Nueva Zelanda, Perú, Singapur, Vietnam).
10. Acuerdo de Continuidad Comercial entre los Estados Unidos Mexicanos y el Reino Unido de la Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

**Testigo Social:** Persona física o moral que participa en el presente procedimiento de contratación con derecho a voz, con objeto de que, al término de la licitación, emita testimonio público sobre el desarrollo del mismo, con base en el artículo 60 del reglamento de la LAASSP.

**Unidad Médica:** Unidades de Medicina Familiar, Hospitales Generales de Zona, Hospitales Regionales, Hospitales Generales de Subzona, Hospitales Generales de Zona con medicina Familiar, Unidades Médicas de Alta Especialidad.

**URR:** Cociente de reducción de Urea.

**Verificación o Inspección:** la comprobación ocular o mediante muestreo, medición, pruebas de laboratorio, o examen de documentos que se realizan para evaluar la conformidad contra requisitos establecidos en un momento determinado.

#### Descripción del Servicio de Hemodiálisis Subrogada a Contratar

**Clave del Catálogo CPIM del Servicio de hemodiálisis Subrogada: 30.02.001**

**Hemodiálisis Sesiones Externas**

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

**De manera genérica se encuentra la siguiente: Clave: 33900010 Partida 33901 Servicio médico Clave CuCOP+ 33903-0012 Servicios integrales**

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

**Clave:**

|          |               |                                                        |
|----------|---------------|--------------------------------------------------------|
| 25400163 | Partida 25401 | Descripción: Dializador para hemodiálisis (desechable) |
| 53100357 | Partida 53101 | Descripción: Equipo para hemodiálisis                  |

El Instituto a fin de atender las necesidades de sus derechohabientes con insuficiencia renal crónica, requiere de la prestación del servicio de hemodiálisis subrogada, por lo que el proveedor deberá dar el debido cumplimiento a todos y cada uno de los requisitos que a continuación se describen en los términos y condiciones establecidos en el presente documento.

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

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

- Se encuentre certificada por el Consejo de Salubridad General o en proceso de certificación por dicho Consejo, en atención al ACUERDO por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

gobiernos federal, estatales de la Ciudad de México (antes Distrito Federal) y municipales, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.

- Ubicarse dentro de un radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que pretenda prestarse el servicio.
- El área de tratamiento deberá ser considerada área semirestringida (zona gris).
- La unidad de hemodiálisis subrogada deberá contar con servicio de traslado en ambulancia, en términos de la NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria, debiendo contar con las características mínimas como se indican en la NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria, numeral 4.1.4 Ambulancia de urgencias básicas, en caso de que la unidad de hemodiálisis subrogada no cuente con ambulancia propia; y factura en caso de que sea propia la ambulancia) para los caso que se requieran para:
  - Pacientes graves o que presenten complicaciones (pre, trans y post tratamiento) en el área de la unidad de hemodiálisis subrogada, hasta conseguir la estabilización hemodinámica del paciente para el traslado a la unidad médica de referencia.
- Contar con las áreas descritas en el apartado "*Infraestructura, Equipamiento y Suministro*" del presente documento, en apego a la NOM-003-SSA3-2010, "Para la práctica de la hemodiálisis".
- Central(es) de enfermeras con visibilidad de los pacientes.
- Área de aislamiento equipada destinada a pacientes con enfermedades infecto-contagiosas como: VIH o Hepatitis B o C.
- El área de aislamiento destinada a pacientes con COVID-19, deberá estar equipada con lo siguiente:
  - Máquina de hemodiálisis
  - Ventilador volumétrico
  - Monitor de signos vitales
  - Bomba de infusión de 3 canales
  - Carro rojo
  - Desfibrilador
  - Aspirador
  - Toma de oxígeno
  - Tubos endotraqueales
  - Cánulas de aspiración
- El área para cada estación de hemodiálisis deberá ser de por lo menos 1.5 x 2.0 mts., la cual se calculará con base a los metros cuadrados del área de tratamiento de hemodiálisis (área gris) y el número de máquinas que tenga la unidad subrogada de hemodiálisis.
- Toma o tanque portátil de oxígeno y aspirador de secreciones (en caso de optar por el uso de tanque portátil de oxígeno y aspirador de secreciones, deberá contar con uno por cada 5 (cinco) máquinas instaladas).
- Área de lavado, desinfección y esterilización de material de curación y médico-quirúrgico, en caso de no contar con material desechable.
- Almacén de ropa limpia o de ropa desechable, de guarda de bienes de consumo, área de intendencia, área de conservación y mantenimiento. En el caso de utilizar ropa desechable no será necesario que cuente con almacén de ropa sucia.
- Deberá cumplir con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- Debe contar con cisterna o tinacos para la disponibilidad de agua suficiente de acuerdo a la capacidad instalada de atención para los 365 días del año que permita la operación de la unidad.
- Cada paciente deberá recibir las sesiones con duración de 3:00 a 4:00 horas por sesión de acuerdo a la prescripción del médico del IMSS.
- El proveedor deberá tener el número de máquinas de hemodiálisis, de acuerdo a las necesidades de cada unidad médica, asegurando al menos 936 sesiones anuales por cada máquina, para la atención de cada uno de los pacientes. Apegándose al horario de servicio que será de las 7 a las 21 horas, de lunes a sábado; incluso días festivos. Los horarios diferentes se deberán acordar con las autoridades delegacionales o de la UMAE correspondiente.
- El proveedor, debe garantizar el equipo y bienes de consumo específicos para pacientes pediátricos en los lugares en donde se requiera la atención para este tipo de pacientes.
- El proveedor deberá contar con los equipos médicos, y bienes de consumo que se requieren para llevar a cabo los procedimientos (sesiones de hemodiálisis), para cubrir las necesidades de las unidades hospitalarias que se adjudiquen. Por lo que una vez que se conozca al proveedor deberá coordinar acciones con las unidades médicas asignadas para prestar el servicio en tiempo y forma.

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

- A todo paciente al que se le haya determinado la permanencia en el programa de hemodiálisis subrogada se le deberá colocar un acceso vascular permanente. La transición del acceso vascular temporal a un acceso vascular definitivo, no deberá ser mayor a los 3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada, siendo éste colocado por el proveedor, el cual deberá atender las complicaciones que se presenten. El plazo contará a partir de la fecha de ingreso a la unidad de hemodiálisis subrogada y de acuerdo al formato de subrogación de servicios 4-30-2/03.

Por lo anterior, deberá enviar a la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas el listado de los pacientes a quienes se les realizó el cambio de catéter de acceso vascular temporal a definitivo, a través de los siguientes correos: [jose.gutierrezm@imss.gob.mx](mailto:jose.gutierrezm@imss.gob.mx), [ricardo.cortes@imss.gob.mx](mailto:ricardo.cortes@imss.gob.mx), [maría.galindomi@imss.gob.mx](mailto:maría.galindomi@imss.gob.mx); y [miriam.zunigar@imss.gob.mx](mailto:miriam.zunigar@imss.gob.mx).

- El proveedor del servicio subrogado será responsable de mantener un acceso vascular funcional y sin complicaciones derivadas de la prestación del servicio.
- Una vez registrado el paciente en la unidad de hemodiálisis subrogada, el proveedor prestador del servicio deberá mantener los estudios actualizados para cada paciente conforme a lo establecido en el apartado denominado, "La Unidad de hemodiálisis subrogada deberá realizar por cada paciente las siguientes pruebas de laboratorio con la frecuencia que a continuación se especifica", del presente documento. Deberá recibir a los pacientes en caso de hemodiálisis de urgencia, los cuales serán remitidos por el Instituto una vez estabilizados hemodinámicamente, con los estudios de acuerdo con el apartado Responsabilidades del Instituto a excepción del panel para virus de Hepatitis B, C y VIH, el cual se enviará en un plazo no mayor a 15 días naturales.
- A partir de su referencia a la unidad de hemodiálisis subrogada serán responsabilidad del proveedor, el cuidado, el mantenimiento y/o recambio del acceso vascular temporal o definitivo y, la atención de las complicaciones que se presenten.

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

- Peso, del paciente pre- y post- diálisis, presión arterial pre-, trans- y post- diálisis, temperatura pre- y post- diálisis, frecuencia cardíaca pre-, trans- y post- diálisis, verificar heparinización tipo de filtros de diálisis, flujo del dializante, flujo sanguíneo, tiempo de diálisis y ultrafiltración, K/tv, signos y síntomas del paciente antes, durante y al finalizar la hemodiálisis. Las mediciones tomadas por la máquina de hemodiálisis deben registrarse en el sistema de información.
- Exploración física con especial énfasis en el acceso vascular.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- Eventos relevantes y complicaciones.
- Medicamentos administrados.
- Transmitir a la base de datos central del Instituto, al finalizar la sesión de hemodiálisis, los datos registrados en el sistema de información, de acuerdo a la ETIMSS 5640-023-004, mediante mensajería HL7.
- Establecer los mecanismos necesarios para manejo de identidad, al iniciar y finalizar la sesión de hemodiálisis, de acuerdo a la ETIMSS 5640-023-004.

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

- En forma mensual: urea o nitrógeno ureico, biometría hemática completa, glucosa, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, TGO (sólo en caso de pacientes seropositivos para hepatitis B o C.
- Trimestral: Cinética de hierro: Ferritina, transferrina, albúmina, proteínas totales.
- Cuatrimestral: Determinación de antígeno de superficie (HBs Ag), Anti HCV.
- Semestral: Colesterol, triglicéridos, VIH.

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

Así mismo, deberá enviar los informes trimestrales, cuatrimestrales y semestrales a la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas través de los siguientes correos: [jose.gutierrezm@imss.gob.mx](mailto:jose.gutierrezm@imss.gob.mx), [ricardo.cortes@imss.gob.mx](mailto:ricardo.cortes@imss.gob.mx), y [maría.quirozg@imss.gob.mx](mailto:maría.quirozg@imss.gob.mx); [miriam.zunigar@imss.gob.mx](mailto:miriam.zunigar@imss.gob.mx).

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

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

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

- En caso necesario de transfusión de componentes sanguíneos, que provoque descompensación aguda, el paciente deberá ser trasladado a la unidad hospitalaria de adscripción correspondiente sin costo adicional.
- Considerar como pacientes de alto riesgo a aquellos que se encuentran seropositivos con hepatitis B o C y VIH, y a los que en condiciones de urgencia, no se haya podido determinar su panel viral.
- Los pacientes que se encuentren con hepatitis B o C y VIH con prueba confirmatoria positivos, deben dializarse en riñón artificial exclusivo para este tipo de pacientes y en área aislada, siguiéndose las técnicas internacionales establecidas.
- Los pacientes con hepatitis B y C y VIH deben dializarse utilizando en ellos material y equipo exclusivo. En estos pacientes no debe reutilizarse el dializador. Se deberá seguir el procedimiento de técnica de aislamiento aplicando la NOM 010-SSA2-2010 "Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana".

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- El material desechable utilizado en los procedimientos de hemodiálisis, deberá ser exclusivo para cada paciente.
- El proveedor deberá presentar escrito libre donde señale que cumple con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
- Aseo exhaustivo de las áreas al menos una vez por semana, utilizando detergente en todas las superficies como pisos, paredes, puertas y ventanas y/o de acuerdo a cultivos bacteriológicos realizados en el área.
- Fumigar todas las áreas de la unidad al menos una vez al mes, con plaguicidas o pesticidas y en su caso aplicar soluciones bactericidas.
- Asear y desinfectar la máquina de hemodiálisis después de cada procedimiento, de igual forma el demás mobiliario que haya sido utilizado, deberá ser aseado y sanitizado al término de cada día de uso.
- En la detección de casos nuevos de Hepatitis B, C y VIH, por la unidad de hemodiálisis subrogada, ésta deberá dar aviso al director y médico tratante del hospital de referencia, a través de nota médica de la presencia de esta patología.

Envío de nota médica mensual a la unidad médica del Instituto de adscripción conforme a la NOM-004-SSA3-2012, "Del expediente clínico" anotando los resultados de los exámenes de laboratorio con la periodicidad referida en el apartado "La Unidad de hemodiálisis subrogada deberá realizar por cada paciente las siguientes pruebas de laboratorio con la frecuencia que a continuación se especifica", del presente documento. Así mismo la información deberá ser enviada a la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas través de los siguientes correos: [jose.gutierrezm@imss.gob.mx](mailto:jose.gutierrezm@imss.gob.mx), [ricardo.cortes@imss.gob.mx](mailto:ricardo.cortes@imss.gob.mx), [maría.galindomi@imss.gob.mx](mailto:maría.galindomi@imss.gob.mx); y [miriam.zunigar@imss.gob.mx](mailto:miriam.zunigar@imss.gob.mx).

#### Responsabilidades del Instituto:

- a) El Instituto a través del servicio de (Medicina Interna o Nefrología), enviará al paciente con solicitud de subrogación (**4-30-2/03**) debidamente acreditada por el director de la unidad y/o subdirector médico y jefe de servicio, con resumen médico, con vigencia actualizada y los estudios complementarios de laboratorio y gabinete siguientes: Biometría hemática completa, pruebas de coagulación, química sanguínea glucosa, urea y creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, calcio, fósforo TGO, TGP, proteínas totales, albúmina panel de hepatitis B y C, VIH y placa de tórax.
- b) El Instituto será responsable de extender las recetas de medicamentos, incapacidades, solicitudes de interconsulta, de laboratorio y gabinete en caso necesario para cada paciente incluido en el servicio de hemodiálisis subrogada materia del presente documento.
- c) El Instituto, ratificará la continuidad del servicio de cada paciente, a través de la verificación de la vigencia de derechos actualizada.
- d) El Instituto dará continuidad a la atención de complicaciones propias de la hemodiálisis de cada paciente, que haya requerido traslado de la unidad de hemodiálisis subrogada a la unidad hospitalaria del Instituto.
- e) A través de personal autorizado por el Instituto, realizará visitas de supervisión a la unidad de hemodiálisis subrogada, a efecto de verificar la debida prestación del servicio en forma integral, ininterrumpida a lo descrito en el **Anexo T4 (T-cuatro)** Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada, de la invitación.
- f) Para pacientes seronegativos aplicar vacunación contra hepatitis B con doble dosis al ingresar al programa de hemodiálisis subrogada, en caso de no tenerla y completar su esquema de vacunación.
- g) Procedimiento de transfusión en caso necesario y previa valoración médica.
- h) En el caso de los accesos vasculares el Instituto será responsable de enviar al paciente a la unidad de hemodiálisis subrogada con un acceso vascular temporal o definitivo funcional.

#### Responsabilidades del proveedor:

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

1. Prestar el servicio subrogado de hemodiálisis en los términos y condiciones establecidos en este contrato y conforme a lo señalado en los apartados de este Anexo Técnico, los Términos y Condiciones y sus Anexos; **Anexos T1** (T-uno) Requerimiento y **T2** (T-dos) Propuesta de la Descripción de las especificaciones del equipo médico y bienes de consumo para realizar los tratamientos hemodialíticos, "ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS, A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES, C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE y E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO, **T3** Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas, **T4** Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada, **T5** Calendario para entrega de las pruebas de la calidad del agua de hemodiálisis subrogada, **T6** Calendario para entrega mensual de catéteres, **T7** Tabla cifras de control de registro nominal hemodiálisis subrogado, **T8** Directorio de unidades médicas los cuales forman parte de este documento.

2. Atender de manera adecuada y oportuna las complicaciones o emergencias propias del procedimiento, (en el pre, trans y post hemodiálisis) utilizando todos los recursos humanos, materiales y equipo que se requieran, hasta conseguir la estabilización hemodinámica del paciente y su traslado a la unidad de adscripción, sin costo adicional para el Instituto.

Deberá entender por complicaciones:

- Hipotensión arterial severa, cuadro de cardiopatía isquémica aguda, descompensación metabólica aguda, bacteriemia, arritmias cardíacas, enfermedad cerebral vascular en fase de instalación y cualquier otra eventualidad aguda que comprometa la integridad y estabilidad hemodinámica del paciente.
  - Complicaciones del acceso vascular temporal que se deriven:
    - 1.- De la manipulación del catéter.
    - 2.- Disfunción inherente del catéter.
    - 3.- Generadas durante el proceso de hemodiálisis.
  - Complicaciones del acceso vascular definitivo que se deriven:
    - 1.- De la manipulación o cateterización.
    - 2.- Disfunción inherente del acceso.
    - 3.- Generadas durante el proceso de hemodiálisis.
3. Deberá notificar a la unidad médica correspondiente del Instituto por vía telefónica en forma inmediata y por escrito en un plazo máximo de 24 horas siguientes a la presentación del caso de complicaciones, al director o subdirector médico de la unidad correspondiente, para la atención del médico nefrólogo tratante brindando la siguiente información:
    - Un resumen clínico del caso;
    - Detalle de la complicación;
    - Atención que se brindó, y
    - Resultados obtenidos, con objeto de dar continuidad al tratamiento.

La llamada telefónica permitirá el traslado inmediato del paciente estabilizado en ambulancia de la unidad de hemodiálisis subrogada al hospital correspondiente.

4. Deberá enviar al Jefe de Servicio de la unidad hospitalaria institucional correspondiente: resumen mensual, con nota de evolución, eventos relevantes, resultados de laboratorio y gabinete, observaciones de cada uno de los pacientes.
5. Dará las facilidades necesarias para que el personal autorizado y designado por el Instituto pueda hacer las visitas de supervisión referidas en el inciso e) del apartado "*Responsabilidades del Instituto*" del presente documento.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

6. La unidad de hemodiálisis subrogada tendrá la facultad de optar por cualquiera de las opciones siguientes: uso de dializadores nuevos por cada sesión de hemodiálisis; o el reúso de dializadores de forma automatizada.
7. Es responsabilidad estricta del proveedor asegurar la calidad del “Agua de Diálisis” desde el punto de vista bacteriológico y químico, conforme a la NOM-003-SSA3-2010 “Para la Práctica de la hemodiálisis” y las recomendaciones de la AAMI consideradas en la norma citada. Es obligatorio para el proveedor contar con el reporte original de las pruebas realizadas por un laboratorio acreditado, antes del inicio y en operación con la periodicidad bimestral y anual correspondiente.
8. En el caso del reúso de los dializadores, deberá apegarse a las normas del apéndice “B” de la NOM 003-SSA3-2010 Para la Práctica de la hemodiálisis.
9. Cumplir con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
10. Presentar copia del contrato de prestación de servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, o en caso de contar con laboratorio propio, copia de la licencia de funcionamiento del laboratorio clínico.
11. Si va a optar por el reprocesamiento de dializadores deberá ofertar y presentar la documentación correspondiente de la Unidad de reprocesamiento de dializadores conforme a la Clave 531.340.0227 del al Anexo **T2** (T-dos)

#### **Cantidad de sesiones de hemodiálisis requeridas:**

La cantidad mínima y máxima de sesiones de hemodiálisis a contratar se establece en el Anexo **1** (uno) del presente documento, para un período de contratación a partir del 16 de octubre al 31 de diciembre de 2025.

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

##### **Personal**

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

#### **Infraestructura, Equipamiento y Suministros**

##### **A. Área Física**

La unidad de hemodiálisis subrogada deberá estar conforme a la NOM-003-SSA3-2010 Para la práctica de hemodiálisis en sus numerales 6.1, 6.4 y 6.5

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

- El área para cada estación de hemodiálisis deberá ser de por lo menos 1.5 x 2.0 mts
- Consultorio,
- Área de recepción de fácil acceso a los pacientes,
- Central de enfermeras,
- Almacén,
- Área de prelavado y de tratamiento de agua.
- Sanitarios para pacientes, diferenciado para hombres y mujeres.
- Sanitarios para personal de la unidad,
- Cuarto séptico,
- Área administrativa,
- Sala de procedimientos (En caso de no encontrarse la unidad de hemodiálisis dentro de un hospital). Al menos deberá contar con lo descrito en los estándares de estructura para la autoevaluación de establecimientos de atención médica de hemodiálisis vigentes emitidos por el Consejo de Salubridad General vigentes.
- Instalaciones y accesorios propios para el manejo de pacientes con capacidades diferentes y
- Sala de espera.

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

#### **B. Características del Equipo y de los Bienes de Consumo**

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

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- Material estéril necesario para conexión y desconexión de fístula o catéter.

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

### C. Requisitos del Agua a utilizar en Hemodiálisis

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

Es responsabilidad del proveedor del servicio asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" desde el punto de vista bacteriológico y químico, conforme a la NOM-003-SSA3-2010 "Para la Práctica de la hemodiálisis" y las recomendaciones de la AMMI consideradas en la norma citada y siendo obligatorio contar con el reporte original de los resultados de las pruebas realizadas por un laboratorio acreditado, antes del inicio de la prestación del servicio y en operación con la periodicidad bimestral para el análisis de contaminantes biológicos que deberán realizarse a la planta de tratamiento de agua, así como máquinas de hemodiálisis y al menos una vez al año para contaminantes químicos.

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

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

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

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

El administrador del contrato y el proveedor determinarán en conjunto, las fechas en que el proveedor deberá entregar copia simple de los reportes originales de los resultados de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del agua, presentando los originales de dichos reportes para cotejo, con la periodicidad bimestral para el análisis de biológicos y al menos una vez al año para los estudios químicos, así como, validar que los resultados se encuentren dentro de los parámetros estipulados en la NOM 003-SSA3-2010 de los estudios mencionados, mediante el Anexo **T5** (T-cinco) CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE HEMODIALISIS SUBROGADA.

### D. Verificación física o visitas de supervisión

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

### E. Constancias con las que deberá contar el proveedor:

- Registros Sanitarios de los equipos y de los bienes de consumo requeridos para la prestación del servicio, a excepción de aquellos que no requieran Registro Sanitario de acuerdo con la COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios).
- Licencia sanitaria y/o Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- c) Certificados de calidad vigentes en su idioma original, de los equipos y bienes de consumo que se utilizarán para la prestación del servicio, expedidos por los organismos de control y/o autoridades sanitarias del país de origen.
- d) Copia del certificado de buenas prácticas de manufactura, en el idioma del país de origen de los equipos y bienes de consumo ofertados, acompañado de su traducción al español y expedido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen o copia simple del certificado FDA o Comunidad Económica Europea vigente de los equipos y bienes de consumo ofertados.
- e) Documento emitido por el Secretario del Consejo de Salubridad General, en el cual se señala que el establecimiento privado de atención médica hospitalaria con el que se ofrece el servicio al Instituto, cuenta con certificación vigente o se encuentra en proceso de certificación, en atención al Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.

Durante la vigencia de la prestación del servicio del contrato, el Administrador del Contrato verificará en la página de internet del Consejo de Salubridad General (<http://www.csg.gob.mx/>), que las clínicas en donde se presten los servicios se mantenga vigente la Certificación de Establecimientos de Atención Médica de Hemodiálisis, ya que en caso contrario deberá dar una fecha no mayor a un mes para la entrega de la certificación correspondiente actual a ese momento y vigente.

- f) Certificado de libre venta vigente emitido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen, en el que se señale que los equipos y bienes de consumo necesarios para la prestación del servicio pueden ser usados sin restricción de uso en el país de origen.

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

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

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

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

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

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

#### **Puesta a Punto del Sistema de Información:**

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

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

#### **Certificación del Sistema de Información**

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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

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

**a) Firma de Acuerdo de Confidencialidad**

El proveedor del Servicio se compromete con el Instituto a firmar un acuerdo de confidencialidad, Anexo **TI2** (TI dos) Acuerdo de Confidencialidad, en el cual se establece que en ningún momento y bajo ninguna circunstancia podrá hacer uso de la información puesta a su disposición o generada durante y posterior a la vigencia de este contrato para un fin distinto al establecido en su objeto y en el presente documento, sujetándose a las del sistema y soporte, responsabilidades económicas, penales y de cualquier otra índole a instancia del Instituto que deriven del incumplimiento de este acuerdo.

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

El proveedor deberá notificar los datos de contacto de la persona responsable de establecer comunicación con el Instituto para todo lo referente al Sistema de Información, Anexo **TI3** (TI tres) "Designación de contacto responsable".

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

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

**d) Pruebas de funcionalidad**

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

La prueba final en sitio, se realizará una vez aprobado el punto anterior en la Unidad Médica adjudicada que el Instituto designe de acuerdo con el calendario de Despliegue, previamente acordado con las Unidades Médicas, con la versión aprobada del Sistema de Información en operación durante 24 (veinticuatro) horas naturales.

Esta deberá ser solicitada a la DSDICDS, mediante un escrito libre en hoja membretada de la empresa, el cual se entregará en el área de Gestión de Correspondencia de la DIDT, ubicada en Tokio 80, 5to. Piso, Col Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, C.P. 06600.

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

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

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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

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

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

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

- **Norma Oficial Mexicana NOM 003-SSA3-2010**, Para la práctica de la hemodiálisis, fecha de publicación en el DOF 08/06/2010.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico, que establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, de fecha de publicación en el DOF 15/10/2012
- **Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012**, Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud, Fecha de Publicación en el DOF 30/11/2012.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. Fecha de Publicación en el DOF 1 /11/ 2001
- **Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010**, para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Fecha de Publicación en el DOF. 10/11/2010
- **Norma Oficial mexicana NOM-001-SEDE-2012**, Instalaciones Eléctricas. Fecha de Publicación en el DOF 29/11/2012
- **Norma Oficial mexicana NOM-002-STPS-2010**, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo. Fecha de Publicación en el DOF 12 /11/ 2010
- **Norma Oficial mexicana NOM-001-STPS-2008**, edificios, locales, instalaciones y áreas en los centros de trabajo- condiciones de seguridad. Fecha de Publicación en el DOF 2/10/ 2008
- **Norma Oficial mexicana NOM-025-STPS-2008**, Condiciones de iluminación en los centros de trabajo. Fecha de Publicación en el DOF 12/12/ 2008
- **Norma Oficial mexicana NOM-026-STPS-2008**, colores y señales de seguridad e higiene, e identificación de riesgos por fluidos conducidos en tuberías. Fecha de Publicación en el DOF 2 /10/ 2008
- **Norma Oficial mexicana NOM-029-STPS-2011**, mantenimiento de las instalaciones eléctricas en los centros de trabajo-condiciones de seguridad. Fecha de Publicación en el DOF 29/12/2011
- **Norma Oficial mexicana NOM-003-SEGOB-2011**, señales y avisos para protección civil, colores, formas y símbolos a utilizar. Fecha de Publicación en el DOF 23/12/2011
- **NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013**, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria, Fecha de Publicación en el DOF: 23/09/2014
- **Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015**, Personas con discapacidad.- Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre. Fecha de Publicación en el DOF 12/08/2016
- **NOM-223-SSA1-2003**. Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. Fecha de Publicación en el DOF 16/12/2003
- **2000-001-006** norma que establece las disposiciones generales para la planeación, obtención y el control de los servicios subrogados de atención médica vigente.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Servicio de Hemodiálisis Subrogada

### Términos y Condiciones

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

#### Vigencia de la prestación del servicio:

El plazo para la prestación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada será a partir del 16 de octubre al 31 de diciembre de 2025.

#### Plazo de entrega:

#### Condiciones de la Prestación del Servicio

El procedimiento de hemodiálisis se llevará a cabo únicamente en las instalaciones de la unidad de hemodiálisis subrogada del proveedor.

Por ningún motivo podrá el proveedor otorgar el servicio a través de terceros o en instalaciones distintas a las propuestas y estipuladas en el presente documento.

El horario de servicio será de las 7:00 a las 21:00 horas de lunes a sábado; incluso días festivos, de conformidad con el apartado denominado "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES PUNTOS" de este documento.

El servicio de hemodiálisis deberá ser prestado dentro del plazo establecido y de acuerdo a las necesidades de las unidades médicas contenidas en el Anexo 2 (dos).

#### La unidad de hemodiálisis subrogada deberá cumplir con los siguientes puntos

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

- Deberá existir un responsable de la unidad de hemodiálisis subrogada quien deberá ser un médico especialista en nefrología con certificado de especialización y cédula profesional, debiendo encontrarse en la unidad de hemodiálisis durante la práctica de la misma a los pacientes del Instituto.
- Deberá contar con el personal de enfermería con especialidad en nefrología o personal profesional y técnico con capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de seis meses de enfermería, el cual deberá contar con al menos una enfermera por cada 3 (tres) máquinas de hemodiálisis.

Para garantizar lo anterior, durante la prestación del servicio al proveedor, el Instituto realizará verificaciones del personal que presta el servicio, durante las visitas de supervisión semestrales o las que se determinen necesarias, señaladas en los presentes Términos y Condiciones y en su caso, Anexo Técnico.

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

Esto será acumulable, con el propósito de contar con un stock para garantizar la atención oportuna de los pacientes referidos por primera vez a las unidades subrogadas, los catéteres se entregarán al almacén de la unidad médica correspondiente o en donde lo indique el Director Médico de la Unidad dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes en el horario de 9 a 15

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

horas, de lunes a viernes, debiendo anotar nombre, matrícula y cargo de quien los recibe y debiendo notificar al administrador del contrato, en su caso, la falta de entrega de los catéteres.

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

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

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

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

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

En caso de optar por el reúso de dializadores deberá contar con personal especializado para el uso de la Unidad de procesamiento de dializadores.

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

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

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

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

### **Visita a las Instalaciones**

El Instituto realizará visitas a las instalaciones de los licitantes de acuerdo a lo siguiente:

Durante el periodo de evaluación el Instituto realizará la verificación de la Unidad Médica Subrogada de Hemodiálisis, con base al Anexo **T3** (T Tres) Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de Hemodiálisis subrogada, a cargo del personal designado por el OOADRVN; en los domicilios de las instalaciones señalados por los licitantes.

Asimismo, durante la vigencia del contrato, la verificación se realizará, con base al Anexo **T4** (T cuatro) CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, misma que estará a cargo del personal designado por

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

en el OOADRVN; se llevará a cabo en los domicilios de las instalaciones del licitantes adjudicados, y en caso de incumplimientos, se iniciará el proceso de rescisión.

#### NIVELES DE SERVICIO

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

| Concepto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Niveles de Servicio                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| La transición del acceso vascular temporal por un acceso vascular definitivo para los pacientes con permanencia en el programa, no deberá ser por un tiempo mayor de:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada.                             |
| Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI.<br>La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.                                                                                                                                                                                                                      | Bimestral. (al día hábil siguiente a la conclusión del bimestre)                                     |
| Reporte de laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010.<br>La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.                                                                                                                                                                                                                                                                    | Resultados de análisis bacteriológico dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010. |
| Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI.<br>La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico.                                                                                                                                                                                                                                          | Al menos una vez al año. (al día hábil siguiente a la conclusión del año)                            |
| Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI.<br>La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico.                                                                                                                                                                                                                                          | Resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010        |
| Dotación del mismo número de catéteres temporales o permanentes que fueron colocados a pacientes referidos a subrogación el mes inmediato anterior más 2 (dos) catéteres temporales o permanentes como lo solicite el jefe de servicio                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Mensualmente. (dentro de los primeros 5 días hábiles de cada mes)                                    |
| El participante adjudicado establecerá contacto con la División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud (DSDICDS), dependiente de la CSDISA, a efecto de establecer la estrategia de cumplimiento de los siguientes puntos:<br>a) Firma del Acuerdo de Confidencialidad<br>b) Designación de contacto responsable con sus datos<br>c) Designación de sistema y empresa soporte<br>d) Solicitud de Pruebas de funcionalidad | Dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes a la fecha de asignación.                          |
| Instalación y puesta en operación, del Sistema de Información e instrumentos necesarios para el manejo de identidad del paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Dentro de los 30 (treinta) días naturales contados a partir de la emisión de la asignación.          |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Concepto                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Niveles de Servicio                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| El participante proporcionará un Calendario de Despliegue del Sistema Evaluado considerando todas las Unidades de Hemodiálisis incluidas en el contrato                                                                                                                                           | Dentro de los 5 (cinco) días naturales posteriores a la fecha de aprobación del sistema de información. |
| Registro de la información de la sesión realizada, en la base de datos central del Instituto, conforme a la (ETIMSS), 5640-023-004 Especificación Técnica del Sistema de Información de Hemodiálisis Extramuros, necesario para la transmisión de datos a la base de datos central del Instituto. | En un plazo no mayor a las 24 veinticuatro) horas, posteriores a la fecha en que se otorgó la sesión.   |

#### **Devolución por defectos, vicios ocultos de los bienes o de la calidad de los servicios.**

La devolución y reposición de Bienes de Consumo será por cuenta y a cargo del participante adjudicado, de acuerdo a lo establecido en el ANEXO TÉCNICO.

Los montos a deducir se aplicarán en la factura que el proveedor presente para su cobro.

Las deducciones no podrán exceder del 10% del monto máximo total del contrato.

El Instituto descontará las cantidades por concepto de deductivas de la factura que el proveedor presente para su cobro.

El participante se obliga a responder por su cuenta y riesgo de los daños y/o perjuicios que por inobservancia o negligencia de su parte, llegue a causar al Instituto y/o a terceros, con motivo de las obligaciones pactadas en este instrumento jurídico, o bien, por los defectos o vicios ocultos en los bienes entregados, de conformidad con lo establecido en el artículo 75 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

# **ANEXO T1 REQUERIMIENTO DE SESIONES PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA**

| TIPO | NUM | LOCALIDAD      | A PARTIR DEL 16 OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE 2025 |                 |
|------|-----|----------------|-------------------------------------------------|-----------------|
|      |     |                | MÍNIMO SESIONES                                 | MÁXIMO SESIONES |
| UMAA | 242 | VERACRUZ, VER. | 2,640                                           | 6,600           |

## **RELACIÓN DE UNIDADES QUE REQUIEREN EL SERVICIO**

| No. | DELEGACIÓN     | TIPO | No. | LOCALIDAD     | DOMICILIO                                                         | DIRECTOR                              | TELÉFONO       |
|-----|----------------|------|-----|---------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|
| 1   | Veracruz Norte | UMAA | 242 | Veracruz, Ver | CARRETERA VERACRUZ-<br>XALAPA KM. 13, C.P.<br>91980 TEJERIA, VER. | Dr. Víctor Manuel<br>Gonzalez Arriola | 222 9 20 91 46 |

## **ANEXO T7 (T-siete) TABLA CIFRAS DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL HEMODIALISIS SUBROGADO**

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

La parte sombreada es un ejemplo.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ANEXO T5 (T-cinco) CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE HEMODIALISIS SUBROGADA

OOAD: \_\_\_\_\_

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_

|            |                                   |
|------------|-----------------------------------|
| PROVEEDOR: | UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA: |
|            | NÚMERO DE CONTRATO:               |

| AÑO:      | PRUEBAS BIOLÓGICAS<br>(BIMESTRAL) |                                        | PRUEBAS QUÍMICAS<br>(ANUAL) |                                        |
|-----------|-----------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|
| MES       | FECHA MÁXIMA DE ENTREGA           | CUMPLE CON ESPECIFICACIONES<br>(SI/NO) | FECHA MÁXIMA DE ENTREGA     | CUMPLE CON ESPECIFICACIONES<br>(SI/NO) |
| OCTUBRE   |                                   |                                        |                             |                                        |
| NOVIEMBRE |                                   |                                        |                             |                                        |
| DICIEMBRE |                                   |                                        |                             |                                        |

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

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

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

ANEXO T6 (T-seis) CALENDARIO PARA ENTREGA MENSUAL DE CATÉTERES

OOAD: \_\_\_\_\_

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_

|            |                                   |
|------------|-----------------------------------|
| PROVEEDOR: | UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA: |
|            | NÚMERO DE CONTRATO:               |

| AÑO:      | CATÉTER PERMANENTE | CATÉTER TEMPORAL | TOTAL |
|-----------|--------------------|------------------|-------|
| MES       | CANTIDAD           | CANTIDAD         |       |
| OCTUBRE   |                    |                  |       |
| NOVIEMBRE |                    |                  |       |
| DICIEMBRE |                    |                  |       |

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

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

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



|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### INSTRUCTIVO DE LLENADO

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

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### CARACTERÍSTICAS DE OPERACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA.

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

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Anexo 2 (dos)

**“Propuesta Técnica de “El Proveedor” y Asignación”**



**UNIDAD DE HEMODIÁLISIS**

**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

**FOLIO 0005**

**Anexo T 2 (T dos)**

XALAPA, VERACRUZ, A 3 DE OCTUBRE DEL 2025.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
**P R E S E N T E**

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
No. LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025, PARA LA CONTRATACIÓN DEL  
SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, PARA LA UMAA 242 TEJERÍA, VER.,  
DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO,  
DURANTE EL PERÍODO A PARTIR DEL 16 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DEL EJERCICIO 2025.

**VÍCTOR ALARCÓN PELÁEZ**, EN MI CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL, DE LA EMPRESA  
DENOMINADA **OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD, SANTA LUCIA, S.A. DE C.V.**, MANIFIESTO  
BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE, PRESENTAMOS NUESTRA PROPUESTA TÉCNICA, DE  
ACUERDO CON EL ANEXO T2 (T DOS) Y QUE SE INTEGRA DE LO SIGUIENTE:

**Anexo T 2 (T dos)**  
**ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS**

**A) SISTEMA DE HEMODIÁLISIS PARA USO EN NEONATO, PEDIÁTRICO Y ADULTO.**  
**Las características de la máquina de hemodiálisis deberán apegarse al Compendio Nacional de Insumos para la Salud, clave 531.340.0169**

| No | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                             | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | Equipo para el tratamiento de pacientes con falla renal o con otros padecimientos que requieran desintoxicación sanguínea y eliminación de exceso de líquidos del organismo (ultrafiltración) para uso en neonato, pediátrico y adulto a través de terapias dialíticas. | Equipo para el tratamiento de pacientes con falla renal o con otros padecimientos que requieran desintoxicación sanguínea y eliminación de exceso de líquidos del organismo (ultrafiltración) para uso en neonato, pediátrico y adulto a través de terapias dialíticas.<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 1.<br>PROPOSITO DE ESTA MÁQUINA Y CONTRAINDICACIÓN.<br>SUBINDICE 1.1 PROPOSITO ENTENDIDO DE ESTA MAQUINA<br>Hoja 1-1<br><br><b>FABRICANTE:</b><br>YAC ELEX CO LTD<br><b>MARCA:</b><br>NIPRO<br><b>MODELO:</b><br>DIAMAX<br><b>Registro Sanitario:</b><br>0754E2008 SSA |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOLIO 0006



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
SANTA LUCÍA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

| No  | Descripción                                                                            | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | Máquina de hemodiálisis con tecnología basada en microprocesadores.                    | Máquina de hemodiálisis con tecnología basada en microprocesadores.<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 7, Especificaciones.<br>SUBINDICE 26<br>Hoja 7-1                                                                                                                                                                                                      |
| 2   | Con capacidad de administración de datos a través de un sistema de cómputo.            | Con capacidad de administración de datos a través de un sistema de cómputo.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 9, Configuración del panel de operación<br>SUBINDICE 9.6. Nombres y funciones de la sección de la fuente de energía,<br><br>TABLA<br>Numeral 16l.<br>Hoja 9-5<br><br>CATÁLOGO DIAMAX.<br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Funciones. |
| 3   | Que trabaje con bicarbonato en polvo, cartucho o en solución (para uso no parenteral). | Que trabaje con bicarbonato en polvo (para uso no parenteral).<br><br><b>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</b><br>CAPITULO 7, ESPECIFICACIONES<br>SUBINDICE 7.1 Funciones principales de la máquina<br>Hoja 7-2                                                                                                                                                            |
| 4   | Con control de parámetros de:                                                          | Con control de parámetros de:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 4.1 | Temperatura del líquido dializante dentro del rango de 35 a 38 grados centígrados.     | Temperatura del líquido dializante dentro del rango de 30 a 40 grados centígrados.<br><b>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</b><br>CAPITULO 7, ESPECIFICACIONES<br>SUBINDICE 7.9.8 Temperatura del Dializado.<br>Hoja 7-7<br>TABLA<br><br><b>CATÁLOGO DIAMAX.</b><br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Temperatura de dializado.                                     |
| 4.2 | Flujo del líquido dializante dentro del rango de 300 a 800 ml/min o mayor.             | Flujo del líquido dializante dentro del rango de 300 a 800 ml/min.<br><br><b>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</b><br>CAPITULO 7, ESPECIFICACIONES<br>SUBINDICE 7.9.9. Velocidad de Flujo de Dializado<br><br>Hoja 7-7<br>TABLA<br><b>CATÁLOGO DIAMAX.</b><br><br>Hoja 4.                                                                                                  |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOLIO 0007**



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCÍA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

| No  | Descripción                                                                                                                                                                           | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                                                                                                                                       | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Flujo de dializado.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 4.3 | Flujo de sangre dentro del rango de 15 ml/min a 500 ml/min.                                                                                                                           | <b>Flujo de sangre dentro del rango de 15 ml/min a 600 ml/min.</b><br><br><b>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</b><br>CAPITULO 7, Especificaciones.<br><br>SUBINDICE 7.10.4. Bomba de sangre<br>Hoja 7-9<br>TABLA                                                                                                                              |
| 4.4 | Nivel de bicarbonato programable (parcial o perfil de bicarbonato) durante el proceso de hemodiálisis dentro del rango de 28 a 40 mEq/l o 28 a 40 mmol/l o 2.4 a 4 ms/cm.             | <b>Nivel de bicarbonato programable (parcial o perfil de bicarbonato) durante el proceso de hemodiálisis dentro del rango de 2.4 a 4.5 ms/cm.</b><br><br><b>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</b><br>CAPITULO 7, Especificaciones.<br><br>SUBINDICE 7.9.7. Diálisis de Bicarbonato<br><br>Hoja 7-6<br>TABLA<br><br>Entre 2 a 8 mS/cm           |
| 4.5 | Nivel de sodio programable durante el proceso de la hemodiálisis dentro del rango de 130 a 150 mEq/l o 130 a 150 mmol/l o 12.8 a 15.7 ms/cm.                                          | Nivel de sodio programable durante el proceso de la hemodiálisis dentro del rango de 120 a 160 mEq/l o 12.0 a 16.0 ms/cm.<br><b>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</b><br>CAPITULO 7, Especificaciones.<br>SUBINDICE 7.9.7. Diálisis de Bicarbonato<br><br>Hoja 7-6<br>TABLA                                                                    |
| 4.6 | Sistema de control de la ultrafiltración con tasa dentro del rango de 0.0 a 3 l/h. o de 0.0 a 3 kg/h.                                                                                 | Sistema de control de la ultrafiltración con tasa dentro del rango de 0.0 a 5 l/h. o de 0.0 a 5 kg/h.<br><br><b>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</b><br>CAPITULO 7, Especificaciones<br>SUBINDICE 7.9.4. Ultrafiltración.<br><br>Hoja 7-5<br>TABLA<br>CATÁLOGO DIAMAX.<br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Control de ultrafiltración |
| 4.7 | Sistema integrado de infusión para anticoagulación (bomba de heparina de 0.5 ml/h a 5 ml/h). Con un flujo de infusión dentro del rango de 0.1 a 9.99 ml/h en incrementos de 0.1 ml/h. | Sistema integrado de infusión para anticoagulación (bomba de heparina de 0.1 ml/h a 10 ml/h). Con un flujo de infusión dentro del rango de 0.1 a 10 ml/h en incrementos de 0.1 ml/h.<br><br><b>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</b>                                                                                                           |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

**FOLIO 0008**

| No  | Descripción                                         | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                     | CAPITULO 7, Especificaciones.<br>SUBINDICE 7.10.5 Bomba de Heparina<br><br>Hoja7-9<br>TABLA<br><br>CATÁLOGO DIAMAX.<br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Bomba de heparina.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 5   | Que cuente dentro del sistema con alarmas críticas: | Que cuente dentro del sistema con alarmas críticas:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 5.1 | Presión arterial no invasiva.                       | Presión arterial no invasiva.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 17. Monitor de Presión Sanguínea No Invasiva (Opción)<br>SUBINDICE 17.5 ALARMAS.<br><br>Hoja 9<br>TABLA.<br><br>ALARMAS No.0300 LIMITE SUPERIOR SISTOLICO<br><br>ALARMAS No.0301 LIMITE INFERIOR SISTOLICO.<br><br>ALARMAS No.0302 LIMITE SUPERIOR DIASTOLICO<br><br>ALARMAS No.0303 LIMITE INFERIOR DIASTOLICO.<br><br>CATÁLOGO DIAMAX.<br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. |
| 5.2 | Detector de aire.                                   | Detector de aire.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX<br><br>CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de reseteo.<br>SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información<br><br>Hoja 10-21<br>TABLA<br><br>ALARMAS 0100 BURBUJA DETECTADA EN LA LINEA<br><br>CATÁLOGO DIAMAX.<br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales                                                                                                                                        |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

**FOLIO 0009**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

| No | Descripción                                                         | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 53 | Detector de fugas sanguíneas.                                       | Detector de fugas sanguíneas.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de reseteo.<br>SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información<br><br>Hoja 10-22 TABLA<br><br>ALARMAS 0110 FUGA DE SANGRE DETECTADA.<br><br>CATÁLOGO DIAMAX.<br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales.                                                            |
| 6  | Pantalla LCD o plasma o tecnología superior integrada a la máquina. | Pantalla o Monitor LCD a Color de 12 Pulgadas integrada a la máquina.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 9 CONFIGURACIÓN DEL PANEL DE OPERACIÓN,<br>SUBINDICE 9.2. Nombres y funciones del panel de operación.<br>Hoja 9-2<br>TABLA<br>Numeral 18<br>Numeral 30<br><br>CATÁLOGO DIAMAX.<br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Funciones.<br><br>CATÁLOGO DIAMAX.<br>Hoja 3.<br>PANTALLA LCD DE 12 PULGADAS CON PANEL TÁCTIL.  |
| 7  | Con capacidad de ingresar al menos tres tipos de perfiles de sodio. | Con seis perfiles prediseñados de sodio total.<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 7, Especificaciones.<br>SUBINDICE 7.13. Especificaciones de Software,<br>Hoja 7-13,<br>PUNTO (3) Perfiles<br>INCISO (B) Perfil A<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 14, Funcionamiento de la Máquina con Paciente.<br>PUNTO 14.17. Perfiles de la máquina DIAMAX,<br>SUBINDICE 14.17.1 Perfiles de Sodio y Bicarbonato.<br><br>Hoja 14-38 |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

**FOLIO 0010**

| No  | Descripción                    | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                    |
|-----|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                | CATALOGO DIAMAX.<br>Hoja 3.<br>PERFILES PROGRAMABLES.                                                                                                                      |
| 8   | Con despliegue en pantalla de: | Con despliegue en pantalla de:<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.<br>SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal            |
|     |                                | Hoja 12-3                                                                                                                                                                  |
| 8.1 | Presión arterial del circuito. | Presión arterial del circuito.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br><b>CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.</b><br>SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal |
|     |                                | Hoja 12-3<br>TABLA                                                                                                                                                         |
|     |                                | Numeral 1<br>Numeral 2                                                                                                                                                     |
| 8.2 | Presión venosa del circuito.   | Presión venosa del circuito.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.<br>SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,         |
|     |                                | Hoja 12-3<br>TABLA                                                                                                                                                         |
|     |                                | Numeral 1<br>Numeral 2                                                                                                                                                     |
| 8.3 | Presión transmembrana.         | Presión transmembrana.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.<br>SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,               |
|     |                                | Hoja 12-3<br>TABLA                                                                                                                                                         |
|     |                                | Numeral 2                                                                                                                                                                  |
| 8.4 | Flujo de líquido dializante.   | Flujo de líquido dializante.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.<br>SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,         |
|     |                                | Hoja 12-3<br>TABLA                                                                                                                                                         |
|     |                                | Numeral 2                                                                                                                                                                  |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

**FOLIO 0011**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

| No   | Descripción                         | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                    |
|------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8.5  | Flujo de sangre.                    | Flujo de sangre.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.<br>SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,<br><br>Hoja 12-3<br><br>TABLA<br>Numeral 5          |
| 8.6  | Tasa de infusión de heparina.       | Tasa de infusión de heparina.<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.<br>SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,<br>Hoja 12-3<br>TABLA<br>Numeral 5         |
| 8.7  | Tasa de ultrafiltración.            | Tasa de ultrafiltración.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.<br>SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,<br>Hoja 12-3<br>TABLA<br>Numeral 6          |
| 8.8  | Conductividad del dializante.       | Conductividad del dializante.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.<br>SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,<br><br>Hoja 12-3<br>TABLA<br>Numeral 2 |
| 8.9  | Volumen de sangre procesada.        | Volumen de sangre procesada.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.<br>SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,<br><br>Hoja 12-3<br>TABLA<br>Numeral 2  |
| 8.10 | Temperatura del líquido dializante. | Temperatura del líquido dializante.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.                                                                                             |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

FOLIO 0012

| No   | Descripción                                                                              | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |                                                                                          | SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,<br>Hoja 12-3<br>TABLA<br>Numeral 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 8.11 | Presión arterial no invasiva del paciente (sistólica y diastólica), frecuencia cardiaca. | Presión arterial no invasiva del paciente (sistólica y diastólica), frecuencia cardiaca.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.<br>SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,<br><br>Hoja 12-3<br>TABLA<br>Numeral 2                                                                                                                                                                                                |
| 8.12 | Tiempo transcurrido o restante de diálisis.                                              | Tiempo transcurrido o restante de diálisis.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.<br>SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,<br>Hoja 12-3<br>TABLA<br>Numeral 2                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 8.13 | Volumen de ultrafiltración conseguido.                                                   | Volumen de ultrafiltración conseguido.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.<br>SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,<br>Hoja 12-3<br>TABLA<br>Numeral 6                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 9    | Con sistema de alarmas audibles y visibles de:                                           | Con sistema de alarmas audibles y visibles de:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 9.1  | Presión arterial del circuito.                                                           | Presión arterial del circuito.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.<br>SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información,<br>Hoja 10-17,<br><br>ALARMAS<br>0072 LIMITE SUPERIOR DE PRESION ARTERIAL PG4a.<br>0073 LIMITE INFERIOR DE PRESION ARTERIAL PG4a.<br>0074 MAXIMA PRESION ARTERIAL PG4a.<br>0075 MINIMA PRESION ARTERIAL PG4a.<br><br>CATÁLOGO DIAMAX.<br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOLIO 0013**



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

| No  | Descripción                   | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9.2 | Presión venosa del circuito.  | <p>Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales.</p> <p>Presión venosa del circuito.</p> <p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br/>CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.<br/>SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información, Hoja 10-19</p> <p>ALARMAS<br/>0080 LIMITE SUPERIOR DE PRESION VENOSA (PG5)<br/>0081 LIMITE INFERIOR DE PRESION VENOSA (PG5)<br/>0082 MAXIMA PRESION VENOSA (PG5)<br/>0083 MINIMA PRESION VENOSA (PG5)</p> <p>CATÁLOGO DIAMAX.<br/>Hoja 4.<br/>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br/>Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales.</p> |
| 9.3 | Presión transmembrana.        | <p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br/>CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.<br/>SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información, Hoja 10-26</p> <p>ALARMAS<br/>0150 LIMITE SUPERIOR DE PRESION TRANSMEMBRANA.<br/>0151 LIMITE INFERIOR DE PRESION TRANSMEMBRANA.</p> <p>CATÁLOGO DIAMAX.<br/>Hoja 4.<br/>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br/>Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales.</p>                                                                                                                                                                         |
| 9.4 | Flujo del líquido dializante. | <p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br/>CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.<br/>SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información Hoja 10-24</p> <p>ALARMAS<br/>0123 FALLA DE SENSOR DE FLUJO 2 (DIALIZADO)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCÍA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

FOLIO 0014

| No  | Descripción      | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                  | 0124 TIEMPO EXCEDIDO EN SENSOR DE FLUJO 2 (DIALIZADO).<br>0125 TIEMPO EXCEDIDO EN SENSOR DE FLUJO 2 (DIALIZADO).<br><br>CATÁLOGO DIAMAX.<br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales.                                                                                                                                                                           |
| 9.5 | Flujo de sangre. | Flujo de sangre.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.<br>SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información,<br><br>Hoja 10-29<br><br>ALARMAS<br>0210 FALLA DE BOMBA DE SANGRE ARTERIAL<br>0211 PROBLEMA EN BOMBA DE SANGRE ARTERIAL<br>0212 BOMBA DE SANGRE ARTERIAL DETENIDA.<br><br>Hoja 10-30<br><br>ALARMA<br>0213 BOMBA DE SANGRE ARTERIAL DETENIDA. |
| 9.6 | Ultrafiltración. | Ultrafiltración.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.<br>SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información,<br><br>Hoja 10-25<br><br>ALARMAS<br>0140 FALLA DE TASA DE UF<br>0141 FALLA EN BOMBA DE UF<br>0142 LIMITE SUPERIOR DE TASA DE UF.                                                                                                              |
| 9.7 | Conductividad.   | Conductividad.<br><br><b>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</b><br><br>CAPITULO 10 Activación de Alarmas y su método de Reseteo.<br>SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información,<br><br>Hoja 10-13,<br><br>ALARMAS                                                                                                                                                                                                     |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

**FOLIO 0015**

| No  | Descripción                         | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                     | 0040 FALLA DE DIFERENCIAL DE CONDUCTIVIDAD CD2-CD4<br>0041 FALLA DIFERENCIAL DE CONDUCTIVIDAD CD1-CD3<br>0042 LIMITE SUPERIOR DE CONDUCTIVIDAD AG+B.<br>0043 LIMITE INFERIOR DE CONDUCTIVIDAD AG+B.<br><br>Hoja 10-14<br><br>ALARMAS<br>0044 FALLA EN EL CONTROL DE CONDUCTIVIDAD AG+B.<br>0045 FALLA DIFERENCIAL DE SOLUCION B.<br>0046 LIMITE SUPERIOR DE CONDUCTIVIDAD TOTAL<br>0047 LIMITE INFERIOR DE CONDUCTIVIDAD TOTAL<br><br>Hoja 10-15<br><br>ALARMAS<br>0048 FALLA DE CONTROL DE CONDUCTIVIDAD TOTAL<br>0049 FALLA DIFERENCIAL TOTAL DE SOLUCION.<br><br>CATÁLOGO DIAMAX.<br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. |
| 9.8 | Temperatura del líquido dializante. | Temperatura del líquido dializante.<br><br><b>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</b><br>CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.<br>SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información<br><br>Hoja 10-12<br><br>ALARMAS<br>0030 TEMPERATURA DE DIALIZADO EXCEDIDA.<br>0031 LIMITE SUPERIOR DE TEMPERATURA DE DIALIZADO.<br>0032 LIMITE INFERIOR DE TEMPERATURA DEL DIALIZADO.<br><br>CATÁLOGO DIAMAX.<br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales.                                                                                                                                                                      |
| 9.9 | Detector de fugas sanguíneas.       | <b>Detector de fugas sanguíneas.</b><br><br><b>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCÍA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

FOLIO 0016

| No   | Descripción                                  | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |                                              | CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.<br>SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información<br><br>Hoja 10-22,<br><br>ALARMA<br>0110 FUGA DE SANGRE DETECTADA.<br><br>CATÁLOGO DIAMAX.<br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales.                                                                                                                    |
| 9.10 | Detector de aire.                            | Detector de aire.<br><br><b>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</b><br>CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.<br>SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información<br>Hoja 10-21,<br><br>ALARMA<br>0100 BURBUJA DETECTADA EN LA LINEA.<br><br><b>CATÁLOGO DIAMAX.</b><br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales.                                             |
| 9.11 | Falla en el suministro de agua.              | Falla en el suministro de agua.<br><br><b>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</b><br>CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.<br>SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información<br>Hoja 10-32<br><br>ALARMA<br>0840-0842 FALLA EN PRUEBA DE PRESION DE ENTRADA DE AGUA PG1 Y PG3.<br><br><b>CATÁLOGO DIAMAX.</b><br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. |
| 9.12 | Falla en el suministro de energía eléctrica. | Falla en el suministro de energía eléctrica.<br><br><b>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</b><br>CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.<br>SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información                                                                                                                                                                                                                        |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

**FOLIO 0017**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

| No   | Descripción                                                                                       | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |                                                                                                   | <p>Hoja 10-7,</p> <p>ALARMAS<br/>0002 FALLA DE ALIMENTACION ELECTRICA.<br/>0003 FALLA EN LA UNIDAD ELECTRICA.</p> <p><b>CATÁLOGO DIAMAX.</b><br/>Hoja 4.<br/>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br/>Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 9.13 | Presión arterial no invasiva.                                                                     | <p>Presión arterial no invasiva.</p> <p><b>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</b><br/>CAPITULO 17. Monitor de Presión Sanguínea No Invasiva (Opción)<br/>SUBINDICE 17.5 ALARMAS.</p> <p>Hoja 9<br/>TABLA.</p> <p>ALARMAS<br/>No.0300 LIMITE SUPERIOR SISTOLICO<br/>No.0301 LIMITE INFERIOR SISTOLICO.<br/>No.0302 LIMITE SUPERIOR DIASTOLICO<br/>No.0303 LIMITE INFERIOR DIASTOLICO.</p> <p><b>CATÁLOGO DIAMAX.</b><br/>Hoja 4.<br/>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br/>Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales.</p> |
| 10   | Con sistema automático para desinfección química.                                                 | <p>Con sistema automático para desinfección química.</p> <p><b>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</b><br/>CAPITULO 7, Especificaciones.<br/>SUBINDICE 7.11. Lavados y desinfecciones</p> <p>Hoja 7-11</p> <p><b>CATÁLOGO DIAMAX.</b><br/>Hoja 3.<br/>MODOS DE LAVADO.</p>                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 11   | Con sistema automático para remoción de sales y/o con sistema automático de desinfección térmica. | <p>Con sistema automático para remoción de sales y/o con sistema automático de desinfección térmica.</p> <p><b>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</b><br/>CAPITULO 7, Especificaciones.<br/>SUBINDICE 7.11. Lavados y desinfecciones</p> <p>Hoja 7-11</p>                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

**FOLIO 0018**

| No          | Descripción                                                                                                                            | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             |                                                                                                                                        | <b>CATÁLOGO DIAMAX.</b><br>Hoja 3.<br><b>MODOS DE LAVADO.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 12          | Gabinete con las siguientes características: superficies de material lavable, con base rodable, con sistema de frenos.                 | Gabinete con las siguientes características: superficies de material lavable, con base rodable, con sistema de frenos.<br><br><b>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</b><br>CAPITULO 8, Configuración de la Maquina.<br>SUBINDICE 8.2. Nombres y funciones de los componentes de la máquina,<br><br>Hoja 6-2<br><br>TABLA<br><br>Numeral 2<br>Numeral 3 |
| 13          | Capacidad para guardar la información del tratamiento en caso de falla de energía eléctrica.                                           | Capacidad para guardar la información del tratamiento en caso de falla de energía eléctrica.<br><br><b>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</b><br>CAPITULO 7, Especificaciones<br>SUBINDICE 7.1 Funciones principales de la máquina<br><br>Hoja 7-2<br><br><b>CATÁLOGO DIAMAX.</b><br>Hoja 4.<br><b>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:</b><br>Funciones.        |
| 14          | Con capacidad para realizar el retorno sanguíneo en forma manual en caso de falla eléctrica.                                           | Con capacidad para realizar el retorno sanguíneo en forma manual en caso de falla eléctrica.<br><br><b>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</b><br>CAPITULO 7, Especificaciones.<br>SUBINDICE 7.1 Funciones principales de la máquina<br><br>Hoja 7-2<br><br><b>CATÁLOGO DIAMAX.</b><br>Hoja 4.<br><b>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:</b><br>Funciones.       |
| Accesorios  | Las unidades médicas los seleccionaran de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo de la máquina. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Consumibles | Soluciones para hemodiálisis: con concentraciones variables de calcio y                                                                | Ácido en solución líquidos concentrados para hemodiálisis de acuerdo a marca y modelo de la                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

**FOLIO 0019**

| No | Descripción                                                                                                                                                         | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | potasio según requerimientos del usuario, bicarbonato de sodio para preparación manual o automática (para uso no parenteral).                                       | <p>máquina con variabilidad en concentración de Potasio de 0 o 2.0 y Calcio de 2.5 o 3.5 mEq/L<br/>Catálogo AQUA MEDICA<br/>Modelos: Aquacid-120 (2.0K) y Aquacid-220 (0K)<br/>Registros Sanitarios: 01988C99 SSA y 01986C99 SSA</p> <p>Bicarbonato de sodio en polvo. Para uso no parenteral; para conductividad de acuerdo a la marca de la máquina; para ácido específico, presentación en bolsa que se adecue a la máquina propuesta.<br/>Catálogo AQUA MEDICA<br/>Marca: Aquamedica<br/>Modelo: Quabic-100 (500g)<br/>Registro Sanitario: 2543C2016 SSA</p>                                 |
|    | Líneas arterial y venosa con protector de transductor de presión, desechable y adaptable o integrado a las líneas arterial y venosa (neonatal, pediátrica, adulto). | <p>JUEGO DE LINEAS ARTERIAL Y VENOSO, DESECHABLE, ESTÉRIL</p> <p>Catálogo Blood Tubing Set, <b>Línea de Sangre</b>. Pág. 1 y 2.<br/>Marca: NIPRO<br/>Modelo A009 (M2) /V603 (M2) (M3), Pediátrico. Modelo A003 (M1)/V612 (M1), Adulto.<br/>Registro Sanitario 0373C2013 SSA</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|    | Agujas para punción de fistula arterio-venosa.                                                                                                                      | <p>AGUJA ARTERIAL PARA PUNCIÓN DE FISTULA ARTERIOVENOSA</p> <p>Catálogo Aguja AV Pág. 1 Y 2<br/>Marca Nipro. Aguja para fistula arteriovenosa Calibre 15G, 16G y 17G, Tubo de 15 y 30cm. Registro Sanitario No. 0614C2008 SSA</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|    | Filtros para hemodiálisis o hemodializadores a partir de 0.2 m <sup>2</sup> de cualquier material sintético.                                                        | <p>FB™-U Dializador de Fibra Hueca de Triacetato, Nipro</p> <p>FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA (celulosa modificada)<br/>Referencia: Catálogos FB™-U, páginas 1 y 2</p> <p>ÁREAS EFECTIVAS DE 0.5m<sup>2</sup> A 2.1m<sup>2</sup><br/>Referencia: Catálogos FB™-U, página 2</p> <p>MODELOS:<br/>FB-(50U, 70U, 90U, 110U, 130U, 150U, 170U, 190U, 210U)<br/>Referencia: Catálogos FB™-U, páginas 1 y 2</p> <p>MARCA: Nipro<br/>Referencia: Catálogos FB™-U, pag 1.<br/>REGISTRO SANITARIO: 0778C2013 SSA</p> <p>Dializador Sintético de Fibra Hueca Nipro ELISIO™</p> |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCÍA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

FOLIO 0020

| No                    | Descripción                                                                                                                                                     | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       |                                                                                                                                                                 | FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA (membrana sintética)<br>Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR, páginas 1 y 2.<br><br>ÁREAS EFECTIVAS DE 1.1m <sup>2</sup> A 2.1m <sup>2</sup><br>Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR, pagina 2.<br><br>MODELOS:<br>ELISIO (11H, 13H, 15H, 17H, 19H, 21H, 110H, 130H, 150H, 170H, 190H, 210H, 110HR, 130HR, 150HR, 170HR, 190HR y 210HR)<br>Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR, páginas 1 y 2.<br><br>MARCA: Nipro<br>Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR, pagina 1.<br><br>REGISTRO SANITARIO: 1378C2008 SSA |
|                       | Líquido desinfectante y desincrustante según sea el caso.                                                                                                       | Líquido desinfectante y desincrustante según sea el caso.<br>Catálogo Aquamedica<br>Aquacetic marca: Aquamedica<br>Citracid marca: Aquamedica<br>X-Téril ® marca: Aquamedica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                       | Las cantidades serán determinadas de acuerdo a las necesidades operativas de las unidades médicas, asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Accesorios opcionales | Monitor Kt/V                                                                                                                                                    | Monitor Kt/V<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 14, Funcionamiento de la Maquina con Paciente.<br><br>SUBINDICE 14-8. Programación Automático del KT/V<br><br>Hoja 14-27                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                       | Computadora con software de hemodiálisis para obtención y administración de datos,                                                                              | Computadora con software de hemodiálisis para obtención y administración de datos<br>Referencia: Ficha Técnica HP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                       | Impresora.                                                                                                                                                      | Impresora.<br>Referencia: Ficha Técnica HP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                       | Sistema de preparación en línea de bicarbonato.                                                                                                                 | OPCIONAL - NO SE OFERTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

**FOLIO 0021**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

| No            | Descripción                                                                                                                         | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                            |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | Monitor de niveles de hematocrito.                                                                                                  | Monitor de niveles de hematocrito<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 14, Funcionamiento de la Maquina con Paciente.<br><br>SUBINDICE 14.8. Programación Automático del KT/V<br>Hoja 14-27              |
|               | Monitor en tiempo real de aclaramiento de la urea.                                                                                  | Monitor en tiempo real de aclaramiento de la urea.<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 14, Funcionamiento de la Maquina con Paciente.<br><br>SUBINDICE 14.8. Programación Automático del KT/V<br>Hoja 14-27 |
|               | Las unidades médicas los seleccionaran de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo. |                                                                                                                                                                                                                    |
| Refacciones   | Según marca y modelo.                                                                                                               | Según marca y modelo.<br><b>MARCA:</b><br>NIPRO<br><b>MODELO:</b><br>DIAMAX                                                                                                                                        |
|               | Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo. |                                                                                                                                                                                                                    |
| Instalación   | Corriente Eléctrica de 120V+- 10% o 220V +- 10% /60 HZ, Tierra Física.                                                              | Corriente Eléctrica de 120V+- 10% o 220V +- 10% /60 HZ, Tierra Física.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 6, Instalación.<br>SUBINDICE 6.1 Suministro de Energía.<br><br>Hoja 6-1                      |
| Operación     | Por personal Especializado de Acuerdo a la NOM-003-SSA3-2010 y Manual de Operación.                                                 | Por personal Especializado de Acuerdo a la NOM-003-SSA3-2010 y Manual de Operación.                                                                                                                                |
| Mantenimiento | Preventivo y Correctivo por personal Calificado y certificado por personal Autorizado por el Fabricante.                            | Preventivo y Correctivo por personal Calificado y certificado por personal Autorizado por el Fabricante.                                                                                                           |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIT25311002-0059**

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

**LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

**CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00**



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

**FOLIO 0022**

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

**NO SE OFERTA.**

PROTESTO LO NECESARIO  
ATENTAMENTE

**C.P. VICTOR ALARCON PELAEZ  
REPRESENTANTE LEGAL DE  
OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA, S.A. DE C.V.  
Y REPRESENTANTE COMUN**

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCÍA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

**FOLIO 0023**

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

| No | Descripción                                                                                                                           | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Filtro para hemodiálisis, o dializadores de membrana sintética y/o celulosa modificada de 0.4 m <sup>2</sup> hasta 2.0 m <sup>2</sup> | <p><b>FB™-U</b> Dializador de Fibra Hueca de Triacetato, Nipro</p> <p>FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA (celulosa modificada)<br/><i>Referencia: Catálogos FB™-U, Páginas 1 y 2.</i></p> <p>ÁREAS EFECTIVAS DE 0.5m<sup>2</sup> A 2.1m<sup>2</sup><br/><i>Referencia: Catálogos FB™-U, página 2.</i></p> <p>MODELOS:<br/>FB-(50U, 70U, 90U, 110U, 130U, 150U, 170U, 190U, 210U)<br/><i>Referencia: Catálogos FB™-U, páginas 1 y 2.</i></p> <p>MARCA: Nipro<br/><i>Referencia: Catálogos FB™-U, pagina 1.</i></p> <p>REGISTRO SANITARIO: 0778C2013 SSA</p> <p>Dializador Sintético de Fibra Hueca Nipro <b>ELISIO™</b></p> <p>FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA (membrana sintética)<br/><i>Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR, páginas 1 y 2.</i></p> <p>ÁREAS EFECTIVAS DE 1.1m<sup>2</sup> A 2.1m<sup>2</sup><br/><i>Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR, pagina 2.</i></p> <p>MODELOS:<br/>ELISIO (11H, 13H, 15H, 17H, 19H, 21H, 110H, 130H, 150H, 170H, 190H, 210H, 110HR, 130HR, 150HR, 170HR, 190HR y 210HR)<br/><i>Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR, páginas 1 y 2.</i></p> <p>MARCA: Nipro<br/><i>Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR, pagina 1.</i></p> <p>REGISTRO SANITARIO: 1378C2008 SSA</p> |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

**FOLIO 0024**

| No | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                  | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                              | Dializador Sintético de Fibra Hueca Nipro<br><b>SURELYZER™ PES-DL</b><br><br>FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O<br>DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA<br>(membrana sintética)<br><i>Referencia: Catálogo PES páginas 1 y 2.</i><br>MARCA: Nipro<br>REGISTRO SANITARIO: 0742C2008 SSA                                                                                                                                                                                                                                       |
| 2  | Juego de líneas arterial y venosa, desechable, estéril, con conectores, con o sin protectores de transductor de presión, compatible con la máquina de hemodiálisis de la marca correspondiente, con diferentes volúmenes de cebado para adulto y pediátrico. | Juego de líneas arterial y venosa desechable, estéril, con volumen de cebado a partir de 30 ml.<br>Catálogo Blood Tubing Set, <b>Línea de Sangre</b> . Pág. 2.<br><br>Transductor de presión desechable y adaptable a los cabos de líneas arterial y venosa, para pacientes adultos y pediátricos.<br>Catálogo Blood Tubing Set, <b>Línea de Sangre</b> . Pág. 1.<br>Marca: NIPRO<br>Modelo A009 (M2) /V603 (M2) (M3),<br>Pediátrico. Modelo A003 (M1)/V612 (M1),<br>Adulto.<br>Registro Sanitario 0373C2013 SSA |
| 3  | Ácido en solución líquidos concentrados para hemodiálisis de acuerdo a marca y modelo de la máquina con variabilidad en concentración de Potasio de 0 o 2.0 y Calcio de 2.5 o 3.5 mEq/L.                                                                     | Ácido en solución líquidos concentrados para hemodiálisis de acuerdo a marca y modelo de la máquina con variabilidad en concentración de Potasio de 0 o 2.0 y Calcio de 2.5 o 3.5 mEq/L.<br><br>Catálogo Aquacid - AQUA MEDICA<br>Modelos: Aquacid-120 (2.0K) y Aquacid-220 (0K)<br>Registros Sanitarios: 01988C99 SSA y 01986C99 SSA                                                                                                                                                                            |
| 4  | Bicarbonato de sodio en polvo o solución. Para uso no parenteral; para conductividad de acuerdo a la marca de la máquina; para ácido específico, presentación en paquete o bolsa que se adecue a la máquina propuesta.                                       | Bicarbonato de sodio en polvo. Para uso no parenteral; para conductividad de acuerdo a la marca de la máquina; para ácido específico, presentación en bolsa que se adecue a la máquina propuesta.<br><br>Catálogo Quabic - AQUA MEDICA<br>Marca: Aquamédica<br>Modelo: Quabic-100 (500g)<br>Registro Sanitario: 2543C2016 SSA                                                                                                                                                                                    |
| 5  | Cánula para punción de fístula arteriovenosa interna: consta de tubo de elastómero de silicon de 15 o 30 cm. de longitud, con obturador y adaptador luer lock, mariposa y aguja calibre 15 o 16 adulto y 16 o 17 g.                                          | Cánula para fístula arteriovenosa, para diálisis con cánula de polipropileno y aguja de acero inoxidable conectada en configuración coaxial con válvula antirreflujo integrada, punta con orificios laterales y conectividad de jeringa con                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 744659721

**FOLIO 0025**

| No | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | pediátrico. y con orificio posterior al bisel; un lumen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | adaptador luer lock en el extremo proximal del montaje de cánula.<br>Calibre:15 o 16G Adulto y 16 o 17G pediátrico con longitudes de 30 mm y 38 mm<br><br>Catálogo Aguja AV Pág. 1 Y 2<br>Marca Nipro. Aguja para fistula arteriovenosa Calibre 15G, 16G y 17G, Tubo de 15 y 30cm. Registro Sanitario No. 0614C2008 SSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 6  | Material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter o fistula, según corresponda, conteniendo al menos:<br><br>Material estéril para conexión de catéter:<br>2 pares de guantes<br>2 jeringas desechables<br>8 gasas<br>1 campo de tela absorbente<br>Material estéril para desconexión de catéter:<br>1 par de guantes<br>6 gasas<br>2 tapones de Luer Lock para catéter.<br>1 apósito especial para catéter<br><br>Material estéril para conexión de fistula:<br>1 par de guantes<br>5 gasas<br>2 campos de tela absorbente<br><br>Material estéril para desconexión de fistula:<br>1 par de guantes<br>6 gasas<br>2 apósitos circulares | Material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter o fistula, según corresponda, conteniendo:<br><br>Kit para conexión de catéter estéril, contiene:<br>4 guantes<br>2 jeringas desechables<br>10 gasas de 7.5 x 5 cm<br>1 campo de tela absorbente de 30 x 40 cm<br><br>Kit para desconexión de catéter estéril, contiene:<br>2 guantes<br>5 gasas de 7.5 x 5 cm.<br>1 gasa de 10 x 10 cm.<br>2 tapones luer lock para catéter sin material antiséptico<br>1 apósito especial para catéter 10 x 14 cm.<br>Fabricado por Equipos Quirúrgicos, S.A. de C.V.<br>Catálogo: Kit para la conexión y desconexión de catéter CC-CD, Presentación 5, Pág. 2.<br>Registros Sanitario: 0530C2011 SSA<br><br>Material estéril para conexión de fistula:<br>Kit para conexión de fistula estéril, contiene:<br>2 guantes<br>5 gasas de 7.5 x 5 cm.<br>4 campos de tela absorbente de 35 x 40 cm.<br><br>Kit para desconexión de fistula estéril, contiene:<br>2 guantes<br>6 gasas de 7.5 x 5 cm.<br>2 apósitos circulares |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

FOLIO 0026

| No | Descripción | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                         |
|----|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |             | Fabricado por Equipos Quirúrgicos, S.A. de C.V.<br>Catálogo: Kit para la conexión y desconexión de fistula FC-FD, Presentación 3, Pág. 2.<br>Registros Sanitario: 0531C2011 SSA |

### Anexo T 2 (T-dos)

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

| No. | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | Descripción (se describen para presentación de oferta técnica)                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 2   | 060.345.0149 Para hemodiálisis, pediátrico. Inserción en subclavia, yugular o femoral, doble lumen. Contiene: Una cánula, Una jeringa de 5 o 10 ml, Una guía de acero inoxidable. Un catéter doble lumen calibre de 8 a 10 fr, longitud 130 a 150 mm, con obturador, un dilatador y extensiones curvas. Tipo: Mahurkar. Estéril y desechable | 060.345.0149 Para hemodiálisis, pediátrico. Inserción en subclavia, yugular o femoral, doble lumen. Contiene: Una cánula, Una jeringa de 5 ml, Una guía de acero inoxidable. Un catéter doble lumen calibre de 8 a 10 fr, longitud 150 mm, con obturador, un dilatador y extensiones curvas. Tipo: Mahurkar. Estéril y desechable<br><br>Marca: KENDALL/COVIDIEN<br>Modelos 8817146007 y 8832539007, Catálogo Mahurkar Covidien<br>Portafolio de catéteres de cuidado agudo, pág. 6.<br>Registro Sanitario 0422C2011 SSA<br><br>Catálogo Catéter Medcomp Pág. 14. 9 Fr x 15 cm. Modelo: XTP961JS. Extensiones Curvas. Con obturador. Con dilatador<br>Registro Sanitario: 1685C2019 SSA<br><br>JERINGA 5ml<br><br>JERINGA 5ml<br>Marca NIPRO.<br>Catálogo: jeringa 5 ml<br>Registro Sanitario: 1602C2013 SSA |
| 3   | 060.345.2301 Para hemodiálisis. Adulto. De inserción en subclavia, yugular o femoral doble lumen, incluye: Una cánula, Una jeringa de 5 o 10 ml, Una guía de acero inoxidable.                                                                                                                                                               | 060.345.2301 Para hemodiálisis. Adulto. De inserción en subclavia, yugular o femoral doble lumen, incluye: Una cánula, Una jeringa de 5 ml, Una guía de acero inoxidable.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

**FOLIO 0027**

| No. | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | <p>Un catéter doble lumen calibre de 11 a 12 fr, longitud de 185 a 205 mm con obturador y un dilatador con extensiones curvas.<br/>Tipo: Mahurkar.<br/>Estéril y desechable</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>Un catéter doble lumen calibre de 11 a 12 fr, longitud de 185 a 205 mm con obturador y un dilatador con extensiones curvas.<br/>Tipo: Mahurkar.<br/>Estéril y desechable</p> <p>Marca: NIPRO<br/>Modelo: NDLP20, NDLS20<br/>Referencia: Catálogo Catéter temporal y permanente, páginas 1 y 2.<br/>Registro Sanitario: 1462C2006 SSA</p> <p>Catálogo Catéter Medcomp Pág. 14.<br/>11 Fr x 20 cm. Modelo: XTP118I35.<br/>Extensiones Curvas. Con obturador.<br/>Con dilatador<br/>Registro Sanitario: 1685C2019 SSA</p> <p>Marca: KENDALL/COVIDIEN<br/>Modelos: 8813793013.<br/>Catálogo Mahurkar Covidien<br/>Portafolio de catéteres de cuidado agudo, pág. 6.<br/>Registro Sanitario 0422C2011 SSA</p> <p>JERINGA 5ml<br/>Marca NIPRO.<br/>Catálogo: jeringa 5 ml<br/>Registro Sanitario: 1602C2013 SSA</p> |
| 4   | <p>060.166.0533 Catéter permanente, para hemodiálisis.<br/>Tamaño adulto, de doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetros internos de 1.80 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 2.0 mm a 3.20 mm en el lado venoso, con longitud de 31.5 a 37.0 cm, con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene:<br/>Catéter de doble lumen.<br/>Aguja introductora calibre 18 g. Introductor con camisa desprendible.<br/>Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 o 10 ml y 2 tapones de inyección.<br/>Estéril y desechable.<br/>Pieza</p> | <p>060.166.0533 Catéter permanente, para hemodiálisis.<br/>Tamaño adulto, de doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetros internos de 1.80 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 2.0 mm a 3.20 mm en el lado venoso, con longitud de 31.5 a 37.0 cm, con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene:<br/>Catéter de doble lumen.<br/>Aguja introductora calibre 18 g.<br/>Introductor con camisa desprendible.<br/>Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo.<br/>Jeringa de 5 ml y 2 tapones de inyección.</p>                                                                                               |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

FOLIO 0028

| No. | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Estéril y desechable.<br>Pieza<br><br>Marca: NIPRO<br>Modelo: NTH1432<br><i>Referencia: Catálogo Catéter temporal y permanente, páginas 1 y 2.</i><br>Registro Sanitario: 1462C2006 SSA<br><br>Marca: KENDALL/COVIDIEN<br>Modelo 8817748001,<br>Catálogo Permcath Covidien<br>Catéter Doble Lumen, pág. 2 y 3.<br>Registro Sanitario 0423C2011 SSA<br><br>Marca: KENDALL/MEDTRONIC<br>Modelo 8888145014,<br>Catálogo Palindrome, pág. 6.<br>Registro Sanitario 0730C2008 SSA<br><br>Catálogo Catéter Medcomp Pág. 8.<br>14.5 Fr x 32 cm. Modelo: HFS32E.<br>Doble lumen. Aguja introductora.<br>Introduccion con camisa desprendible.<br>Guía de alambre. Tapones.<br><br>JERINGA 5ml<br>Marca NIPRO.<br>Catálogo: jeringa 5 ml<br>Registro Sanitario: 1602C2013 SSA |
| 5   | 060.166.0541 Catéter permanente, para hemodiálisis. Tamaño pediátrico, de doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetro interno de 1.5 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 1.5 mm a 1.2 mm en el lado venoso, con longitud de 27.0 cm a 30.0 cm con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene:<br>Catéter de doble lumen.<br>Aguja introductora calibre 18 g. Introductor con camisa desprendible.<br>Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 o 10 ml y 2 tapones de inyección.<br>Estéril y desechable. | 060.166.0541 Catéter permanente, para hemodiálisis. Tamaño pediátrico, de doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetro interno de 1.5 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 1.5 mm a 1.2 mm en el lado venoso, con longitud de 27.0 cm a 30.0 cm con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene:<br>Catéter de doble lumen.<br>Aguja introductora calibre 18 g.<br>Introductor con camisa desprendible.<br>Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo.<br>Jeringa de 5 ml y 2 tapones de inyección.<br>Estéril y desechable.                                        |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

**FOLIO 0029**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

| No. | Descripción                                                                                                                               | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                                                                                           | <p>Marca: NIPRO<br/>Modelo: NTH1428<br/>Referencia: Catálogo Catéter temporal y permanente, páginas 1 y 2.<br/>Registro Sanitario: 1462C2006 SSA</p> <p>Marca: KENDALL/COVIDIEN<br/>Modelo 8834369001,<br/>Catálogo Permcath Covidien<br/>Catéter Doble Lumen, pág. 2 y 3. Registro Sanitario 0423C2011 SSA</p> <p>Catálogo Catéter Medcomp Pág. 8. 14.5 Fr x 32 cm. Modelo: HFS28E. Doble lumen. Aguja introductora. Introductor con camisa desprendible. Guía de alambre. Tapones.</p> <p>JERINGA 5ml<br/>Marca NIPRO.<br/>Catálogo: jeringa 5 ml<br/>Registro Sanitario: 1602C2013 SSA</p> |
| 6   | Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, ó ptfe, estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 5, mm, de diámetro. | <p>Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis de poliuretano o ptfe, estéril y desechable. Longitud de 40 cm x 5mm de diámetro.</p> <p>Marca: Gore-Tex,<br/>Modelos SRRT05030040L<br/>Catálogo Gore PAG 2<br/>Registro Sanitario 1722C85 SSA</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 7   | Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfe estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 6 mm., de diámetro.  | <p>Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis de poliuretano o ptfe, estéril y desechable. Longitud de 60 cm x 6mm de diámetro.</p> <p>Marca: Gore-Tex,<br/>Modelos SRRT06060060L<br/>Catálogo Gore, pág 2<br/>Registro Sanitario 1722C85 SSA</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 8   | Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfe, estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 8 mm., de diámetro. | <p>Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis de poliuretano o ptfe, estéril y desechable. Longitud de 50 cm x 8 mm de diámetro.</p> <p>Marca: Gore-Tex,<br/>Modelos SRRT08040050L<br/>Catálogo Gore, págs. 3 y 4<br/>Registro Sanitario 1722C85 SSA</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

9.4 mm

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



FOLIO 0030

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCÍA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

Anexo T 2 (T-dos)  
E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO

| No. | Descripción                                                                                       | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | Reclinables que logren un decúbito dorsal adecuado para procedimientos médicos durante la sesión. | Reclinables que logren un decúbito dorsal adecuado para procedimientos médicos durante la sesión.<br><br>Marca NIPRO<br>Referencia: Catálogo Sillón para Hemodiálisis NIPRO, página 1<br><br>Marca Passion. Registro Sanitario: No requiere, Catálogo Sillón PY-YS Pág. 1 y 3 |
| 2   | Seguros para el paciente y personal de enfermería.                                                | Seguros para el paciente y personal de enfermería<br><br>Marca NIPRO<br>Referencia: Catálogo Sillón para Hemodiálisis NIPRO, página 2<br><br>Manual de Operaciones PY-YS (PASSION), página 2.                                                                                 |
| 3   | Vida media promedio de uso de un año                                                              | Vida media de uso superior a 18 meses<br><br>Marca NIPRO<br>Referencia: Catálogo Sillón para Hemodiálisis NIPRO, página 1<br><br>Manual de Operaciones PY-YS (PASSION), página 8.                                                                                             |
| 4   | De fácil limpieza.                                                                                | De fácil limpieza.<br><br>Marca NIPRO<br>Referencia: Catálogo Sillón para Hemodiálisis NIPRO, página 2<br><br>Catálogo PY-YS (PASSION), página 2                                                                                                                              |
| 5   | Ergonómicamente diseñado que permita el trendelemburg por cada máquina.                           | Ergonómicamente diseñado que permita el Trendelemburg por cada máquina.<br><br>Marca NIPRO                                                                                                                                                                                    |

79.4 mm

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

**FOLIO 0031**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

| No. | Descripción                                               | Propuesta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                           | <p>Referencia: Catálogo Sillón para Hemodiálisis NIPRO, página 2<br/>Catálogo PY-YS (PASSION), página 3</p> <p>Manual de Operaciones PY-YS (PASSION), página 2.<br/>Catálogo PY-YS (PASSION), página 3.</p>                                                  |
| 6   | Con sistema de freno con aletas laterales en ambos lados. | <p>Con sistema de freno con aletas laterales en ambos lados.</p> <p>Marca NIPRO<br/>Referencia: Catálogo Sillón para Hemodiálisis NIPRO, página 2</p> <p>Catálogo PY-YS (PASSION), página 1 y 2.</p> <p>Manual de Operaciones PY-YS (PASSION), página 1.</p> |

PROTESTO LO NECESARIO  
ATENTAMENTE

**C.P. VICTOR ALARCON PELAEZ**  
**REPRESENTANTE LEGAL DE**  
**OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA, S.A. DE C.V.**  
**Y REPRESENTANTE COMUN**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCÍA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

FOLIO 0032

| COMPUTADORA DE ESCRITORIO CON IMPRESORA                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MARCA:                                                                                                                                                                             | HP                                                                                                                                                                                                           |
| MODELO:                                                                                                                                                                            | PRODESK 405 G2                                                                                                                                                                                               |
| CARACTERÍSTICAS                                                                                                                                                                    | PROPUESTA                                                                                                                                                                                                    |
| 1 GABINETE METALICO POLICARBONATO, CON SISTEMA DE APERTURA SIN NECESIDAD DE UTILIZAR HERRAMIENTA ALGUNA (TIPO TOOL LESS) EN LOS DISPOSITIVOS UNIDAD OPTICA MEMORIAS.               | 1 GABINETE METALICO POLICARBONATO, CON SISTEMA DE APERTURA SIN NECESIDAD DE UTILIZAR HERRAMIENTA ALGUNA (TIPO TOOL LESS) EN LOS DISPOSITIVOS UNIDAD OPTICA MEMORIAS. (FICHA TECNICA HP PÁG. 2)               |
| 2 PROCESADOR AMD A4 A 2.0 GHZ O SUPERIOR CHIPSET INTEL SERIE 9 (H97 EXPRESS) SCM STCI                                                                                              | 2 PROCESADOR AMD A4 A 2.0 GHZ O SUPERIOR CHIPSET INTEL SERIE 9 (H97 EXPRESS) SCM STCI (FICHA TECNICA HP PÁG. 3)                                                                                              |
| 3 BIOS PROPIETARIO DEL FABRICANTE CON DERECHOS RESERVADOS PARA EL FABRICANTE, ALMACENADO EN FLASH ROM, QUE TENGA MANEJO DE PLUG AND PLAY EN AQUELLOS DISPOSITIVOS QUE LO PERMITAN. | 3 BIOS PROPIETARIO DEL FABRICANTE CON DERECHOS RESERVADOS PARA EL FABRICANTE, ALMACENADO EN FLASH ROM, QUE TENGA MANEJO DE PLUG AND PLAY EN AQUELLOS DISPOSITIVOS QUE LO PERMITAN. (FICHA TECNICA HP PÁG. 5) |
| 4 4G DDR SDRAM A 1600 MHZ PC3-12800, EXPANSIBLE A 8GB                                                                                                                              | 4 4G DDR SDRAM A 1600 MHZ PC3-12800, EXPANSIBLE A 8GB (FICHA TECNICA HP PÁG. 3)                                                                                                                              |
| 5 DISCO DURO SATA DE 500 GB A 7200 RPM A 6 GB/S O SUPERIOR                                                                                                                         | 5 DISCO DURO SATA DE 500 GB A 7200 RPM A 6 GB/S O SUPERIOR (FICHA TECNICA HP PÁG. 3)                                                                                                                         |
| 6 UNIDAD OPTICA COMBO DVD-RW/DVD-ROM SUPERIOR                                                                                                                                      | 6 UNIDAD OPTICA COMBO DVD-RW/DVD-ROM SUPERIOR (FICHA TECNICA HP PÁG. 3)                                                                                                                                      |
| 7 PUERTOS MINIMOS: 4 USB 2.0 EN LA PARTE POSTERIOR INTEGRADA AL MOTHER BOARD Y 2 USB 3.0 AL FRENTE                                                                                 | 7 PUERTOS MINIMOS: 4 USB 2.0 EN LA PARTE POSTERIOR INTEGRADA AL MOTHER BOARD Y 2 USB 3.0 AL FRENTE (FICHA TECNICA HP PÁG. 4)                                                                                 |
| 8 PUERTOS DE ENTRADA DE AUDIO, PUERTO DE SALIDA DE AUDIO, PUERTO PARA MICROFONO, 1 RJ45, 1 VGA                                                                                     | 8 PUERTOS DE ENTRADA DE AUDIO, PUERTO DE SALIDA DE AUDIO, PUERTO PARA MICROFONO, 1 RJ45, 1 VGA (FICHA TECNICA HP PÁG. 4)                                                                                     |
| 9 SISTEMA DE AUDIO INTEGRADO DE ALTA FIDELIDAD 2 BAHIAS DE EXPANSION COMO MINIMO: 1 UTILIZADA POR LA UNIDAD OPTICA DVD-RW/DVD-ROM Y 1 UTILIZADA POR EL DISCO DURO.                 | 9 SISTEMA DE AUDIO INTEGRADO DE ALTA FIDELIDAD 2 BAHIAS DE EXPANSION COMO MINIMO: 1 UTILIZADA POR LA UNIDAD OPTICA DVD-RW/DVD-ROM Y 1 UTILIZADA POR EL DISCO DURO. (FICHA TECNICA HP PÁG. 4)                 |
| 10 TARJETA DE VIDEO INTEGRADA CON CAPACIDAD DE HASTA 256 MB                                                                                                                        | 10 TARJETA DE VIDEO INTEGRADA CON CAPACIDAD DE HASTA 256 MB                                                                                                                                                  |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

**FOLIO 0033**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 744659721

|                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MEMORIA DE VIDEO COMPARTIDA CON EL SISTEMA.                                                                                                                                                                     | MEMORIA DE VIDEO COMPARTIDA CON EL SISTEMA. (FICHA TECNICA HP PÁG. 3)                                                                                                                                                                     |
| 11 INTERFACE DE RED ETHERNET INTEGRADA 10/100/1000                                                                                                                                                              | 11 INTERFACE DE RED ETHERNET INTEGRADA 10/100/1000 (FICHA TECNICA HP PÁG. 4)                                                                                                                                                              |
| 12 TARJETA MADRE PROPIETARIA Y DISEÑADA POR EL FABRICANTE DEL EQUIPO, SIN PUENTES, PARCHES NI ENMENDADURAS.                                                                                                     | 12 TARJETA MADRE PROPIETARIA Y DISEÑADA POR EL FABRICANTE DEL EQUIPO, SIN PUENTES, PARCHES NI ENMENDADURAS. (FICHA TECNICA HP PÁG. 7)                                                                                                     |
| 13 MOUSE Y TECLADO EN ESPAÑOL                                                                                                                                                                                   | 13 MOUSE Y TECLADO EN ESPAÑOL (FICHA TECNICA HP PÁG. 4)                                                                                                                                                                                   |
| 14 MONITOR LCD FLAT PANEL A COLOR DE 17 PULGADAS COLOR DEL CPU                                                                                                                                                  | 14 MONITOR LCD FLAT PANEL A COLOR DE 17 PULGADAS COLOR DEL CPU (FICHA TECNICA HP PÁG. 9)                                                                                                                                                  |
| 15 FUENTE DE PODER A 115-230VAC. CON CAPACIDAD DE SOPORTAR TODOS LOS DISPOSITIVOS DEL EQUIPO                                                                                                                    | 15 FUENTE DE PODER A 115-230VAC. CON CAPACIDAD DE SOPORTAR TODOS LOS DISPOSITIVOS DEL EQUIPO CUMPLIENDO CON EL (FICHA TECNICA HP PÁG. 7)                                                                                                  |
| 16 EL EQUIPO DEBERA TENER TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA LA RECUPERACIÓN DEL SISTEMA OPERATIVO, DRIVERS Y CONFIGURACIÓN DE FABRICA EN UNA PARTIÇÃO EN EL DISCO DURO O A TRAVÉS DE DVD O CD DE RECUPERACIÓN. | 16 EL EQUIPO DEBERA TENER TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA LA RECUPERACIÓN DEL SISTEMA OPERATIVO, DRIVERS Y CONFIGURACIÓN DE FABRICA EN UNA PARTIÇÃO EN EL DISCO DURO O A TRAVÉS DE DVD O CD DE RECUPERACIÓN. (FICHA TECNICA HP PÁG. 7) |
| 17 IMPRESOR LASER COMPATIBLE CON EL EQUIPO.                                                                                                                                                                     | 17 IMPRESOR LASER COMPATIBLE CON EL EQUIPO. (FICHA TECNICA HP PÁG. 9)                                                                                                                                                                     |

PROTESTO LO NECESARIO  
ATENTAMENTE

**C.P. VICTOR ALARCON PELAEZ**  
**REPRESENTANTE LEGAL DE**  
**OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA, S.A. DE C.V.**  
**Y REPRESENTANTE COMUN**

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

**FOLIO 0034**

PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA PARA UTILIZARSE EN UNA HASTA CINCUENTA MÁQUINAS, Compendio Nacional de Insumos para la Salud, clave: 531.829.0235

\*El tamaño de los filtros, válvulas automáticas y equipo de ósmosis varía de acuerdo a las máquinas de hemodiálisis instaladas (1 a 3 ó 4 o más máquinas).

|                     |                                                                                        |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE<br>GENÉRICO: | SISTEMA CENTRAL DE TRATAMIENTO DE AGUA CON ÓSMOSIS INVERSA PARA HEMODIÁLISIS.          |
| CLAVE: 531.829.0235 | ESPECIALIDAD(ES): Nefrología.<br>SERVICIO (S): Hospitalización. Unidad de Hemodiálisis |

DESCRIPCIÓN: Sistema central de tratamiento de agua por ósmosis inversa para la producción de agua en el tratamiento de hemodiálisis. Marca: WATER TEC - EFILPRO, EQUIPOS FILTROS Y PRODUCTOS DE MONTERREY

El equipo no requiere registro sanitario tal y como se enlista la publicación del 22 de diciembre de 2014 en el Diario Oficial de la Federación.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

FOLIO 0035

| NO    | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                   | PROPUESTA DEL LICITANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | SISTEMA CENTRAL DE TRATAMIENTO DE AGUA CON ÓSMOSIS INVERSA PARA HEMODIÁLISIS.                                                                                                                                                                                 | SISTEMA CENTRAL DE TRATAMIENTO DE AGUA CON ÓSMOSIS INVERSA PARA HEMODIÁLISIS.<br>MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - INTRODUCCION - PÁG. 1. NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO, OFICIO COFEPRIS 103300EL621053                                                                                                                                                                                                  |
| 2     | PRE-TRATAMIENTO DE AGUA:                                                                                                                                                                                                                                      | PRE-TRATAMIENTO AGUA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2.1   | EQUIPO ELECTRO HIDRAULICO QUE OPERA A BASE DE DIFERENTES FILTROS, RESINAS Y MEMBRANAS PARA ELIMINAR LAS IMPUREZAS QUÍMICAS Y MICROBIOLÓGICAS DEL AGUA QUE SE UTILIZA PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE HEMODIÁLISIS, PARA SER UTILIZADA EN UNIDADES DE HEMODIÁLISIS. | EQUIPO ELECTRO HIDRAULICO QUE OPERA A BASE DE DIFERENTES FILTROS, RESINAS Y MEMBRANAS PARA ELIMINAR LAS IMPUREZAS QUÍMICAS Y MICROBIOLÓGICAS DEL AGUA QUE SE UTILIZA PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE HEMODIÁLISIS, PARA SER UTILIZADA EN UNIDADES DE HEMODIÁLISIS.<br>MARCA WATER TEC. MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - INTRODUCCION - PÁG. 1. NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO, OFICIO COFEPRIS 103300EL621053 |
| 2.2   | INTERCONECTADA CON TUBERIA DE PVC CÉDULA 80.                                                                                                                                                                                                                  | INTERCONECTADA CON TUBERIA DE PVC CÉDULA 80.<br>MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - CONEXIONES DE PVC CÉDULA 80 - PÁG. 28.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2.3   | VÁLVULAS DE MUESTREO DE AGUA A LA SALIDA DE CADA ETAPA FILTRANTE.                                                                                                                                                                                             | VÁLVULAS DE MUESTREO DE AGUA A LA SALIDA DE CADA ETAPA FILTRANTE.<br>MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - NOTA AL PIE DE PÁGINA NO. 8.                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 2.4   | CON SISTEMA DE BYPASS EN CADA ETAPA FILTRANTE.                                                                                                                                                                                                                | CON SISTEMA DE BYPASS EN CADA ETAPA FILTRANTE.<br>MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 4 FILTRO MULTIMEDIA, FILTRO DE CARBÓN ACTIVADO Y SUAVIZADOR.                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 2.5   | MANÓMETROS DE ACERO INOXIDABLE DE FÁCIL LECTURA INSTALADOS A LA SALIDA DE CADA ETAPA FILTRANTE.                                                                                                                                                               | MANÓMETROS DE ACERO INOXIDABLE DE FÁCIL LECTURA INSTALADOS A LA SALIDA DE CADA ETAPA FILTRANTE.<br>MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - NOTA AL PIE DE PÁGINA NO. 8.                                                                                                                                                                                                                                         |
| 2.6   | BOMBA CENTRÍFUGA MULTITAPA                                                                                                                                                                                                                                    | BOMBA CENTRÍFUGA MULTITAPA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 2.6.1 | CON SISTEMA HIDRONEUMÁTICO GARANTIZANDO LA PRESIÓN Y FLUJO DEL AGUA CRUDA                                                                                                                                                                                     | CON SISTEMA HIDRONEUMÁTICO GARANTIZANDO LA PRESIÓN Y FLUJO DEL AGUA CRUDA.<br>MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 4 Y 13.                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 2.6.2 | CON IMPULSOR DE PLÁSTICO O ACERO INOXIDABLE                                                                                                                                                                                                                   | CON IMPULSOR DE PLÁSTICO O ACERO INOXIDABLE<br>MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 4.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2.7   | FILTRO DE ARENA O MULTIMEDIA CON CABEZAL ELECTRÓNICO PARA SU REGENERACIÓN, Y LA ELIMINACIÓN DE PARTÍCULAS ASENTADAS O SUSPENDIDAS DE HASTA 10 MICRÓMETROS DE DIÁMETRO.                                                                                        | FILTRO DE ARENA O MULTIMEDIA CON CABEZAL ELECTRÓNICO PARA SU REGENERACIÓN, Y LA ELIMINACIÓN DE PARTÍCULAS ASENTADAS O SUSPENDIDAS DE HASTA 10 MICRÓMETROS DE DIÁMETRO.<br>MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 4 FILTRO MULTIMEDIA Y PÁGINAS. 15, 16, 17, 18 Y 19.                                                                                                                                      |
| 2.8   | DOS FILTROS DE CARBÓN ACTIVADO CON CABEZAL ELECTRÓNICO PARA SU REGENERACIÓN, PARA LA ELIMINACIÓN DE CLORO Y CLORAMINAS, PARA OBTENCIÓN DE CANTIDADES MENORES DE 0.1 PARTES POR MILLÓN DE ESTAS SUSTANCIAS.                                                    | DOS FILTROS DE CARBÓN ACTIVADO CON CABEZAL ELECTRÓNICO PARA SU REGENERACIÓN, PARA LA ELIMINACIÓN DE CLORO Y CLORAMINAS, PARA OBTENCIÓN DE CANTIDADES MENORES DE 0.1 PARTES POR MILLÓN DE ESTAS SUSTANCIAS.<br>MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 4 FILTRO DE CARBÓN ACTIVADO Y PÁGINAS. 15, 16, 17, 18 Y 20.                                                                                          |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

FOLIO 0036

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.9   | FILTROS SUAVIZADOR(ES), CON CABEZAL ELECTRÓNICO PARA LA REGENERACIÓN DE RESINA POR MEDIO DE SOLUCIÓN DE SALMUERA, CON TANQUE PARA PREPARACIÓN DE SALMUERA, PARA ELIMINACIÓN DE CALCIO Y MAGNESIO, CON CAPACIDAD DE REMOCIÓN DE ACUERDO A LA CALIDAD DEL AGUA DE ENTRADA, QUE ASEGURE OBTENER RANGOS DE 1 A 5 PARTES POR MILLÓN DE CARBONATO DE CALCIO COMO DUREZA TOTAL. | FILTROS SUAVIZADOR(ES), CON CABEZAL ELECTRÓNICO PARA LA REGENERACIÓN DE RESINA POR MEDIO DE SOLUCIÓN DE SALMUERA, CON TANQUE PARA PREPARACIÓN DE SALMUERA, PARA ELIMINACIÓN DE CALCIO Y MAGNESIO, CON CAPACIDAD DE REMOCIÓN DE ACUERDO A LA CALIDAD DEL AGUA DE ENTRADA, QUE ASEGURE OBTENER RANGOS DE 1 A 5 PARTES POR MILLÓN DE CARBONATO DE CALCIO COMO DUREZA TOTAL. MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 4 SUAVIZADOR Y PÁGINAS 15, 16, 17, 18, 21, 22 Y 30. |
| 3     | OSMOSIS INVERSA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | OSMOSIS INVERSA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 3.1   | MOTOR CON IMPULSOR DE ACERO INOXIDABLE O PLÁSTICO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | MOTOR CON IMPULSOR DE ACERO INOXIDABLE O PLÁSTICO. MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁGS. 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 3.2   | CON CAPACIDAD MINIMA DE PRODUCCIÓN DE UN LITRO / MIN. DE AGUA GRADO HEMODIÁLISIS POR CADA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS INSTALADA (ANÁLISIS QUÍMICO MICROBIOLÓGICO DE ACUERDO A LO INDICADO EN LA NOM-003-SSA3-2010).                                                                                                                                                          | CON CAPACIDAD MINIMA DE PRODUCCIÓN DE UN LITRO / MIN. DE AGUA GRADO HEMODIÁLISIS POR CADA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS INSTALADA (ANÁLISIS QUÍMICO MICROBIOLÓGICO DE ACUERDO A LO INDICADO EN LA NOM-003-SSA3-2010). MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁGS. 5 Y 6 SISTEMA DE OSMOSIS INVERSA Y PÁGINAS 10, 11 Y 12.                                                                                                                                                     |
| 3.3   | CON SISTEMA DE MONITOREO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CON SISTEMA DE MONITOREO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 3.3.1 | PRESIÓN DE TRABAJO DEL EQUIPO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PRESIÓN DE TRABAJO DEL EQUIPO. MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁGS. 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 3.3.2 | MEDICIÓN DEL FLUJO DE AGUA DE RECHAZO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | MEDICIÓN DEL FLUJO DE AGUA DE RECHAZO. MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁGS. 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 3.3.3 | MEDICIÓN DEL FLUJO DE AGUA PRODUCTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | MEDICIÓN DEL FLUJO DE AGUA PRODUCTO MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁGS. 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 3.3.4 | MEDICIÓN DEL FLUJO DE AGUA DE RECIRCULACIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | MEDICIÓN DEL FLUJO DE AGUA DE RECIRCULACIÓN. MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁGS. 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 3.3.5 | MEDICIÓN DE SÓLIDOS TOTALES DISUELTOS O CONDUCTIVIDAD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | MEDICIÓN DE SÓLIDOS TOTALES DISUELTOS O CONDUCTIVIDAD. MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁGS. 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 3.4   | CON SISTEMA PARA PROCEDIMIENTOS DE DESINFECCIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | CON SISTEMA PARA PROCEDIMIENTOS DE DESINFECCIÓN. MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁGS. 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 3.5   | ALARMAS VISUALES Y AUDIBLES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ALARMAS VISUALES Y AUDIBLES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 3.5.1 | BAJO NIVEL DE PRESIÓN DE ENTRADA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | BAJO NIVEL DE PRESIÓN DE ENTRADA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 3.5.2 | SÓLIDOS TOTALES DISUELTOS O CONDUCTIVIDAD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SÓLIDOS TOTALES DISUELTOS O CONDUCTIVIDAD. MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁGS. 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 4     | RED DE DISTRIBUCIÓN DEL AGUA TRATADA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | RED DE DISTRIBUCIÓN DEL AGUA TRATADA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 4.1   | TANQUE DE ALMACENAMIENTO DE AGUA, DE PLÁSTICO, CÓNICO, CERRADO Y VENTEAADO A TRAVÉS DE FILTRO DE BACTERIAS.                                                                                                                                                                                                                                                              | TANQUE DE ALMACENAMIENTO DE AGUA, DE PLÁSTICO, CÓNICO, CERRADO Y VENTEAADO A TRAVÉS DE FILTRO DE BACTERIAS. MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 7 TANQUE DE ALMACENAMIENTO Y PÁG. 23.                                                                                                                                                                                                                                                                            |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

FOLIO 0037

|       |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4.2   | DOBLE BOMBA CENTRIFUGA MULTITAPA, QUE GARANTIZA LA PRESIÓN DE AGUA SUFICIENTE PARA EL TRABAJO ADECUADO DE LAS MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS. CON IMPULSOR DE PLÁSTICO O DE ACERO INOXIDABLE.                                    | DOBLE BOMBA CENTRIFUGA MULTITAPA, QUE GARANTIZA LA PRESIÓN DE AGUA SUFICIENTE PARA EL TRABAJO ADECUADO DE LAS MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS. CON IMPULSOR DE PLÁSTICO O DE ACERO INOXIDABLE. MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 7 BOMBAS DE RECIRCULACIÓN Y PÁG. 14.                                                          |
| 4.3   | LAMPARA DE LUZ ULTRAVIOLETA, PARA ELIMINACIÓN DE BACTERIAS, UNA INSTALADA DESPUÉS DEL TANQUE ALMACENADOR, CON CAPACIDAD DE MANEJO DEL FLUJO DE AGUA NECESARIO PARA LA ALIMENTACIÓN DE AGUA PARA LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS. | LAMPARA DE LUZ ULTRAVIOLETA, PARA ELIMINACIÓN DE BACTERIAS, UNA INSTALADA DESPUÉS DEL TANQUE ALMACENADOR, CON CAPACIDAD DE MANEJO DEL FLUJO DE AGUA NECESARIO PARA LA ALIMENTACIÓN DE AGUA PARA LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS. MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁGINAS 7 Y 8 LÁMPARAS DE RAYOS ULTRAVIOLETA Y PÁGINAS 26 Y 27. |
| 4.4   | ULTRAFILTRO(S) PARA LA RETENCIÓN DE ENDOTOXINAS DE 0.2 MICRAS, PARA AGUA TRATADA.                                                                                                                                          | ULTRAFILTRO(S) PARA LA RETENCIÓN DE ENDOTOXINAS DE 0.2 MICRAS, PARA AGUA TRATADA. MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 8 FILTROS PULIDORES Y PÁG. 24 Y 25 FILTROS PULIDORES HYDRONIX, ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.                                                                                                           |
| 4.5   | QUE MANTENGA EN FORMA CONTINUA EL FLUJO DE AGUA TRATADA DE RECIRCULACIÓN, YA QUE ÉSTA SE DISTRIBUYE EN UN CIRCUITO CERRADO DE CONSTANTE MOVIMIENTO, MISMO QUE SE LOGRA CON LAS BOMBAS DE DISTRIBUCIÓN.                     | QUE MANTENGA EN FORMA CONTINUA EL FLUJO DE AGUA TRATADA DE RECIRCULACIÓN, YA QUE ÉSTA SE DISTRIBUYE EN UN CIRCUITO CERRADO DE CONSTANTE MOVIMIENTO, MISMO QUE SE LOGRA CON LAS BOMBAS DE DISTRIBUCIÓN. MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 8.                                                                             |
| 4.6   | MATERIAL P.V.C CÉDULA 80.                                                                                                                                                                                                  | MATERIAL P.V.C CÉDULA 80. MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 8 Y 28.                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 4.7   | MANÓMETRO DE ACERO INOXIDABLE.                                                                                                                                                                                             | MANÓMETRO DE ACERO INOXIDABLE. MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 8.                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 5     | TABLERO DE CONTROL E INDICADORES:                                                                                                                                                                                          | TABLERO DE CONTROL E INDICADORES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 5.1   | CONTROL DE LAS BOMBAS DE DISTRIBUCIÓN                                                                                                                                                                                      | CONTROL DE LAS BOMBAS DE DISTRIBUCIÓN. MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 6.                                                                                                                                                                                                                                             |
| 5.2   | CONTROL DE LLENADO DE RESERVORIO DEL AGUA DE HEMODIÁLISIS.                                                                                                                                                                 | CONTROL DE LLENADO DE RESERVORIO DEL AGUA DE HEMODIÁLISIS. MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 6.                                                                                                                                                                                                                         |
| 5.3   | INDICADORES VISUALES                                                                                                                                                                                                       | INDICADORES VISUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 5.3.1 | OPERACIÓN DE BOMBA                                                                                                                                                                                                         | OPERACIÓN DE BOMBA. MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 6.                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 5.3.2 | NIVELES DE RESERVORIO DEL AGUA DE HEMODIÁLISIS                                                                                                                                                                             | NIVELES DE RESERVORIO DEL AGUA DE HEMODIÁLISIS. MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 6.                                                                                                                                                                                                                                    |
| 5.4   | ALARMAS VISUALES Y AUDIBLES:                                                                                                                                                                                               | ALARMAS VISUALES Y AUDIBLES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 5.4.1 | NIVEL DE AGUA ALTO Y BAJO DEL RESERVORIO.                                                                                                                                                                                  | NIVEL DE AGUA ALTO Y BAJO DEL RESERVORIO. MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 6.                                                                                                                                                                                                                                          |
| 5.4.2 | FALLA EN EL SUMINISTRO DE AGUA CRUDA.                                                                                                                                                                                      | FALLA EN EL SUMINISTRO DE AGUA CRUDA. MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 6 TABLERO DE CONTROL                                                                                                                                                                                                                            |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

**FOLIO 0038**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ACCESORIOS :</b><br/>TOMAS DE SALIDA NECESARIAS DE ACUERDO AL NÚMERO DE MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS, PARA PREPARACIÓN DE BICARBONATO Y CON SISTEMA QUE NO DISMINUYA EL FLUJO Y LA PRESIÓN DE AGUA PARA LAS MÁQUINAS.<br/>LAS UNIDADES MÉDICAS LOS SELECCIONARÁN DE ACUERDO A SUS NECESIDADES, ASEGURANDO SU COMPATIBILIDAD CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO.</p> | <p><b>ACCESORIOS:</b><br/>TOMAS DE SALIDA NECESARIAS DE ACUERDO AL NÚMERO DE MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS, PARA PREPARACIÓN DE BICARBONATO Y CON SISTEMA QUE NO DISMINUYA EL FLUJO Y LA PRESIÓN DE AGUA PARA LAS MÁQUINAS.<br/>LAS UNIDADES MÉDICAS LOS SELECCIONARÁN DE ACUERDO A SUS NECESIDADES, ASEGURANDO SU COMPATIBILIDAD CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO.<br/>MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 8 RED DE DISTRIBUCIÓN.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p><b>CONSUMIBLES:</b><br/>SACOS DE SAL PELETIZADA LIBRE DE YODO.<br/>AGENTE DESINFECTANTE.<br/>FILTRO PARA ENTRADA DE ÓSMOSIS INVERSA DE 1.5 MICRAS.<br/>LAS CANTIDADES SERÁN DETERMINADAS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES OPERATIVAS DE LAS UNIDADES MÉDICAS, ASEGURANDO COMPATIBILIDAD PARA LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO.</p>                                       | <p><b>CONSUMIBLES:</b><br/>SACOS DE SAL PELETIZADA LIBRE DE YODO.<br/>MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 30 SALMUERA.<br/>AGENTE DESINFECTANTE.<br/>MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 31 HIPOCLORITO DE SODIO.<br/>FILTRO PARA ENTRADA DE ÓSMOSIS INVERSA DE 5 MICRAS.<br/>MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 8 FILTROS PULIDORES Y PÁG. 24 Y 25 FILTROS PULIDORES HYDRONIX, ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.<br/>LAS CANTIDADES SERÁN DETERMINADAS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES OPERATIVAS DE LAS UNIDADES MÉDICAS, ASEGURANDO COMPATIBILIDAD PARA LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO.<br/>MANUAL DE OPERACIÓN: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - PÁG. 39.</p> |
| <p><b>ACCESORIOS OPCIONALES:</b><br/>LAS UNIDADES MÉDICAS LOS SELECCIONARÁN DE ACUERDO A SUS NECESIDADES, ASEGURANDO SU COMPATIBILIDAD CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO.</p>                                                                                                                                                                                        | <p><b>ACCESORIOS OPCIONALES:</b><br/>LAS UNIDADES MÉDICAS LOS SELECCIONARÁN DE ACUERDO A SUS NECESIDADES, ASEGURANDO SU COMPATIBILIDAD CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

PROTESTO LO NECESARIO  
ATENTAMENTE

**C.P. VICTOR ALARCON PELAEZ**  
**REPRESENTANTE LEGAL DE**  
**OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA, S.A. DE C.V.**  
**Y REPRESENTANTE COMUN**

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

**FOLIO 0001**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

### ANEXO T0 VERACRUZ

XALAPA, VERACRUZ, A 3 DE OCTUBRE DEL 2025.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
P R E S E N T E

**No evento.** : LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS No. LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, PARA LA UMAA 242 TEJERÍA, VER., DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO, DURANTE EL PERÍODO A PARTIR DEL 16 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DEL EJERCICIO 2025.

### Anexo T 0 (T-cero) Oferta Técnica

#### Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada

Licitante: OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA, S.A. DE C.V., EN PARTICIPACION CONJUNTA CON LOGISTICA MARVIL, S.A. DE C.V.

|                                  |                                                      |            |          |
|----------------------------------|------------------------------------------------------|------------|----------|
| Unidad de Hemodiálisis Subrogada | UNIDAD DE HEMODIALISIS<br>SANTA LUCIA VERACRUZ       |            |          |
| Domicilio:                       | AVENIDA MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NUMERO EXTERIOR 2690 |            |          |
|                                  | LOCAL DEL 5 AL 16 COLONIA FORMANDO HOGAR             | C.P.:      | 91897    |
|                                  | Teléfono:                                            | 7444659721 | Ext:     |
| Municipio/Delegación:            | IGNACIO DE LA LLAVE VERACRUZ                         | Estado:    | VERACRUZ |
| Horario de Atención:             | 06:00 A.M. A 22:00 P.M.                              |            |          |

|                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| Nombre Médico Nefrólogo:     | BLANCA ESTELA CARRANZA RUELAS |
| Número de Cédula Profesional | 12062059                      |

| Unidad de Hemodiálisis Subrogada                                                                     | Total m²                 | Se ubica dentro de un Hospital |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|---------------|
| a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris) | 503.85                   | Si                             | No X          |
| b) Número de máquinas de Hemodiálisis                                                                | Máquinas de Hemodiálisis |                                |               |
|                                                                                                      | Total                    | Sero positivo                  | Sero negativo |
|                                                                                                      | 71                       | 3                              | 68            |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</p> <p>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

**FOLIO 0002**

| Equipamiento                                                             | Marca (s): | Modelo (s):          |
|--------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------|
| Máquina de Hemodiálisis                                                  | NIPRO      | DIAMAX<br>AK98       |
| Sistema de tratamiento de agua                                           | WATER TEC  | NACIONAL<br>NACIONAL |
| Equipo de reprocesamiento automático de dializadores (en caso de usarlo) | N/A        | N/A                  |

| Cuenta con:                                                                                    |                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General (Anexar documento) | NO Certificado                        |
| SI                                                                                             | CSG-U-1984-3-20/07/2023-2026-2SO-0015 |

### Anexo T 0 (T-cero) Servicios

| Servicios al paciente                                                 |    |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|----|
| El servicio incluye:                                                  | Si | No |
| Colocación de acceso vascular permanente y mantenerlo funcional       | X  |    |
| Realización de estudios de laboratorio con la periodicidad solicitada | X  |    |

| Servicios de traslado                         | Si | No | Propio | Subrogado |
|-----------------------------------------------|----|----|--------|-----------|
| Cuenta con servicio de traslado en ambulancia | X  |    |        | X         |

| Otros Servicios                                                                                                                                                 | Si | No |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| El área de tratamiento es considerada como semi-restringida (zona gris)                                                                                         | X  |    |
| Cuenta con las áreas Infraestructura, Equipamiento y Suministro del presente documento, en apego a la NOM-003-SSA3-2010, "Para la práctica de la hemodiálisis". | X  |    |
| Se cumple con resultados de análisis bacteriológicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010.                                             | X  |    |
| Se cumple con resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010.                                                    | X  |    |
| Reproceso de Dializadores.                                                                                                                                      |    | X  |
| Contar con un sistema de información que incluya datos clínicos y administrativos, como mínimos los establecidos en la ETIMSS 5640-023-004.                     | X  |    |

| OAAD   | Unidad del IMSS |           | Distancia (km) | Requerimiento Anexo T1 Sesiones | Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida |
|--------|-----------------|-----------|----------------|---------------------------------|---------------------------------------------------|
|        | Tipo y Número   | Localidad |                | Máximo                          | 936 sesiones mínimo por maquina                   |
| UMAA   | 242             | VERACRUZ  | 12             | 6.600                           |                                                   |
| Total: |                 |           |                | 6.600                           |                                                   |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

FOLIO 0003

### Anexo T 0 (T-cero)

#### Normatividad

Anexar copia legible de la documentación que se señala a continuación.

|                                                | Si | No | Número de Folio   |
|------------------------------------------------|----|----|-------------------|
| Aviso de Responsable Sanitario de Hemodialisis | X  |    | 24330051240051    |
| Licencia Sanitaria                             |    |    | 23-SH-30-193-0001 |

| Responsable Sanitario        | Nombre                        | Número de Folio |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------|
| De la Unidad de Hemodiálisis | BLANCA ESTELA CARRANZA RUELAS | 24330051240051  |

Fecha: 3 DE OCTUBRE DEL 2025.

Nombre y cargo del médico responsable de la Unidad de Hemodiálisis:

DRA. BLANCA ESTELA CARRANZA RUELAS

RESPONSABLE SANITARIO

PROTESTO LO NECESARIO  
ATENTAMENTE

C.P. VICTOR ALARCON PELAEZ  
REPRESENTANTE LEGAL DE  
OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA, S.A. DE C.V.  
Y REPRESENTANTE COMUN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00

FOLIO 0437



Ambulancias de Alta Tecnología en Atención  
Prehospitalaria, Cursos de Primeros Auxilios  
Urgencias 24 hrs.; Eventos Especiales,  
Membresías, Traslados de Pacientes  
Aéreos y Terrestres, Alarma Medica de Urgencias.

#### CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE AMBULANCIA

Convenio de prestación de servicios de traslado en ambulancia y asistencia médica en trayecto a pacientes discapacitados, accidentados y/o enfermos, que celebran por una parte **Médica del Futuro A.C.** que es representada legalmente por el **L.A.E. Arturo Santibáñez Góngora**, a quien en lo sucesivo y para efectos de este contrato se le denominara "**Ambulancias**" y por la otra, parte **OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA SA DE CV**, que es representado legalmente con uso de sus plenos poderes por **C.P. Víctor Alarcón Peláez** que en lo sucesivo se le denominará **UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA**, con domicilio para recibir todo tipo de notificaciones en la ubicación de **Avenida Miguel ángel de Quevedo, Número exterior 2690, Local del 5 al 16, Colonia Formando Hogar, Veracruz, Veracruz. C.P. 91897** personas que al ser consideradas con capacidad legal para contratar y obligarse sin que conste nada en contrario, han manifestado querer tener por escrito un contrato de prestación de servicios profesionales, que formalizan al tenor de las siguientes declaraciones y cláusulas.

#### DECLARACIONES

##### DECLARA: AMBULANCIAS

- 1.- Ser una Asociación civil dedicada a la prestación de servicios de traslado en ambulancias y asistencia médica en trayecto a pacientes discapacitados, accidentados y/o enfermos legalmente constituida conforme a las leyes de los Estados Unidos Mexicanos.
- 2.- Tener su domicilio en la Privada B 15 de enero 4911 Col San Baltazar Campeche CP. 72550, en la CD de Puebla. Pue. Debidamente inscrita en el registro federal de contribuyentes MFU961213L63. Contando con domicilio en Veracruz en la calle Juan Enriquez 860-10 Colonia Zaragoza C.P. 91917 Veracruz Ver.
- 3.- Que al L.A.E Arturo Santibáñez Góngora. No se le ha revocado, modificado o sustituido de manera alguna el poder que le fue conferido por la asociación civil para representarla. Teniendo a Francisco Alberto Islas Monsalvo como Coordinador Operativo en Veracruz.
- 4.- Tener la experiencia profesional, capacidad y equipos de transporte necesarios para obligarse de conformidad con el presente contrato.

PRIV. VOLCÁN DE COLIMA 2705 COL. VOLCANES C.P. 72410 TEL. 01-222-237-1975 FAX. 01222-294-3955 PUEBLA PUE.

**Teléfono en Veracruz 1-21-68-05 ID NEXTEL 132134\*9**  
**01-800-847-95-03**

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOLIO 0438**



*Ambulancias de Alta Tecnología en Atención  
Prehospitalaria, Cursos de Primeros Auxilios  
Urgencias 24 hrs.; Eventos Especiales,  
Membresías, Traslados de Pacientes  
Aéreos y Terrestres, Alarma Medica de Urgencias.*

**DECLARA: LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA**

- 1.- Ser una institución Privada dedicada a la prestación de servicios de medicina y asistencia hospitalaria a pacientes de hemodiálisis.
- 2.- Tener su domicilio en Avenida Miguel ángel de Quevedo, Número exterior 2690, Local del 5 al 16, Colonia Formando Hogar, Veracruz, Veracruz. C.P. 91897 Y estar inscrita en el registro federal de contribuyentes OSS080331528
- 3.- Que al C.P. Víctor Alarcón Peláez, no se le ha revocado, modificado o sustituido de manera alguna el poder que le fue conferido por la sociedad anónima para representarla.
- 4.- Tener la experiencia de conformidad con el presente contrato.

**DECLARAN AMBAS PARTES:**

- 1.- Su voluntad de comprometerse con este contrato de conformidad con las siguientes:

**CLAUSULAS**

**Objeto**

**Primera .-** “Ambulancias” se obliga y compromete con “LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA” a brindar de manera expedita y eficiente la presentación del servicio de traslado en ambulancia y asistencia médica en trayecto a pacientes enfermos, accidentados y/o discapacitados, que lo soliciten en forma directa o a la segunda de ellas, es decir a “LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA” de conformidad con el tipo de paciente o contrato de servicios que esta tenga celebrando con distintas asociaciones públicas o privadas, escuelas hoteles y demás empresas y/o compañías se seguros.

PRIV. VOLCÁN DE COLIMA 2705 COL. VOLCANES C.P. 72410 TEL. 01-222-237-1975 FAX. 01222-294-3955 PUEBLA PUE.

**Teléfono en Veracruz 1-21-68-05 ID NEXTEL 132134\*9**  
**01-800-847-95-03**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00

FOLIO 0439



*Ambulancias de Alta Tecnología en Atención  
Prehospitalaria, Cursos de Primeros Auxilios  
Urgencias 24 hrs.; Eventos Especiales,  
Membresías, Traslados de Pacientes  
Aéreos y Terrestres, Alarma Medica de Urgencias.*

**De los pacientes De "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA"**

Segunda.- "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" manifiesta que cuenta permanentemente con pacientes que requieren de traslado terrestre, por lo que con la finalidad de brindar un servicio integral solicita que "Ambulancias" su disposición y compromiso para atender en traslado terrestre a sus pacientes.

Así mismo, "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" manifiesta que cuenta con pacientes del sector salud y privados, con las que a su vez se ha obligado a prestar servicios de atención médica, de manera personal y con sus respectivos asegurados, por lo que con la finalidad de cubrir en parte esta demanda de servicios de traslado, se compromete y obliga a contratar los servicios de "Ambulancias"

**De la prestación de servicios de traslados.**

Tercera.- "Ambulancias" se obliga y compromete con la "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" a brindar de manera expedita y eficiente la prestación de servicios de traslados en ambulancia y asistencia médica en trayecto a pacientes discapacitados, accidentados y/o enfermos para la cual tomara un reporte u orden de servicios donde se mencione el nombre del solicitante, nombre del paciente, lugar de destino, fecha, hora y nombre del médico tratante, en su caso, recabando la firma de la persona solicitante.

Una vez tomado el reporte "Ambulancias" con su personal calificado evaluara y precisara el tipo de traslado que se requiera, procediendo de inmediato a prestar el servicio contratado en sus ambulancias.

"Ambulancias" atenderá y brindara la asistencia médica y de urgencias necesaria durante el traslado y/o trasbordo en sus ambulancias, para lo cual tomara el reporte que le entregue la "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" donde mencione el estado que guarda el paciente que se traslada, los medicamentos que debe administrarle, las dosis, etc.

Cuarta.-Para cubrir cualquier traslado que solicite "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" de sus pacientes, deberá cobrar previamente al enfermo o paciente los gastos que por el traslado cobre "Ambulancias". En todo caso será responsabilidad de "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" pagarle a "Ambulancias" los traslados que este último realice por instrucciones de "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA".

PRIV. VOLCÁN DE COLIMA 2705 COL. VOLCANES C.P. 72410 TEL. 01-222-237-1975 FAX. 01222-294-3955 PUEBLA PUE.

**Teléfono en Veracruz 1-21-68-05 ID NEXTEL 132134\*9**

**01-800-847-95-03**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00

FOLIO 0440



*Ambulancias de Alta Tecnología en Atención  
Prehospitalaria, Cursos de Primeros Auxilios  
Urgencias 24 hrs.; Eventos Especiales,  
Membresías, Traslados de Pacientes  
Aéreos y Terrestres, Alarma Medica de Urgencias.*

#### Del cobro de los servicios

Quinta.- "Ambulancias" detallaran en el reporte de traslados el importe total por cobrar mensualmente, más el impuesto al valor agregado, que se debió cobrar atendiendo al anexo 1, de este contrato y el cual no podrá ser modificado sin el VoBo de la "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA".

"LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" se obliga y compromete con "Ambulancias" a pagar a más tardar dentro de los 8 días naturales siguientes a la fecha de entrega del reporte mensual los importes netos por los servicios de traslados que la segunda haya brindado a los pacientes, enfermos o discapacitados a los cuales se le proporciono el servicio, una vez restada la participación que corresponda a la "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" según la cláusula VI.

#### Del suministro de insumos y material médico.

Sexta.- El suministro de insumos y demás equipo médico de las unidades terrestres de traslado será proporcionado por "Ambulancias", enviando para iniciar operaciones todo un almacén para soporte de vida avanzado.

Se declara que "Ambulancias" cobrara los insumos tales como cassettes para bombas de infusión, férulas especiales, collarines, medicamentos como sedantes, inotrópicos y fármacos que incrementen el costo del traslado, dada la naturaleza de uso personal de dichos insumos, por lo que "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" deberá cargarlos a la cuenta del paciente por trasladar, con el objeto de poder reponer el almacén con que opera "Ambulancias".

"Ambulancias" vigilara que sus unidades cuenten con los materiales necesarios que se requieren para laborar de acuerdo a los protocolos internacionales, tales como camillas, tablas, botiquines, medicamentos, férulas, etc.

#### Del mantenimiento de las ambulancias terrestres.

Séptima.- "Ambulancias" será responsable del mantenimiento de las unidades terrestres que utiliza para brindar el servicio de traslado de pacientes, debiendo contar con ello, con por lo menos una persona o taller dedicada exclusivamente a tal fin. Debiendo demostrar fehacientemente al "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" los servicios que haga a sus unidades.

"Ambulancias" en todo momento deberán estar bien pintadas, con llantas en buen estado, con luces de emergencia y en general en buen funcionamiento, cuidando además la imagen de la institución que representa.

PRIV. VOLCÁN DE COLIMA 2705 COL. VOLCANES C.P. 72410 TEL. 01-222-237-1975 FAX. 01222-294-3955 PUEBLA PUE.

**Teléfono en Veracruz 1-21-68-05 ID NEXTEL 132134\*9**  
**01-800-847-95-03**

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOLIO 0441**



*Ambulancias de Alta Tecnología en Atención  
Prehospitalaria, Cursos de Primeros Auxilios  
Urgencias 24 hrs.; Eventos Especiales,  
Membresías, Traslados de Pacientes  
Aéreos y Terrestres, Alarma Medica de Urgencias.*

#### De la relación laboral

Octava. - "Ambulancias" y "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" acuerdan que los operadores y técnicos en urgencias médicas son trabajadores o empleados de la primera, por lo que laboran bajo su absoluta responsabilidad, siendo "Ambulancias" la única responsable laboral de las prestaciones que se les adeuden, liberando a "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" de cualquier contingencia que se llegue a presentar.

Por su parte, "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" hace constar que los médicos y demás empleados que estén a bordo de las ambulancias por instrucciones suyas laboran bajo responsabilidad de su profesión, por lo que es la única responsable de las prestaciones que se les adeuden, liberando a "Ambulancias" y "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" de cualquier contingencia que se llegue a presentar.

#### De la vigencia y terminación del contrato.

Novena. - Ambas partes, acuerdan que este contrato estará vigente del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025.

Por otra parte, de común acuerdo las partes podrán dar por terminado el presente contrato, sin responsabilidad alguna.

#### Interpretación

Decima. - Para la interpretación y cumplimiento del presente contrato, ambas partes se someten a la jurisdicción y competencia de los tribunales y juzgados que resulten competentes, señalando como sus domicilios para oír y recibir toda clase de notificaciones los mencionados en este contrato.

No habiendo dolo, mala fe, violencia, o lesión. Ambas partes lo firman de conformidad en: Veracruz Ver. A 01 de enero del 2025.

PRIV. VOLCÁN DE COLIMA 2705 COL. VOLCANES C.P. 72410 TEL. 01-222-237-1975 FAX. 01222-294-3955 PUEBLA PUE.

**Teléfono en Veracruz 1-21-68-05 ID NEXTEL 132134\*9**  
**01-800-847-95-03**

9.4 mm

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</p> <p>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOLIO 0442**



*Ambulancias de Alta Tecnología en Atención  
Prehospitalaria, Cursos de Primeros Auxilios  
Urgencias 24 hrs.; Eventos Especiales,  
Membresías, Traslados de Pacientes  
Aéreos y Terrestres, Alarma Medica de Urgencias.*

**“Ambulancias”**

**“Unidad de Hemodiálisis Santa Lucia”**



L.A.E. Arturo Santibáñez Góngora  
Director General de

Ambulancias Medica Del Futuro  
Representante legal



T.U.M. Francisco Alberto Islas Monsalvo  
Coordinador Operativo Veracruz  
Ambulancias Medica Del Futuro



C.P. Víctor Alarcón Peláez  
Representante legal de Operadora de Servicios  
de Salud Santa Lucia S.A. de C.V.



Leonardo De Jesús Villarruel Alba.  
Área Administrativa

Testigos

PRIV. VOLCÁN DE COLIMA 2705 COL. VOLCANES C.P. 72410 TEL. 01-222-237-1975 FAX. 01222-294-3955 PUEBLA PUE.

**Teléfono en Veracruz 1-21-68-05 ID NEXTEL 132134\*9  
01-800-847-95-03**

79.4 mm



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00

FOLIO 1032

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO

No. V006-TAM-0202/2024

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE REFERENCIA DE ESTUDIOS DE LABORATORIO QUE CELEBRAN POR UNA PARTE LABORATORIO LISTER CENTRO MÉDICO DE TAMPICO S.A. DE C.V. REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR KENIA ARELY FLORES GONZALEZ, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO "EL LABORATORIO", Y POR OTRA PARTE, OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCÍA S.A. DE C.V. REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR VICTOR ALARCÓN PELÁEZ A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO "EL CLIENTE", AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLAUSULAS:

### DECLARACIONES

#### I. Declara "EL LABORATORIO":

(a) Que es una sociedad anónima debidamente constituida conforme a las leyes de los Estados Unidos Mexicanos, según consta en la Escritura N°1,400, de fecha 15 de Marzo de 1989, otorgada ante el Lic. Oscar Jose Casanova Sanchez, Titular de la Notaría N°8 de la ciudad de Tampico, Tamaulipas, cuyo primer testimonio quedó inscrito en el Registro Público de Comercio de Tampico, Tamaulipas el día 27 Abril de 1998.

(b) Que su representante cuenta con facultades suficientes y necesarias para obligarla en los términos y condiciones de este convenio, como consta en el instrumento notarial número 7,101 de fecha 21 de Enero del año 2011, otorgada ante el Notario Número 8 de Tampico, Tamaulipas, las cuales no le han sido revocadas ni modificadas en forma alguna.

(c) Que está debidamente inscrita en el Registro Federal de Contribuyentes bajo el número LLC890327GD6 y tener su domicilio fiscal en Canseco N° 201, Col. Zona Centro, Tampico, Tamaulipas C.P. 89000.

(d) Que está dedicada a la prestación de servicios de laboratorio de análisis clínicos, de histopatología y citología, así como a la prestación de servicios afines o relacionados, para lo cual cuenta con la infraestructura, personal capacitado y, en general, con todos los elementos necesarios para la prestación de los mencionados servicios como laboratorio clínico de referencia.

(e) Que sujeto a los términos y condiciones del presente Contrato es su intención prestar al "EL CLIENTE" sus servicios de referencia de estudios de laboratorio de análisis clínicos, de histopatología, citología y afines o relacionados.

(f) Que cuenta con una sucursal de Laboratorio Clínico en el domicilio ubicado en Av. 16 de Septiembre No. 955 Zona Centro, C.P. 91700, Veracruz, Veracruz.

#### II. Declara "EL CLIENTE":

(a) Que es una sociedad anónima debidamente constituida conforme a las leyes de los Estados Unidos Mexicanos, según consta en la Escritura N°5,182, de fecha 31 de Marzo de 2008, otorgada ante el Lic. Luis Arévalo Contreras, Corredor Público Número Uno de la ciudad de Acapulco, Guerrero, cuyo primer testimonio quedó inscrito en el Registro Público de Comercio de Acapulco, Guerrero el día 10 Abril de 2008.

(b) Que está legalmente representada en este acto por Victor Alarcón Peláez quien cuenta con las facultades necesarias para celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, según consta en el poder notarial No. 13, 758 de fecha 20 de Junio de 2019, otorgada ante el Corredor Público

LISTER LABORATORIO DE REFERENCIA S.A. DE C.V.

ELIMINADO: R F C Y DOMICILIO FISCAL NUM ACTA NUM NOTARIO

FUNDAMENTO LEGAL: ARTS. 115 PARRAFO TERCERO Y 120 DE LA LGTAIP

MOTIVACION: SE CONSIDERA INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA MORAL INHERENTE A SU PATRIMONIO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00

FOLIO 1033

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO

No. V006-TAM-0202/2024

Número Uno Luis Arévalo Contreras, de la ciudad de Acapulco, Guerrero, facultades que a la fecha de firma del presente contrato no le han sido revocadas o limitadas en forma alguna.

(c) Que está debidamente inscrita en el Registro Federal de Contribuyentes y tener su domicilio fiscal en Vasco N de Balboa # 1003, Acapulco, Guerrero C.P. 39355.

(d) Que está dedicada entre otras actividades a la prestación de servicios de administración, operación, supervisión, promoción, consultoría, organización e intervención de cualquier medio legal en clínicas y hospitales, y que requiere contratar los servicios de referencia de "EL LABORATORIO", como laboratorio clínico de referencia para la práctica de ciertas pruebas de laboratorio de análisis clínicos, de histopatología, de citología y otras pruebas afines.

Expuesto lo anterior, las partes otorgan las siguientes:

### CLAUSULAS

**PRIMERA. – Objeto. –** Sujeto a los términos y condiciones del presente Contrato, "EL LABORATORIO" conviene en prestar a "EL CLIENTE" servicios de referencia, para la práctica de pruebas de laboratorio de análisis clínicos, histopatología, citología y otras pruebas afines que "EL CLIENTE" le solicite conforme a las especificaciones de metodología aplicada emitidas por "EL LABORATORIO" y al listado de pruebas que contiene el Anexo N° 1, y que forma parte integral del presente instrumento.

"EL LABORATORIO" y "EL CLIENTE" están de acuerdo en que la prestación de otro tipo de servicios de laboratorio deberá ser aprobada por "EL LABORATORIO", previa solicitud por escrito del "EL CLIENTE".

**SEGUNDA. – Entrega de Resultados. –** "EL LABORATORIO" conviene en enviar a "EL CLIENTE" los reportes que contengan los resultados de las pruebas de laboratorio de análisis clínicos, histopatología, citología y otras pruebas afines que "EL LABORATORIO" hubiere practicado a solicitud de "EL CLIENTE". Los reportes conteniendo los resultados de las pruebas serán enviados a través de medio electrónico previamente convenido con "EL CLIENTE" inmediatamente después de concluidas las pruebas, tomando en cuenta el tiempo de proceso previsto en la lista de Pruebas Anexo 1 y que forma parte integral del presente instrumento.

**TERCERA. – Lugar de la Toma de Muestras. –** Las muestras serán tomadas por parte de "EL LABORATORIO" en sus instalaciones del Laboratorio Clínico ubicado en la Av. 16 de Septiembre No. 955 Zona Centro, Veracruz, Veracruz; o en alguna otra sucursal de "EL LABORATORIO" que cuente con instalaciones suficientes, y que se señalan en el Anexo no. 2 "Relación de Sucursales" y que forma parte integral del presente instrumento.

"EL LABORATORIO" proporcionará el material e insumos necesarios para la toma de muestra a "EL CLIENTE" y en general todos los elementos necesarios para prestación de los mencionados servicios como Laboratorio Clínico.

**CUARTA. – Lugar de la Prestación de los Servicios y procesamiento de las Muestras. –** Los servicios objeto del presente Contrato, relativos al procesamiento de las muestras que sean tomadas por "EL CLIENTE", serán prestados por "EL LABORATORIO" en sus instalaciones ubicadas en: Av. 16 de Septiembre No. 955 Zona Centro, Veracruz, Veracruz o en alguna otra sucursal de "EL LABORATORIO" que cuente con instalaciones suficientes, y que se señalan en el Anexo no. 2 "Relación de Sucursales" y que forma parte integral del presente instrumento.

LISTER LABORATORIO DE REFERENCIA S.A. DE C.V.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00

FOLIO 1034

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO

No. V006-TAM-0202/2024

**QUINTA. – Precio de los Servicios y Facturación.**– Como contraprestación por los servicios objeto del presente Contrato, **"EL CLIENTE"** conviene en pagar a **"EL LABORATORIO"** el precio correspondiente a las pruebas de laboratorio de análisis clínicos, de histopatología, citología y servicios afines que solicite, aplicándose para tal efecto la lista de precios vigentes que contiene el Anexo 1 y que forma parte integral del presente instrumento, en la fecha en que las pruebas sean practicadas por **"EL LABORATORIO"**.

**"EL LABORATORIO"** facturará quincenalmente a **"EL CLIENTE"** los honorarios correspondientes a las pruebas de laboratorio de análisis clínicos, de histopatología, citología y servicios afines practicadas. La facturación se elaborará los días quince y último de cada mes calendario por **"EL LABORATORIO"** y se enviará a **"EL CLIENTE"** una copia de la factura el primer día hábil siguiente a la facturación de los servicios. **"EL CLIENTE"** se obliga a pagar a **"EL LABORATORIO"** el importe íntegro de las facturas, sin deducción alguna, dentro de los primeros ocho días calendario siguientes al de la recepción de la copia de la factura correspondiente. Una vez efectuado el pago, **"EL LABORATORIO"** entregará a **"EL CLIENTE"** los archivos PDF y XML de las facturas correspondientes vía correo electrónico.

Todos los pagos que **"EL CLIENTE"** deba efectuar a **"EL LABORATORIO"** de conformidad con el presente Contrato, los realizará **"EL CLIENTE"** mediante transferencia de fondos o depósitos en la cuenta bancaria 0180011803 Banco Mercantil del Norte.

**SEXTA.– Confidencialidad.**– **"EL LABORATORIO"** se obliga a mantener en secreto y a no divulgar a tercero alguno, sin el consentimiento previo y por escrito del **"EL CLIENTE"**, el resultado de las pruebas de análisis clínicos, de histopatología, citología y pruebas afines que hubiere practicado a solicitud del **"EL CLIENTE"**. A su vez, **"EL CLIENTE"** se obliga a mantener en secreto y a no divulgar a tercero alguno, sin el consentimiento previo y por escrito de **"EL LABORATORIO"** el contenido de la lista de Pruebas, las cuales forman parte integrante de este Contrato como Anexo N° 1 y que forma parte integral del presente instrumento.

Las obligaciones de confidencialidad asumidas por **"EL LABORATORIO"** y el **"EL CLIENTE"** conforme a lo previsto en esta Cláusula subsistirán aún después de la terminación del presente Contrato por tiempo indefinido.

**SÉPTIMA. – Vigencia.**– El presente Contrato entrará en vigor a partir de la fecha y firma de su celebración y tendrá una duración indefinida, renovándose automáticamente por periodos de dos años. **"EL LABORATORIO"** o **"EL CLIENTE"** podrán dar por terminado este Contrato en cualquier tiempo mediante notificación por escrito a la otra parte con sesenta días de anticipación.

**OCTAVA. – Incumplimiento.**– El incumplimiento de cualquiera de las partes de las obligaciones a su cargo derivadas del presente Contrato, otorgará el derecho a la parte ofendida para exigir el cumplimiento forzoso de las mismas o para rescindir de pleno derecho este Contrato, sin necesidad de requerimiento o declaración judicial alguna. En cualquiera de estos casos, es decir, en caso de cumplimiento forzoso o de rescisión, la parte que haya incumplido pagará a la parte ofendida los daños y perjuicios que ocasione su incumplimiento.

**NOVENA. – Responsabilidad.**– **"EL CLIENTE"** será responsable de la toma y envío de muestras a **"EL LABORATORIO"** y será responsable de la custodia de las muestras que refiera a **"EL LABORATORIO"** desde el momento de su toma y hasta el momento en que éstas sean físicamente entregadas en el domicilio de **"EL LABORATORIO"**.

LISTER LABORATORIO DE REFERENCIA S.A. DE C.V.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00

**FOLIO 1035**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO**

No. V006-TAM-0202/2024

"EL LABORATORIO" no será responsable del empaque, embalaje, condiciones de almacenamiento, transporte y tiempo de recepción de las muestras, cuando éstas sean enviadas por servicios de mensajería.

Entendiéndose que la responsabilidad individual estará sujeta a la parte del proceso que cada una ejecute (preanalítica, analítica, post-analítica).

**DÉCIMA.** - "EL LABORATORIO" se reserva el derecho de aceptación o rechazo de muestras de laboratorio enviados por el "EL CLIENTE" si estos no cumplieran con los requisitos preanalíticos establecidos en la lista de Pruebas que forman parte integrante del presente Contrato como Anexo N° 1. "EL LABORATORIO" informará oportunamente al "EL CLIENTE" de las desviaciones en los muestras clínicos recibidos.

**DÉCIMA PRIMERA.** - "EL LABORATORIO" será responsable del tiempo de proceso de las muestras que remita "EL CLIENTE". El tiempo de proceso se contará a partir del momento en que las muestras sean registradas por el "EL LABORATORIO".

**DÉCIMA SEGUNDA.** - "EL LABORATORIO" conservará el material de citología que le refiera "EL CLIENTE", por un periodo de cinco años con diagnóstico negativo para neoplasia y por 10 años todo aquel material que fuera diagnosticado con cualquier tipo de neoplasia. Así mismo, "EL LABORATORIO" conservará por 10 años todos los bloques y preparaciones histológicas (laminillas), independientemente del diagnóstico. "EL LABORATORIO" conservará los resultados de los estudios referidos por "EL CLIENTE" en medios electrónicos durante dos meses en línea y 10 años en papel.

**DÉCIMA TERCERA.** - En caso de que el médico tratante del paciente de "EL CLIENTE" pidiera aclaraciones a "EL CLIENTE" de cualquier resultado de análisis clínicos, de histopatología, citología o pruebas afines reportado por "EL LABORATORIO" a "EL CLIENTE" informará de esta situación a "EL LABORATORIO", quien tomando en cuenta las circunstancias del caso, revisará los resultados, o bien, practicará nuevas pruebas sin costo alguno para "EL CLIENTE" (previo acuerdo por ambas partes). En todo caso, la responsabilidad de "EL LABORATORIO" quedará limitada a la repetición de tales pruebas.

**DÉCIMA CUARTA.** - **Responsabilidad Mancomunada de las Partes.** De acuerdo a lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, ambas partes asumirán la responsabilidad mancomunada de los resultados.

**DECIMA QUINTA.** - **Domicilios.** - Todos los avisos requeridos o permitidos conforme a los términos del presente Contrato deberán formularse por escrito y se considerará que han sido notificados cuando sean entregados al destinatario, como a continuación se indica:

Si son para: "EL LABORATORIO" LABORATORIO LISTER CENTRO MEDICO DE TAMPICO S.A. DE C.V.

Av. 16 de Septiembre # 955 Zona Centro  
Veracruz, Veracruz  
C.P. 91700  
Atención: Responsable de Sucursal

Si son para el "EL CLIENTE": OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA S.A. DE C.V.

Vasco N de Balboa # 1003, Col. Hornos Acapulco, Guerrero C.P. 39355.  
Atención: Sr. Víctor Alarcón Peláez

o a cualquier domicilio distinto que fuera señalado mediante aviso por escrito a la otra parte.

LISTER LABORATORIO DE REFERENCIA S.A. DE C.V.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00

**FOLIO 1036**

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO

No. V006-TAM-0202/2024

**"EL LABORATORIO"** no será responsable del empaque, embalaje, condiciones de almacenamiento, transporte y tiempo de recepción de las muestras, cuando éstas sean enviadas por servicios de mensajería.

Entendiéndose que la responsabilidad individual estará sujeta a la parte del proceso que cada una ejecute (preanalítica, analítica, post-analítica).

**DÉCIMA. - "EL LABORATORIO"** se reserva el derecho de aceptación o rechazo de muestras de laboratorio enviados por el **"EL CLIENTE"** si estos no cumplieran con los requisitos preanalíticos establecidos en la lista de Pruebas que forman parte integrante del presente Contrato como **Anexo N° 1**. **"EL LABORATORIO"** informará oportunamente al **"EL CUENTE"** de las desviaciones en las muestras clínicas recibidos.

**DÉCIMA PRIMERA. - "EL LABORATORIO"** será responsable del tiempo de proceso de las muestras que remita **"EL CLIENTE"**. El tiempo de proceso se contará a partir del momento en que las muestras sean registradas por el **"EL LABORATORIO"**.

**DÉCIMA SEGUNDA. - "EL LABORATORIO"** conservará el material de citología que le refiera **"EL CLIENTE"**, por un período de cinco años con diagnóstico negativo para neoplasia y por 10 años todo aquel material que fuera diagnosticado con cualquier tipo de neoplasia. Así mismo, **"EL LABORATORIO"** conservará por 10 años todos los bloques y preparaciones histológicas (laminillas), independientemente del diagnóstico. **"EL LABORATORIO"** conservará los resultados de los estudios referidos por **"EL CUENTE"** en medios electrónicos durante dos meses en línea y 10 años en papel.

**DÉCIMA TERCERA. -** En caso de que el médico tratante del paciente de **"EL CLIENTE"** pidiera aclaraciones a **"EL CUENTE"** de cualquier resultado de análisis clínicos, de histopatología, citología o pruebas afines reportado por **"EL LABORATORIO"** a **"EL CLIENTE"** informará de esta situación a **"EL LABORATORIO"**, quien tomando en cuenta las circunstancias del caso, revisará los resultados, o bien, practicará nuevas pruebas sin costo alguno para **"EL CUENTE"** (previo acuerdo por ambas partes). En todo caso, la responsabilidad de **"EL LABORATORIO"** quedará limitada a la repetición de tales pruebas.

**DÉCIMA CUARTA. - Responsabilidad Mancomunada de las Partes.-** De acuerdo a lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, ambas partes asumirán la responsabilidad mancomunada de los resultados.

**DÉCIMA QUINTA. - Domicilios.-** Todos los avisos requeridos o permitidos conforme a los términos del presente Contrato deberán formularse por escrito y se considerará que han sido notificados cuando sean entregados al destinatario, como a continuación se indica:

Si son para: **"EL LABORATORIO"** LABORATORIO LISTER CENTRO MEDICO DE TAMICO S.A. DE C.V.

Av. 16 de Septiembre # 955 Zona Centro

Veracruz, Veracruz

C.P.91700

Atención: Responsable de Sucursal

Si son para el **"EL CUENTE"**: OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA S.A. DE C.V.

Vasco N de Balboa # 1003, Col. Homas Acapulco, Guerrero C.P. 39355.

Atención: Sr. Víctor Alarcón Peláez

o a cualquier domicilio distinto que fuera señalado mediante aviso por escrito a la otra parte.

LISTER LABORATORIO DE REFERENCIA S.A. DE C.V



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00

**FOLIO 1037**

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO

No. V006-TAM-0202/2024

**DECIMA SEXTA. - Sucesores y Cesionarios.** - Los derechos y obligaciones de cualquiera de las partes derivados del presente Contrato no podrán ser cedidos sin el previo consentimiento por escrito de la otra parte.

**DECIMA SÉPTIMA. - Acuerdo Integral y Anexos.** - El presente Contrato y los Anexos a que se hace referencia en el mismo contienen el acuerdo integral entre las partes contratantes respecto del objeto que se contempla en este instrumento y, por lo tanto, sustituye todos los acuerdos, entendimientos o cartas de intención entre las partes contratantes. El presente Contrato no podrá ser reformado, modificado o adicionado, a menos que esto se hiciera mediante un documento firmado por el representante autorizado de cada una de las partes.

**DECIMA OCTAVA. - Renuncias.** - El hecho de que alguna de las partes contratantes, en cualquier tiempo, omitiera exigir el cumplimiento de cualquiera de las estipulaciones del presente Contrato, no se considerará como una renuncia a la estipulación de que se trate, ni tampoco afectará en forma alguna la validez de este Contrato o el derecho de cualquiera de las partes contratantes para posteriormente exigir el cumplimiento de todas y cada una de las estipulaciones. No podrá considerarse que alguna renuncia respecto de cualquier incumplimiento del presente Contrato constituye una renuncia a reclamar cualquier otro incumplimiento distinto o posterior.

**DECIMA NOVENA. - Ley Aplicable y Jurisdicción.** - El presente Contrato se registrará e interpretará de conformidad con las leyes y disposiciones aplicables en la República Mexicana. En caso de cualquier juicio, acción o procedimiento que se origine por o que se encuentre relacionado con el presente Contrato, las partes en este acto se someten en forma irrevocable a la jurisdicción de los tribunales de Tampico, Tamaulipas, renunciando para tal efecto a cualquier otra jurisdicción que pudiera corresponderles por razón de sus domicilios presentes o futuros o por cualquier otro motivo.

Este Contrato se firma por duplicado en la ciudad de Tampico, Tamaulipas, siendo el 02 de febrero de 2024, entregándose un ejemplar a cada una de las partes.

**"EL LABORATORIO"**

**"EL CUENTE"**

LABORATORIO LISTER CENTRO MEDICO DE  
TAMPICO, S.A. DE C.V.  
Representada por  
Lic. Kenia Anely Flores González

OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA  
LUCÍA, S.A. DE C.V.  
Representada por  
Sr. Víctor Alarcón Peláez

LISTER LABORATORIO DE REFERENCIA S.A. DE C.V.

3.3 mm



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00

**FOLIO 1038**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO**

No. V006-TAM-0202/2024

**ANEXO 1**

| NO. | ESTUDIO LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS  |
|-----|-------------------------------------------|
| 1   | 17 Alfa Hidroxiprogesterona Neonatal      |
| 2   | 17 Alfa-hidroxiprogesterona               |
| 3   | 17 cetoesteroides en orina                |
| 4   | 5 Nucleotidasa                            |
| 5   | Ac. Anti-Brucella 2 MercaptoEtanol        |
| 6   | Ac. Anti Adenovirus                       |
| 7   | Ac. Anti Ameba (Serameba)                 |
| 8   | Ac. Anti Blastomyces                      |
| 9   | Ac. Anti Bordetella pertussis             |
| 10  | Ac. Anti Brucella (Ag. Rosa de Bengala)   |
| 11  | Ac. Anti Centromero                       |
| 12  | Ac. Anti Cisticercos IgG en suero         |
| 13  | Ac. Anti Cisticercos IgG en L.C.R.        |
| 14  | Ac. Anti Citomegalovirus IgG              |
| 15  | Ac. Anti Citoplasma de neutrófilos (Anca) |
| 16  | Ac. Anti Coacidoides immitis IgG          |
| 17  | Ac. Anti Coxsackie virus A                |
| 18  | Ac. Anti Coxsackie virus A en LCR         |
| 19  | Ac. Anti Cryptococcus neoformans en suero |
| 20  | Ac. Anti Dengue IgG/IgM                   |
| 21  | Ac. Anti Echo virus                       |
| 22  | Ac. Anti Echo virus LCR                   |
| 23  | Ac. Anti ENA                              |
| 24  | Ac. Anti Epstein Barr Ag nuclear IgG      |
| 25  | Ac. Anti Espermatozoides IgA, IgG E IgM   |
| 26  | Ac. Anti Fosfolípidos                     |
| 27  | Ac. Anti Helicobacter pylori IgG          |
| 28  | Ac. Anti Helicobacter pylori IgM en suero |
| 29  | Ac. Anti Hepatitis D                      |

LISTER LABORATORIO DE REFERENCIA S.A. DE C.V.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOLIO 0338**

**ANEXO A3**  
**CONVENIO DE PARTICIPACIÓN CONJUNTA**

CONVENIO DE PARTICIPACIÓN CONJUNTA QUE CELEBRAN POR UNA PARTE **OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA, S.A. DE C.V.**, REPRESENTADA POR EL C.P. **VICTOR ALARCON PELAEZ**, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA **"EL PARTICIPANTE A"**, Y POR OTRA **LOGISTICA MARVIL, S.A. DE C.V.**, REPRESENTADA POR EL **ING. JOSE ARTURO MARABOTO MILLÁN**, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ **"EL PARTICIPANTE B"**, Y CUANDO SE HAGA REFERENCIA A LOS QUE INTERVIENEN SE DENOMINARÁN **"LAS PARTES"**, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

**1. "EL PARTICIPANTE A", DECLARA QUE:**

**1.1.** ES UNA SOCIEDAD LEGALMENTE CONSTITUIDA DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, SEGÚN CONSTA EN LA PÓLIZA NÚMERO 13,758, DE FECHA 20 DE JULIO DEL 2019, OTORGADA ANTE LA FE DEL LIC. **COREDOR PUBLICO LUIS AREVALO CONTRERAS**, CORREDOR PÚBLICO NÚMERO 1, DEL ESTADO DE GUERRERO, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO DE ACAPULCO, GUERRERO, BAJO EL FOLIO MERCANTIL 201900190601 DE FECHA 09 DE AGOSTO 2019.

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

LOS NOMBRES DE SUS SOCIOS Y REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES SE SEÑALAN A CONTINUACIÓN:

1.- **GEORGINA LARA YEPEZ** Y RFC: **LAYG570915K93**

2.- **MIGUEL AGUSTIN ESCUDERO TORRES** Y RFC: **EUTM540508IHO**

3.- **GEORGINA ESCUDERO LARA** . RFC: **EULG920907-N14**

**1.2.** TIENE LOS SIGUIENTES REGISTROS OFICIALES. REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO **OSS080331528**, REGISTRO PATRONAL ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL NÚMERO **G0672521103** VERACRUZ Y DE POZA RICA **F7946157102**.

**1.3.** SU REPRESENTANTE LEGAL, CON EL CARÁCTER YA MENCIONADO, CUENTA CON LAS FACULTADES NECESARIAS PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE CONVENIO, DE CONFORMIDAD CON EL CONTENIDO EN LA POLIZA NÚMERO 32,439 DE FECHA 23 DE ENERO DEL 2020, OTORGADA ANTE LA FE DEL LIC. **ARTURO BETANCOUR SOTELO** NOTARIO PÚBLICO NÚMERO 13, DEL ESTADO DE GUERRERO, MANIFESTANDO **"BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD"** QUE DICHAS FACULTADES NO LE HAN SIDO REVOCADAS, NI LIMITADAS O MODIFICADAS EN FORMA ALGUNA, A LA FECHA EN QUE SE SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

EL DOMICILIO DE SU REPRESENTANTE LEGAL ES EL UBICADO EN: CONDOMINIO 71 CASA 27 FRACCIONAMIENTO GAVIOTAS II C.P. 39906 ACAPULCO, GUERRERO.

**1.4.** SU OBJETO SOCIAL, ENTRE OTROS CORRESPONDE A: SERVICIOS MEDICOS HOSPITALARIOS; POR LO QUE CUENTA CON LOS RECURSOS FINANCIEROS, TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS PARA OBLIGARSE, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE ESTIPULAN EN EL PRESENTE CONVENIO.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOLIO 0339**

1.5. SEÑALA COMO DOMICILIO LEGAL PARA TODOS LOS EFECTOS QUE DERIVEN DEL PRESENTE CONVENIO, EL UBICADO CALLE ADOLFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO, C.P. 03100.

2. "EL PARTICIPANTE B", DECLARA QUE:

2.1 NOMBRE DEL PARTICIPANTE: LOGISTICA MARVIL, S.A. DE C.V.

2.2 ES UNA SOCIEDAD LEGALMENTE CONSTITUIDA, DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES MEXICANAS, SEGÚN CONSTA EN EL TESTIMONIO DE LA ESCRITURA PÚBLICA (PÓLIZA) NÚMERO 4,455, DE FECHA 5 DE OCTUBRE DEL 2010, OTORGADA ANTE LA FE DEL LIC. TAYATZIN GUTIÉRREZ RAMÍREZ NOTARIO (CORREDOR) PÚBLICO NÚMERO 60, DE LA CIUDAD DE MÉXICO, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DE COMERCIO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EN EL FOLIO MERCANTIL 9442\*1 DE FECHA 13 DE DICIEMBRE DEL 2010.

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

NOTA: EN SU CASO, SE DEBERÁN RELACIONAR LAS ESCRITURAS EN QUE CONSTEN LAS REFORMAS O MODIFICACIONES DE LA SOCIEDAD.

1) INSTRUMENTO 5,602 PASADO ANTE LA FE DEL LIC. JAIME VÁZQUEZ CASTILLO, NOTARIO PÚBLICO 164 DEL ESTADO DE MÉXICO, OTORGAMIENTO DE PODERES, AMPLIACIÓN DE OBJETO SOCIAL

INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO:

NÚMERO: 5602 FOLIO: 9442\*1 ACTO M2 ASAMBLEA FECHA: 9 DE AGOSTO DE 2012

REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO

2) INSTRUMENTO 49,277 PASADO ANTE LA FE DEL LIC. MARCO ANTONIO ESPINOZA ROMMYNGHT, NOTARIO PÚBLICO 97 DEL DISTRITO FEDERAL – RENUNCIA Y NOMBRAMIENTO DE ADMINISTRADOR ÚNICO, RENUNCIA Y NOMBRAMIENTO DE COMISARIO, COMPRA VENTA DE ACCIONES

INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO:

NÚMERO: 49,277 FOLIO: 9442\*1 ACTO M2 ASAMBLEA FECHA: 14 DE ENERO DE 2015

INSTITUTO DE LA FUNCIÓN REGISTRAL DEL ESTADO DE MÉXICO MUNICIPIO DE TLALNEPANTLA

3) PÓLIZA 366 PASADO ANTE LA FE DEL LIC. JORGE ISAAC LARREA VARGAS, CORREDOR PÚBLICO 18, PLAZA DEL ESTADO DE VERACRUZ, COMPRA VENTA DE ACCIONES

INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO:

NO APLICA FECHA: 14 DE ENERO DE 2015

4) INSTRUMENTO 367 PASADO ANTE LA FE DEL LIC. ISAAC LARREA VARGAS, CORREDOR PÚBLICO 18, PLAZA DEL ESTADO DE VERACRUZ, – COMPRA VENTA DE ACCIONES, RATIFICACIÓN DE ADMINISTRADOR ÚNICO, CAMBIO DE DOMICILIO SOCIAL

INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO:

NÚMERO: 367 FOLIO: 9442 ACTO M2 ASAMBLEA FECHA: 28 DE DICIEMBRE DE 2020

REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO

5) NÚMERO: 9,908 ACTA DE ACTUALIZACIÓN DE SOCIOS DE FECHA: 24 DE MAYO DEL 2023, ANTE NOTARIO PÚBLICO NO. 9, LIC. FRANCISCO JAVIER SAUCEDO RIVADENEYRA, CON RESIDENCIA EN TEOCELO, VERACRUZ. - MODIFICACIÓN DEL ARTÍCULO TERCERO INCISO A)

INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO CON FOLIO NO. 129328 CON FECHA 25 DE MAYO DEL 2023, EN XALAPA ENRÍQUEZ VERACRUZ.

LOS NOMBRES DE SUS SOCIOS SON:

JOSE ARTURO MARABOTO MILLÁN CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES MAMA790523AF6

GILBERTO RENE FERNANDEZ GUERRERO CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES FEGG720819JS8

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOLIO 034C**

2.3 TIENE LOS SIGUIENTES REGISTROS OFICIALES: REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO LMA101005UF9 Y REGISTRO PATRONAL ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL NÚMERO F545239810.

2.4 SU REPRESENTANTE LEGAL CON EL CARÁCTER YA MENCIONADO, CUENTA CON LAS FACULTADES NECESARIAS PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE CONVENIO, DE CONFORMIDAD CON EL CONTENIDO DEL TESTIMONIO DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 367 DE FECHA 18 DE DICIEMBRE DE 2020, OTORGADA ANTE LA FE DEL LIC. ISAAC LARREA VARGAS NOTARIO PÚBLICO NÚMERO 18 DE BOCA DEL RÍO, VERACRUZ E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DE COMERCIO, EN EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO 9442\*1 DE FECHA 13 DE DICIEMBRE DEL 2010, MANIFESTANDO **BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD**, QUE DICHAS FACULTADES NO LE HAN SIDO REVOCADAS, NI LIMITADAS O MODIFICADAS EN FORMA ALGUNA, A LA FECHA EN QUE SE SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL ES JOSÉ ARTURO MARABOTO MILLÁN.

2.5 SU OBJETO SOCIAL, ENTRE OTROS CORRESPONDE A: COMERCIALIZACIÓN, COMERCIO AL POR MAYOR DE MOBILIARIO, EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO Y DE LABORATORIO, ASÍ COMO COMPONENTES O INSUMOS PARA SU OPERACIÓN SUSTNCIAS QUIMICAS YILIZADAS PARA LA DESINFECCIÓN DE AREAS HOSPITALARIAS, EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO. LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO CLINICO EN TODAS SUS VARIANTES, QUIMICA CLINICA, HEMATOLOGÍA, BACTEREOLOGÍA, PARASITOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y SEROLOGÍA.; POR LO QUE CUENTA CON LOS RECURSOS FINANCIEROS, TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS PARA OBLIGARSE, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE ESTIPULAN EN EL PRESENTE CONVENIO.

2.6 SEÑALA COMO DOMICILIO LEGAL PARA TODOS LOS EFECTOS QUE DERIVEN DEL PRESENTE CONVENIO, EL UBICADO EN: PRIVADA DE TAPACHULA 1, COL. BADILLO, XALAPA, VERACRUZ, C.P. 91190

DOS INTEGRANTES CONFORMAN LA PARTICIPACIÓN CONJUNTA PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPOSICIONES:

1. OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA, S.A. DE C.V.
2. LOGISTICA MARVIL, S.A. DE C.V.

3. "LAS PARTES" DECLARAN QUE:

3.1 CONOCEN LOS REQUISITOS Y CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL PROCEDIMIENTO DE LA LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS N° LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025 CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, PARA LA UMA 242 TEJERIA, VER., DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO, DURANTE EL PERÍODO A PARTIR DEL 16 DE OCTUBRE AL 31 DICIEMBRE DEL EJERCICIO 2025.

3.2 MANIFIESTAN SU CONFORMIDAD EN FORMALIZAR EL PRESENTE CONVENIO, CON EL OBJETO DE PARTICIPAR CONJUNTAMENTE EN LA LICITACIÓN, PRESENTANDO PROPOSICIÓN TÉCNICA Y ECONÓMICA, CUMPLIENDO CON LO ESTABLECIDO EN LA CONVOCATORIA DE LA LICITACIÓN Y CON LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 34, DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 44 DE SU REGLAMENTO.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOLIO 0341**

EXPUESTO LO ANTERIOR, LAS PARTES OTORGAN LAS SIGUIENTES:

#### CLÁUSULAS

##### PRIMERA. - OBJETO. - "PARTICIPACIÓN CONJUNTA".

"LAS PARTES" CONVIENEN, EN CONJUNTAR SUS RECURSOS TÉCNICOS, LEGALES, ADMINISTRATIVOS, ECONÓMICOS Y FINANCIEROS, PARA PRESENTAR PROPOSICIÓN TÉCNICA Y ECONÓMICA EN PROCEDIMIENTO DE LA LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS N° LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025 CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA, PARA LA UMA 242 TEJERIA, VER., DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO, DURANTE EL PERIODO A PARTIR DEL 16 DE OCTUBRE AL 31 DICIEMBRE DEL EJERCICIO 2025, Y EN CASO DE SER ADJUDICATARIO DEL CONTRATO, SE OBLIGAN A PRESTAR EL SERVICIO OBJETO DEL CONVENIO, CON LA PARTICIPACIÓN SIGUIENTE:

##### PARTICIPANTE "A":

- LA PRESENTACIÓN DE LA PROPOSICIÓN, EN TÉRMINOS DE LOS SEÑALAMIENTOS INDICADOS EN LA CONVOCATORIA.
- CONTRIBUIR CON LAS DISTRIBUCIONES OTORGADAS POR FABRICANTES Y REPRESENTANTE DE MARCAS A FAVOR DEL PARTICIPANTE, SUSCEPTIBLES DE OFERTA EN EL PROCEDIMIENTO, OBTENIENDO LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA RELATIVA A TALES MARCAS APLICABLE PARA LA INTEGRACIÓN DE LA OFERTA A PRESENTAR.
- REALIZAR LABORES DE ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO.
- DIRIGIR Y PARTICIPAR DE LA OPERACIÓN CONJUNTA DEL SERVICIO PARA LAS PARTIDAS ASIGNADAS, INCLUYENDO LA ENTREGA DE EQUIPOS Y BIENES, INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN, SOPORTE, SERVICIO, ASESORÍA, CORTES Y SUMINISTRO/REPOSICIÓN DE BIENES, ASÍ COMO DE LOS DIFERENTES REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA CONVOCATORIA, SUS ANEXOS Y LAS MODIFICACIONES DERIVADAS DE LA JUNTA DE ACLARACIONES
- REALIZAR LABORES DE FACTURACIÓN Y COBRO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS AL AMPARO DE LOS CONTRATOS EN SU CASO RESULTANTES.
- OBTENER LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO A ENTREGAR COMO PARTE DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA CONVOCANTE EN CASO DE ADJUDICACIÓN.
- RESPONDER CONJUNTAMENTE ANTE LOS REQUERIMIENTOS DE GARANTÍA CONTRA DEFECTOS O VICIOS OCULTOS DE EQUIPOS Y BIENES CUYAS MARCAS Y EN SU CASO DEL CANJE NECESARIO EN CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA CONVOCATORIA Y SUS ANEXOS.
- CONTRIBUIR CON LA INFRAESTRUCTURA DE SU REPRESENTADA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN SU CASO RESULTANTE, EN CONCORDANCIA CON LOS REQUERIMIENTOS DE LA CONVOCATORIA, SUS ANEXOS Y JUNTA DE ACLARACIONES.
- CONTRIBUIR CON SUS RECURSOS ECONÓMICOS O PRODUCTO DE FINANCIAMIENTO PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS, BIENES NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN SU CASO RESULTANTE.
- REALIZAR PAGOS AL PARTICIPANTE "B" DE ACUERDO CON LOS CONVENIOS COMERCIALES PRIVADOS EXISTENTES ENTRE LAS MISMAS PARA LA LICITACIÓN EN COMENTO.
- COORDINAR Y PARTICIPAR EN LA APLICACIÓN DE LOS RECURSOS TÉCNICOS, LEGALES, ADMINISTRATIVOS, ECONÓMICOS Y FINANCIEROS APLICABLES A CUALQUIER ASPECTO NO DETALLADO EN EL PRESENTE CONVENIO NECESARIO PARA EL DESARROLLO Y

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOLIO 0342**

CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN SU CASO DERIVADO DE LA ADJUDICACIÓN, INCLUYENDO CUALQUIER ASPECTO NO DETALLADO EN EL PRESENTE CONVENIO NECESARIO PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN SU CASO DERIVADO DE LA ADJUDICACIÓN MATERIAL DEL CONTRATO.

**PARTICIPANTE "B":**

- PARTICIPAR DE LA INTEGRACIÓN DE LA PROPOSICIÓN, MEDIANTE LA INCLUSIÓN DE DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN LA CONVOCATORIA, SUS ANEXOS Y JUNTA DE ACLARACIONES, INCLUYENDO LOS APARTADOS RELATIVOS A EXPERIENCIA, AUTORIZACIONES, CERTIFICACIONES DEMÁS ELEMENTOS LEGALES, ADMINISTRATIVOS Y TÉCNICOS APLICABLES.
- CONTRIBUIR CON LAS DISTRIBUCIONES OTORGADAS POR FABRICANTES Y REPRESENTANTE DE MARCAS A FAVOR DEL PARTICIPANTE, SUSCEPTIBLES DE OFERTA EN EL PROCEDIMIENTO, OBTENIENDO LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA RELATIVA A TALES MARCAS APLICABLE PARA LA INTEGRACIÓN DE LA OFERTA A PRESENTAR.
- REALIZAR LA OPERACIÓN CONJUNTA DEL SERVICIO PARA LAS PARTIDAS ASIGNADAS, INCLUYENDO LA ENTREGA DE EQUIPOS Y BIENES, INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN, SOPORTE, SERVICIO, ASESORÍA, CORTES Y SUMINISTRO/REPOSICIÓN DE BIENES; ASÍ COMO DE LOS DIFERENTES REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA CONVOCATORIA, SUS ANEXOS Y LAS MODIFICACIONES DERIVADAS DE LA JUNTA DE ACLARACIONES.
- RESPONDER CONJUNTAMENTE ANTE LOS REQUERIMIENTOS DE GARANTÍA CONTRA DEFECTOS O VICIOS OCULTOS DE EQUIPOS Y BIENES CUYAS MARCAS Y EN SU CASO DEL CANJE NECESARIO EN CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA CONVOCATORIA Y SUS ANEXOS.
- CONTRIBUIR CON LA INFRAESTRUCTURA DE SU REPRESENTADA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN SU CASO RESULTANTE, EN CONCORDANCIA CON LOS REQUERIMIENTOS DE LA CONVOCATORIA, SUS ANEXOS Y JUNTA DE ACLARACIONES.
- PARTICIPAR EN LA APLICACIÓN DE LOS RECURSOS TÉCNICOS, LEGALES, ADMINISTRATIVOS, ECONÓMICOS Y FINANCIEROS APLICABLES A CUALQUIER ASPECTO NO DETALLADO EN EL PRESENTE CONVENIO NECESARIO PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN SU CASO DERIVADO DE LA ADJUDICACIÓN, INCLUYENDO CUALQUIER ASPECTO NO DETALLADO EN EL PRESENTE CONVENIO NECESARIO PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN SU CASO DERIVADO DE LA ADJUDICACIÓN MATERIAL DEL CONTRATO.

PARA TODAS "LAS PARTES", LA FORMA EN QUE SE EXIGIRÁ EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES SERÁ DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN LAS BASES DE LA CONVOCATORIA, SUS ANEXOS Y MODIFICACIONES DERIVADAS DE LA JUNTA DE ACLARACIONES, ASÍ COMO EN LAS CLÁUSULAS DEL CONTRATO QUE EN SU CASO SE FORMALICE, PARA CADA UNA DE "LAS PARTES" ACEPTAN DESIGNAR UN RESPONSABLE PARA LA SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES COMPROMISO DERIVADAS DEL CONTRATO EN SU CASO RESULTANTE, QUE Y REVISIÓN MENSUAL A REALIZAR DE LOS COMPROMISOS, EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO Y DETECCIÓN DE ÁREAS DE OPORTUNIDAD QUE PERMITAN LA MEJORA DE LOS PROCESOS INVOLUCRADOS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

**SEGUNDA. - REPRESENTANTE COMÚN Y OBLIGADO MANCOMUNADO O SOLIDARIO, SEGÚN CONVenga (ELEGIR SÓLO UNO)**

1. "LAS PARTES" ACEPTAN EXPRESAMENTE EN DESIGNAR COMO **REPRESENTANTE COMÚN A OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD, SANT LUCIA, S.A. DE C.V.**, REPRESENTADO LEGALMENTE POR EL C.P. VICTOR ALARCON PELAEZ, ASÍ COMO EL SEÑALAMIENTO DE UN DOMICILIO COMÚN DEL CONSORCIADO PARA OÍR Y RECIBIR TODA CLASE DE NOTIFICACIONES Y DOCUMENTOS, EL UBICADO EN CALLE ADOLFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CUIDAD DE MEXICO,

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOLIO 0343**

C.P. 03100; A TRAVÉS DEL PRESENTE INSTRUMENTO, OTORGÁNDOLE PODER AMPLIO Y SUFICIENTE, PARA ATENDER TODO LO RELACIONADO CON LAS PROPOSICIONES TÉCNICA Y ECONÓMICA EN EL PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN, ASÍ COMO PARA SUSCRIBIR DICHAS PROPOSICIONES.

ASIMISMO, CONVIENEN ENTRE SÍ EN CONSTITUIRSE EN FORMA SÓLIDARIA PARA COMPROMETERSE POR CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE CONVENIO, CON RELACIÓN AL CONTRATO QUE SUS REPRESENTANTES LEGALES FIRMAN CON EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), DERIVADO DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN DE **PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS N° LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025 CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, PARA LA UMA 242 TEJERIA, VER., DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO, DURANTE EL PERIODO A PARTIR DEL 16 DE OCTUBRE AL 31 DICIEMBRE DEL EJERCICIO 2025, ACEPTANDO EXPRESAMENTE EN RESPONDER ANTE EL IMSS POR LAS PROPOSICIONES QUE SE PRESENTEN Y, EN SU CASO, DE LAS OBLIGACIONES QUE DERIVEN DE LA ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO RESPECTIVO.**

**TERCERA. - DEL COBRO DE LAS FACTURAS.**

**"LAS PARTES"** CONVIENEN EXPRESAMENTE, QUE **"EL PARTICIPANTE A" OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA, S.A. DE C.V.,** QUIEN SERÁ EL ÚNICO FACULTADO PARA EMITIR LAS FACTURAS RELATIVAS AL SERVICIO QUE SE PRESTE CON MOTIVO DEL CONTRATO QUE SE DERIVE DE PROCEDIMIENTO DE LA **LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS N° LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025 CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, PARA LA UMA 242 TEJERIA, VER., DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO, DURANTE EL PERIODO A PARTIR DEL 16 DE OCTUBRE AL 31 DICIEMBRE DEL EJERCICIO 2025.**

**CUARTA. - VIGENCIA.**

**"LAS PARTES"** CONVIENEN, EN QUE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONVENIO SERÁ DEL PERÍODO DURANTE EL CUAL SE DESARROLLE EL PROCEDIMIENTO DE LA **LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS N° LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025 CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, PARA LA UMA 242 TEJERIA, VER., DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO, DURANTE EL PERIODO A PARTIR DEL 16 DE OCTUBRE AL 31 DICIEMBRE DEL EJERCICIO 2025, INCLUYENDO, EN SU CASO, DE RESULTAR ADJUDICADOS, DEL CONTRATO, EL PLAZO QUE SE ESTIPULE EN ÉSTE Y EL QUE PUDIERA RESULTAR DE CONVENIOS DE MODIFICACIÓN.**

**QUINTA. - OBLIGACIONES.**

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

**"LAS PARTES"** ACEPTAN EL PRESENTE CONVENIO, EN EL SUPUESTO DE QUE SE ADJUDIQUE EL CONTRATO A LOS INTEGRANTES QUE PRESENTARON UNA PROPOSICIÓN CONJUNTA, EL PRESENTE CONVENIO FORMARÁ PARTE DEL CONTRATO RESPECTIVO, DEBERÁ CONSTAR EN ESCRITURA PÚBLICA, CUANDO ÚNICAMENTE SEA FIRMADO POR EL REPRESENTANTE COMÚN, SALVO QUE EL CONTRATO SEA FIRMADO POR TODAS LAS

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOLIO 0344**

PERSONAS QUE INTEGRAN LA AGRUPACIÓN QUE FORMULA LA PROPOSICIÓN CONJUNTA O POR SUS REPRESENTANTES LEGALES, QUIENES EN LO INDIVIDUAL, DEBERÁN ACREDITAR SU RESPECTIVA PERSONALIDAD, O POR EL APODERADO LEGAL DE LA NUEVA SOCIEDAD QUE SE CONSTITUYA POR LAS PERSONAS QUE INTEGRAN LA AGRUPACIÓN QUE FORMULÓ LA PROPOSICIÓN CONJUNTA, ANTES DE LA FECHA FIJADA PARA LA FIRMA DEL CONTRATO, LO CUAL DEBERÁ COMUNICARSE MEDIANTE ESCRITO A LA CONVOCANTE POR DICHAS PERSONAS O POR SU APODERADO LEGAL, AL MOMENTO DE DARSE A CONOCER EL FALLO O A MÁS TARDAR EN LAS VEINTICUATRO HORAS SIGUIENTES

LEÍDO QUE FUE EL PRESENTE CONVENIO POR "LAS PARTES" Y ENTERADOS DE SU ALCANCE Y EFECTOS LEGALES, ACEPTANDO QUE NO EXISTIÓ ERROR, DOLO, VIOLENCIA O MALA FE, LO RATIFICAN Y FIRMAN, DE CONFORMIDAD EN LA CIUDAD DE MÉXICO, EL DÍA 2 DE OCTUBRE DEL 2025.

"EL PARTICIPANTE A"



C.P. VÍCTOR ALARCÓN PELÁEZ  
REPRESENTANTE LEGAL  
OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD  
SANTA LUCÍA, S.A. DE C.V.  
Y REPRESENTANTE COMUN

"EL PARTICIPANTE B"



JOSÉ ARTURO MARABOTO MILLÁN  
REPRESENTANTE LEGAL  
LOGISTICA MARVIL, S.A. DE C.V.

9.4 mm

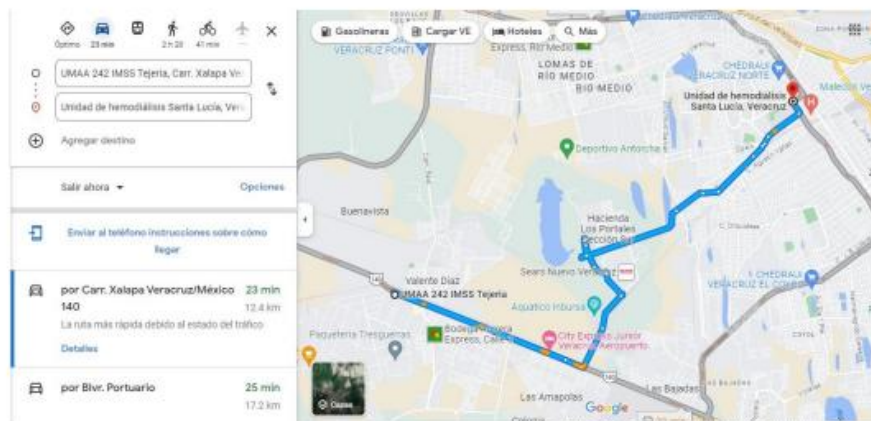
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



XALAPA, VERACRUZ, A 3 DE OCTUBRE DEL 2025.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
P R E S E N T E

No evento. : LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS No. LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, PARA LA UMAA 242 TEJERÍA, VER., DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO, DURANTE EL PERIODO A PARTIR DEL 16 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DEL EJERCICIO 2025.



Protesto lo necesario

ATENTAMENTE



**C.P. VICTOR ALARCÓN PELÁEZ**  
**REPRESENTANTE LEGAL DE**  
**OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA, S.A. DE C.V.**  
**Y REPRESENTANTE COMUN**

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| UMA 242 TEJERIA, VER                                                                                                                            |                                                      |                                                                                                                   |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| PRESTADOR DEL SERVICIO ASIGNADO:                                                                                                                |                                                      | OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA SA DE CV EN PARTICIPACIÓN CONJUNTA CON LOGÍSTICA MARVIL, S.A. DE C.V. |                 |
| PARTIDA                                                                                                                                         | PRECIO UNITARIO ASIGNADO SIN IVA                     | PRESUPUESTO                                                                                                       |                 |
|                                                                                                                                                 |                                                      | MÍNIMO                                                                                                            | MÁXIMO          |
| 1                                                                                                                                               | \$1,600.00                                           | \$ 4,805,200.00                                                                                                   | \$12,013,000.00 |
| DATOS RELEVANTES DEL CONTRATO OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA SA DE CV EN PARTICIPACIÓN CONJUNTA CON LOGÍSTICA MARVIL, S.A. DE C.V. |                                                      |                                                                                                                   |                 |
| Vigencia del contrato                                                                                                                           | Del 16 de octubre de 2025 al 31 de diciembre de 2025 |                                                                                                                   |                 |
| Monto Mínimo sin IVA                                                                                                                            | \$ 4,142,413.79                                      |                                                                                                                   |                 |
| Monto Máximo sin IVA                                                                                                                            | \$ 10,356,034.48                                     |                                                                                                                   |                 |
| Monto Mínimo con IVA                                                                                                                            | \$ 4,805,200.00                                      |                                                                                                                   |                 |
| Monto Máximo con IVA                                                                                                                            | \$12,013,000.00                                      |                                                                                                                   |                 |
| Porcentaje de la garantía                                                                                                                       | 10.00%                                               |                                                                                                                   |                 |
| Monto de la garantía                                                                                                                            | \$ 1,035,603.45                                      |                                                                                                                   |                 |
| Tipo y obligación de garantía                                                                                                                   | Cumplimiento / Divisible                             |                                                                                                                   |                 |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Anexo 3 (tres)

## “Modelo de Póliza de Fianza de cumplimiento de contrato”

#### AFIANZADORA:

Denominación social: \_\_\_\_\_, en lo sucesivo la "Afianzadora"

Domicilio: \_\_\_\_\_.

Autorización del Gobierno Federal para operar: \_\_\_\_\_ (Número de oficio y fecha).

#### BENEFICIARIA:

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, en lo sucesivo "la Beneficiaria".

Domicilio: Lomas del Estadio S/N, Colonia Centro, C.P. 91000, de la Ciudad de Xalapa, Ver.

El medio electrónico, por el cual se pueda enviar la fianza a "la Contratante" y a "la Beneficiaria": ana.puig@imss.gob.mx y adriana.gomezl@imss.gob.mx.

FIADO (S): (En caso de proposición conjunta, el nombre y datos de cada uno de ellos)

Nombre o denominación social: \_\_\_\_\_.

RFC: \_\_\_\_\_.

Domicilio: \_\_\_\_\_ (El mismo que aparezca en el contrato principal).

#### DATOS DE LA PÓLIZA:

Número: \_\_\_\_\_ (Número asignado por la "Afianzadora").

Monto Afianzado: \_\_\_\_\_ (Con letra y número, sin incluir el Impuesto al Valor Agregado).

Moneda: \_\_\_\_\_.

Fecha de expedición: \_\_\_\_\_.

**Obligación garantizada:** El cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el contrato en los términos de la Cláusula PRIMERA de la presente póliza de fianza.

**Naturaleza de las Obligaciones:** La obligación garantizada será divisible, por lo que, en caso de presentarse algún incumplimiento, se hará efectiva solo en la proporción correspondiente al incumplimiento de la obligación principal.

#### DATOS DEL CONTRATO O PEDIDO, EN LO SUCESIVO EL "CONTRATO":

Número asignado por "la Contratante": \_\_\_\_\_.

Objeto: \_\_\_\_\_.

Monto del Contrato: (Con número y letra, sin el Impuesto al Valor Agregado)

Moneda: \_\_\_\_\_.

Fecha de suscripción: \_\_\_\_\_.

Tipo: Servicios.

**Obligación contractual para la garantía de cumplimiento:** Divisible, conforme a lo estipulado en el contrato.

**Procedimiento al que se sujetará la presente póliza de fianza para hacerla efectiva:** El previsto en el artículo 279 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

**Competencia y Jurisdicción:** Para todo lo relacionado con la presente póliza, el fiado, el fiador y cualesquier otro obligado, así como "la Beneficiaria", se someterán a la jurisdicción y competencia de los tribunales federales de Xalapa, Ver., 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 69, fracción II y último párrafo, y artículo 70, fracción II, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 103 de su Reglamento.

La validación de la presente fianza se podrá realizar en la dirección electrónica [www.amig.org.mx](http://www.amig.org.mx)

\_\_\_\_\_ (Nombre del representante de la Afianzadora)

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

##### PRIMERA.- OBLIGACIÓN GARANTIZADA.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

#### **SEGUNDA.- MONTO AFIANZADO.**

La "Afianzadora", se compromete a pagar a la Beneficiaria, hasta el monto de esta póliza, que es de \$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_/100 moneda nacional) sin incluir el Impuesto al Valor Agregado, que representa el 10% (diez por ciento) del valor del "Contrato".

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

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

La "Afianzadora" acepta expresamente que en caso de requerimiento, se compromete a pagar el monto total afianzado, siempre y cuando en el Contrato se haya estipulado que la obligación garantizada es indivisible; de estipularse que es divisible, la "Afianzadora" pagará de forma proporcional el monto de la o las obligaciones incumplidas.

#### **TERCERA.- INDEMNIZACIÓN POR MORA.**

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

#### **CUARTA.- VIGENCIA.**

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

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

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

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

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

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

#### **SEXTA.- SUPUESTOS DE SUSPENSIÓN.**

Para garantizar el cumplimiento del "Contrato", cuando concurran los supuestos de suspensión en los términos de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento y demás disposiciones aplicables, "la

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Contratante" deberá emitir el o las actas circunstanciadas y, en su caso, las constancias a que haya lugar. En estos supuestos, a petición del fiado, la "Afianzadora" otorgará el o los endosos conducentes, conforme a lo estatuido en el artículo 166 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para lo cual bastará que el fiado exhiba a la "Afianzadora" dichos documentos expedidos por "la Contratante".

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

#### **SÉPTIMA.- SUBJUDICIDAD.**

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

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

#### **OCTAVA.- COAFIANZAMIENTO O YUXTAPOSICIÓN DE GARANTÍAS.**

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

#### **NOVENA.- CANCELACIÓN DE LA FIANZA.**

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

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

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

#### **DÉCIMA.- PROCEDIMIENTOS.**

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

#### **DÉCIMA PRIMERA.- RECLAMACIÓN**

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

#### **DÉCIMA SEGUNDA.- DISPOSICIONES APLICABLES.**

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

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

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO<br/>COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Anexo 4 (cuatro)

### “Oficio de designación de administrador de contrato y Acta de Fallo”



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ORGANO DE PERACION ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS  
COORDINACION AUXILIAR OPERATIVA ADMINISTRATIVA



Of N° 319001250100/0944

Xalapa Veracruz, Ver, a 07 de agosto 2025

**Dra. Maria de los Angeles Quiroz García**  
**Coordinador de Prevención y Atención a la Salud**  
Presente.

Con fundamento en los numerales 4.17 y 4.24.6 de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social vigentes, hago de su conocimiento que he tenido a bien designarlo como **Administrador del Contrato**, que se derive del proceso para la contratación del “**Servicio Médico Integral de Hemodiálisis Subrogada para la UMAA 242, Ejercicio Fiscal 2025**”.

|                                      |                                                 |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Nombre completo                      | Dra. María de los Angeles Quiroz García         |
| Cargo                                | Coordinador de Prevención y Atención a la Salud |
| Área de adscripción                  | Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas   |
| Domicilio institucional              | Lomas del Estadio S/N Colonia Centro            |
| Registro Federal de Contribuyentes   |                                                 |
| Clave Única de Registro de Población |                                                 |
| Correo electrónico institucional     | maria.quirozg@imss.gob.mx                       |
| Teléfono institucional               | (228) 8 18 55 55 ext. 61164                     |

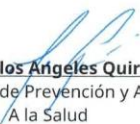
En este sentido, se le exhorta para que cumpla con las atribuciones y obligaciones inherentes a dicha designación con base en los principios de Honradez, Eficacia y Eficiencia que rigen nuestra Institución en beneficio de los derechohabientes.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

  
**Dr. José Guadalupe Gutiérrez Márquez**  
Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones  
Médicas

DESIGNA

  
**Dra. María de los Angeles Quiroz García**  
Coordinador de Prevención y Atención  
A la Salud

ACEPTA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIT25311002-0059

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO  
COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA

LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00



Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



#### ACTA DE FALLO

##### LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS N° LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

**OBJETO DE LA LICITACIÓN:** "CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, PARA LA UMA 242 TEJERÍA, VER., DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO, DURANTE EL PERÍODO A PARTIR DEL 16 DE OCTUBRE AL 31 DICIEMBRE DEL EJERCICIO 2025..."

En la Ciudad de Xalapa, Veracruz, siendo las 10:00 horas del 10 de octubre de 2025, en la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, ubicada en Belisario Domínguez N° 15 Colonia Adalberto Tejeda, C.P. 91070; se reunieron los servidores públicos cuyos nombres y firmas aparecen al final de la presente Acta, para actuar en apego a lo dispuesto en los artículos 35 fracción I, 36, 39 fracción II, 45, 46 y 68 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (en adelante, la Ley), con objeto de llevar a cabo el acto de asignación de la solicitud de cotización indicada al rubro, de conformidad con el artículo 49 de la Ley.

El acto fue presidido por la LAET Ana Laura Puig Lagunes Titular de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, servidora pública facultada para llevar a cabo este acto, de conformidad con el numeral 5.3.8 inciso b) de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

#### ANTECEDENTES Y DESARROLLO DEL EVENTO

**Primero.-** Con fecha 23 de septiembre de 2025 se publicó en la plataforma integral Compras MX la convocatoria número LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025, para la contratación del Servicio Médico Integral de Hemodiálisis Subrogada, para la UMAA 242 Tejería, Ver., del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Veracruz Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social, régimen ordinario, durante el periodo a partir del 16 de octubre al 31 de diciembre del ejercicio 2025..

**Segundo.-** Con fecha 26 de septiembre de 2025 se llevó a cabo la junta de aclaraciones y se estableció el día 03 de octubre de 2025 para el evento de apertura de proposiciones.

**Tercero.-** El evento de presentación y apertura de proposiciones se llevó a cabo por medios remotos de comunicación electrónica mediante la plataforma integral Compras MX, el 03 octubre de 2025, recibándose la participación de los siguientes licitantes:

| N° | LICITANTES QUE PRESENTARON SU PROPOSICION A TRAVES DE LA PLATAFORMA INTEGRAL<br>COMPRAS MX                           |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | CORPORATIVO DE HOSPITALES S.A. DE C.V.                                                                               |
| 2  | OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA SA DE CV EN PARTICIPACIÓN CONJUNTA CON<br>LOGÍSTICA MARVIL, S.A. DE C.V. |

**Cuarto:** Conforme a lo señalado en el acta de presentación y apertura de proposiciones, se estableció como fecha del fallo el día 09 de octubre de 2025.

#### DESARROLLO DEL EVENTO

De conformidad a lo señalado en el artículo 49 fracción VI de la Ley, se hace del conocimiento la evaluación documental técnico-médica de la proposición recibida fue realizada por el Dra. María de los Ángeles Quiroz García Encargada de CPAS, en representación de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas. Por lo que respecta a la evaluación legal – administrativa y económica, ésta fue validada por el personal firmante de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, en apego a lo establecido en el numeral 5.3.10 de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El presente procedimiento de contratación se evaluó través del criterio de evaluación binario, de conformidad con lo señalado en el Artículo 47 de la LAASSP y 51 del RLAASSP.

Con fundamento en los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 47, 48, 49 y 50 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, se realizó la evaluación de las proposiciones y se da a conocer en este acto el siguiente resultado:

Página 1 de 5

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



#### ACTA DE FALLO

#### LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS N° LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

**OBJETO DE LA LICITACIÓN:** "CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, PARA LA UMA 242 TEJERIA, VER., DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO, DURANTE EL PERIODO A PARTIR DEL 16 DE OCTUBRE AL 31 DICIEMBRE DEL EJERCICIO 2025..."

#### DICTAMEN TÉCNICO

1.

De conformidad con lo previsto en los artículos 48 y 49 fracción I, se desecha la propuesta presentada por el Licitante: **CORPORATIVO DE HOSPITALES SA DE CV** debido a que dentro de la documentación las Opinión del SAT, Opinión en Materia de Seguridad Social, Opinión en Materia de Aportaciones Patronales y Entero de Descuentos no se encuentran vigentes (fecha de junio 2025) de acuerdo a lo solicitado en el punto 19.1 Documentación legal-administrativa dentro de la Convocatoria para la presente Licitación Pública que a la letra dice:

#### 19.1. Documentación legal-administrativa.

#### DOCUMENTOS QUE AFECTAN LA SOLVENCIA DE LA PROPOSICIÓN Y MOTIVARÁ SU DESECHAMIENTO.

...( )

Para ambos casos presentar Constancia de Situación Fiscal y acreditar encontrarse al corriente en materia de aportaciones patronales y entero de descuentos, de sus obligaciones fiscales y en materia de Seguridad Social, por lo que deberá presentar, junto con el anexo A19, los siguientes documentos, en sentido positivo y vigente:

**I.- OPINIÓN DEL SAT.** Opinión positiva de cumplimiento de obligaciones fiscales emitida por el SAT vigente a al acto de presentación y apertura de proposiciones, en términos del artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación.

**II.- OPINIÓN EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL.** Opinión positiva de cumplimiento de obligaciones en materia de seguridad social vigente a la firma del contrato emitida por el IMSS, en términos del artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación, del Acuerdo ACDO.SAI.HCT.107214/281.P.DIR publicado en el DOF el 27 de febrero de 2015 y el acuerdo ACDO.SAI.HCT.260220/64.P.DIR, referente a las reglas para la obtención de la citada opinión, publicadas el 30 de marzo de 2020 en el Diario Oficial de la Federación.

**III.- OPINIÓN EN MATERIA DE APORTACIONES PATRONALES Y ENTERO DE DESCUENTOS.** Constancia de situación fiscal en la que conste que se encuentra al corriente de cumplimiento de obligaciones en materia de aportaciones patronales y entero de descuentos del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores.

#### 21. Causales expresas de desechamiento.

Será causal de desechamiento:

e) Cuando la información proporcionada en cumplimiento del numeral **19.1**, discrepe o no corresponda, resulte incompleta o incongruente a la proporcionada en el Anexo A4 (Acreditamiento de Personalidad Jurídica y Datos de Notificación).

f) Que no cumplan con alguno de los requisitos establecidos en esta Convocatoria contenidos en los numerales **19.1, 19.2, 19.3**, Anexo Formato de Propuesta Técnica, Anexo A9 Propuesta Económica, Anexo T1 Requerimiento HS, Anexos Técnicos, Términos y Condiciones y Criterios de Evaluación Técnica, y, que con motivo de dicho incumplimiento se afecte la solvencia de la proposición, conforme a lo previsto en el último párrafo del artículo 47 de la LAASSP.

Ahora bien, se refiere que para el licitante **CORPORATIVO DE HOSPITALES SA DE CV** se actualiza la hipótesis contenida en el Artículo 71 fracción XIV de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, que a la letra señala...

*"Artículo 71. Las dependencias y entidades se abstendrán de adjudicar y formalizar contrato alguno en las materias a que se refiere esta Ley, con las personas siguientes:*

Página 2 de 5

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



#### ACTA DE FALLO

#### LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS N° LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025

**OBJETO DE LA LICITACIÓN:** "CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, PARA LA UMA 242 TEJERIA, VER., DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO, DURANTE EL PERIODO A PARTIR DEL 16 DE OCTUBRE AL 31 DICIEMBRE DEL EJERCICIO 2025..."

*XIV. Aquellos cotizantes o licitantes que injustificadamente y por causas imputables a ellos mismos, no hayan formalizado un contrato adjudicado con anterioridad por la convocante. Dicho impedimento prevalecerá ante la propia dependencia o entidad convocante por el plazo que se establezca en las políticas, bases y lineamientos a que se refiere el artículo 4 de esta Ley, el cual no podrá ser superior a un año calendario contado a partir del día en que haya fenecido el término establecido en la convocatoria a la licitación o, en su caso, el establecido en términos del artículo 67 de esta Ley, para la formalización del contrato en cuestión. "*

Lo anterior, ya que no formalizó el contrato No. SEIA25311002-0049, que fue adjudicado por esta convocante con anterioridad, a través del procedimiento de Adjudicación Directa Internacional Bajo la Cobertura de los Tratados Electrónica No. **AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025**.

#### FALLO

#### I.- PROPUESTA ASIGNADA:

De conformidad con el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 47, 48 y 49 fracción V de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, se da a conocer al participante asignado, partida, precio unitario, números mínimos y máximos de sesiones e importes que corresponden al periodo a contratar, ya que cumplen técnica y económicamente, de acuerdo a los criterios previstos en la convocatoria de la solicitud de cotización:

| UMA 242 TEJERIA, VER                                                                                                                            |                                                      |                                                                                                                   |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| PRESTADOR DEL SERVICIO ASIGNADO:                                                                                                                |                                                      | OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA SA DE CV EN PARTICIPACIÓN CONJUNTA CON LOGÍSTICA MARVIL, S.A. DE C.V. |                 |
| PARTIDA                                                                                                                                         | PRECIO UNITARIO ASIGNADO SIN IVA                     | PRESUPUESTO                                                                                                       |                 |
|                                                                                                                                                 |                                                      | MÍNIMO                                                                                                            | MÁXIMO          |
| 1                                                                                                                                               | \$1,600.00                                           | \$ 4,805,200.00                                                                                                   | \$12,013,000.00 |
| DATOS RELEVANTES DEL CONTRATO OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA SA DE CV EN PARTICIPACIÓN CONJUNTA CON LOGÍSTICA MARVIL, S.A. DE C.V. |                                                      |                                                                                                                   |                 |
| Número de contrato                                                                                                                              | 050GYR014T30725-222-00                               |                                                                                                                   |                 |
| N° Expediente CompraNet                                                                                                                         | E-2025-00086885                                      |                                                                                                                   |                 |
| Clave CuCop+                                                                                                                                    | 33903-0012 Servicios integrales                      |                                                                                                                   |                 |
| Vigencia del contrato                                                                                                                           | Del 16 de octubre de 2025 al 31 de diciembre de 2025 |                                                                                                                   |                 |
| Monto Mínimo sin IVA                                                                                                                            | \$ 4,142,413.79                                      |                                                                                                                   |                 |
| Monto Máximo sin IVA                                                                                                                            | \$ 10,356,034.48                                     |                                                                                                                   |                 |
| Monto Mínimo con IVA                                                                                                                            | \$ 4,805,200.00                                      |                                                                                                                   |                 |
| Monto Máximo con IVA                                                                                                                            | \$12,013,000.00                                      |                                                                                                                   |                 |

Página 3 de 5

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br><b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b><br><b>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE</b><br><b>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b><br><b>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> | <b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b><br><br><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b><br><br><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA</b><br><br><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b> |
|                                                                                   | <b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b>                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                  |



**ACTA DE FALLO**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LICITACIÓN PUBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS</b><br><b>N° LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b>                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>OBJETO DE LA LICITACIÓN:</b> "CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, PARA LA UMA 242 TEJERIA, VER., DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO, DURANTE EL PERIODO A PARTIR DEL 16 DE OCTUBRE AL 31 DICIEMBRE DEL EJERCICIO 2025..." |

|                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| Porcentaje de la garantía     | 10.00%                   |
| Monto de la garantía          | \$ 1,035,603.45          |
| Tipo y obligación de garantía | Cumplimiento / Divisible |

**Se hace referencia que el monto se ajustará al presupuesto asignado para el Procedimiento de Licitación Pública.**

Se verificó en el listado de proveedores impedidos para contratar por el IMSS actualizado al 09 de octubre de 2025, emitido por la Plataforma Compras MX, de igual forma en el directorio de proveedores y contratistas sancionados, inhabilitados y multados, emitido por la secretaria de la Función Pública del 09 de octubre de 2025, no encontrándose la empresa asignada en los registros. Se hace del conocimiento que se ha verificado el directorio de proveedores y contratistas sancionados, inhabilitados y multados, emitido en el Diario Oficial de la Federación, de los últimos diez años no encontrándose en los la empresa asignada en este evento.

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 67 de la ley y de conformidad con el articulo 49 quinto párrafo de la Ley, con la notificación del fallo por el que se adjudicaran los contratos, las obligaciones derivadas de estos serán exigibles sin perjuicio de las obligaciones de las partes de firmarlo a más tardar el día 30 de octubre de 2025, a través de la Plataforma Compras MX, en términos del Manual de Operación para la utilización en Compras MX, del Módulo de Formalización de Instrumentos Jurídicos, derivado de los procedimientos de contratación al amparo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de Julio de 2023. [https://comprasmx.buengobierno.gom.mx/instrumentos\\_juridicos.html](https://comprasmx.buengobierno.gom.mx/instrumentos_juridicos.html). Así como que la garantía de cumplimiento Divisible del contrato deberá presentarse a más tardar dentro de los 10 días naturales siguientes a la firma de los contratos, conforme a lo establecido en la invitación.

Para la presente Licitación se cuenta con suficiencia presupuestal amparada con el dictamen de disponibilidad presupuestal previo número 0000025530-2025.

**II.- RESUMEN DEL EVENTO:**

| RESUMEN DEL EVENTO  |   |
|---------------------|---|
| PARTIDAS CONVOCADAS | 1 |
| PARTIDAS ASIGNADAS  | 1 |
| PARTIDAS DESIERTAS  | 0 |

Para efectos de la notificación y en términos de los artículos 50 de la Ley, a partir de esta fecha se pone a disposición del participante, copia de esta Acta en Belisario Domínguez N° 15 Colonia Adalberto Tejeda, C.P. 91070, en donde se fijará copia de la carátula del Acta o un ejemplar o el aviso del lugar donde se encuentra disponible, por un término no menor de cinco días hábiles, siendo de la exclusiva responsabilidad de los participantes, acudir a enterarse de su contenido y obtener copia de la misma. Este procedimiento sustituye a la notificación personal. La información estará disponible en la dirección electrónica de la Plataforma Compras MX <https://comprasmx.buengobierno.gom.mx/>

Después de dar lectura a la presente Acta, se dio por terminado este acto, siendo las 10:20 horas del 10 de octubre de 2025.





Página 4 de 5

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIT25311002-0059</b></p> | <p><b>LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p><b>LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T30725-222-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

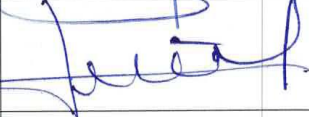


#### ACTA DE FALLO

| <p>LICITACIÓN PUBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS<br/>N° LA-50-GYR-050GYR014-T-307-2025</p>                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>OBJETO DE LA LICITACIÓN:</b> "CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, PARA LA UMA 242 TEJERÍA, VER., DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCENTRALIZADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO, DURANTE EL PERIODO A PARTIR DEL 16 DE OCTUBRE AL 31 DICIEMBRE DEL EJERCICIO 2025..."</p> |

Esta Acta consta de 5 hojas, firmando para los efectos legales y de conformidad, los asistentes a este acto, quienes reciben copia de la misma.

#### POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

| NOMBRE                         | ÁREA                                                                         | FIRMA                                                                                 |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| LAET Ana Laura Puig Lagunes    | Titular de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento                  |    |
| LANI Mary Lu Villicaña Acosta  | Encargada del Departamento Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios |   |
| C.P. Lizzet Castelán Guerrero  | Titular de la Oficina de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios   |  |
| LM María Elvira Vera Hernandez | Analista Coordinadora y Plataforma Integral Compras MX                       |  |

FIN DEL ACTA



Cadena original:  
cf10d3eb4b80f1fdd74306ab6e6152f1822b19451b959eba448ba2d0b2beb22b

Firmante: ANA LAURA PUIG LAGUNES  
RFC: [REDACTED]  
Certificado:

Número de Serie: [REDACTED]  
Fecha de Firma: 21/10/2025 13:46



Firma:  
AAQvV8pNwHQFp6y7cw2STJ07e4PP262iheKCBtpF96siMhxhL11sZQtvzWfQ0baVRREqvz58KQlUccBDxtvDj37ceEZc14widrK1TlvY05f+wn012uBSa4D1fS8fNluY50Tbic+y0q39tIXfkBMXZk00BLZZR49huiumk/ehx2rNweruYRrCzgxNvvdb0paUM2/BgVLH860znTQ8/ge4kKCCqVDejBKwn1MrRfejd+kKBVYKJZjP0Xo0BdE3CqgTZH0PdhXa41gq/kZ5RLpcIfc2r0rKw/bqYyF+xxfns+Z+uSGkwai/pqnVg3o8bv mF79P+sVlZGX4Ra0LPjiHQ==

Firmante: MARIA DE LOS ANGELES QUIROZ GARCIA  
RFC: [REDACTED]  
Certificado:

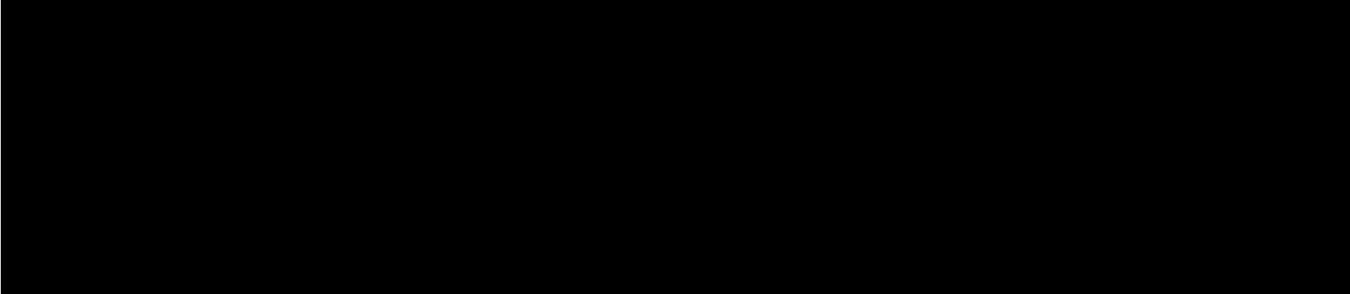
Número de Serie: [REDACTED]  
Fecha de Firma: 21/10/2025 14:04



Firma:  
F1j1X4Zq4WkmRbB3Jd0Wg/Vk35VSzda2gZVm3Yf5Ia5Spprhj8LjMZBTNcNhq2ZgyXnq3SLybyr4FTw1+fCM/PJaxNezc/M4h3XI2riEbfiI9ZcDPMHl2jLLk/KnC6LLKEzTMBrax17jzbRzJoCRr6WuYbIr8tp9chxxRtmsxVm1X4cryGvcZ4SXWeqBa0BX42ovUoY4FwVxUr2CGhpjJYkYrmpBcCA38PT1AlpzHPwi6+e6LBLYNoopa8aZLqk1lVQNS/qr1/Xc0SpikEm80pApdHT3uJESl3Nr0oEmccBPD8195ktyQaojU95KD WYvDJ0CB5+yjcnKev2JXug==

Firmante: EDITH JIMENEZ MARTINEZ  
RFC: [REDACTED]  
Certificado:

Número de Serie: [REDACTED]  
Fecha de Firma: 21/10/2025 14:13



Firma:

ELIMINADO: RFC, NUMERO DE SERIE, CERTIFICADO,  
FUNDAMENTO LEGAL: ARTS. 115 PARRAFO TERCERO Y 120 DE LA LGTAIP  
MOTIVACION: SE CONSIDERA INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA MORAL INHERENTE A SU PATRIMONIO

Q4BXd4FQc596rXvDa2iy/HqSvo7d04R7h0z82ERc/Zc0xMkDYY87ULBEMqhRsYtJcF57xG7Tk6M0kBUWkVEVl51ciQe7GUj4rm0yb9lzW/n0HvYzvpULx984s1FZIq2w9zQ9doHq5CaD0vKpIjTAbE0jDhFhm10N  
Rtcih6D/GnI+pj8AVA9pTyKwaSw06M40Cs/0cLlGanF+LXgD9QWZ40g6BQoIQWvAk70MsTHxvVACwCZ/3bQCWMSbQbQGgvY/22KNhXH/ReJiUhkPlpwqhu/9A2VGlKCPa1h3J2qkKXgHrF1WCpYBdb0YZ3mkXYDi  
0RU6qCkdGtU+rmpo1tD0Q==

Firmante: OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA SA DE CV  
RFC: OSS080331528

Número de Serie: [REDACTED]  
Fecha de Firma: 21/10/2025 16:38

Certificado:

[REDACTED]

Firma:  
g84875c lcx fFQq1JDe2nPNJdeoSSdikWKi3WEKRZzbc+M6hIltoX+Kc0gX6mLpnleTLCavZqkaqm8ivNvdtUQjuAuX0o+cMc80Hljj+vVbkzBiPNw6BHSlyvifIg0Lz/0UFZwW5w+JhwJX6hrI+HrYpHAQhG4TaJ  
y8hyPaWsyLS2aQ7WGa5+IEqPS7u2ixNDRC6BgWDZdVUwV3+a7Ee0UwvonBdkvsL+xJUigoerLw5MS6jMp66H5ooBZoR7oAlNvmV2feKo0tE6PF1q0tt86WsyTQ7/y29nZKnAn2EsDyFd6gSbD1id7tab3ohJ4oH+  
C/smzmX3iJhwFA/EUFU9QQ==

Firmante: LOGISTICA MARVIL SA DE CV  
RFC: LMA101005UF9

Número de Serie: [REDACTED]  
Fecha de Firma: 21/10/2025 16:42

Certificado:

[REDACTED]

Firma:  
SaPzyuegdVebV+0D5EmR9wUwg90dpfAazhk8AtqendbxM05ph0dnsjqmeST4eu5YV2WwL1ZV4s6SD0xIYCwYrL4rDNoKvWA6n3iuXr61oNhj5CPXUd+K1PtYysJK8vqEbAE0pP6qbgUrnngSdDw+ETxELGPLTWtK  
0Ubm2BHcKIyaa7Z3HL4R21Bz5fDJ1eajUwVuW5jV8QkKwqVsoLH9ZmP8iYHxiRvTwjS0gg8p00XogaXpNwQ+SW1ts5kKEfHYya2smvv+RcQ4E2UTsINB13tHgWmKE22b9/ZCrhgz2DwhyMr3/wLQRB2ZYinYB1Pf  
nw6Kzdf9+HMGLEPV/KEX7w==

ELIMINADO: NUMERO DE SERIE, CERTIFICADO,  
FUNDAMENTO LEGAL: ARTS. 115 PARRAFO CUARTO DE LA LGTAIP  
MOTIVACION: SE CONSIDERA INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA MORAL