| | | |
|---|---|---|
| IMSS | INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO<br>**CONTRATO No. SEIA22211604-0022** | ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS<br>**AA-050GYR014-E966-2021**<br>**SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 11** |

CONTRATO ABIERTO PARA EL **SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA PACIENTES DE LAS UNIDADES MÉDICAS: H.G.Z. N° 11, XALAPA, VER. DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN RÉGIMEN ORDINARIO, DURANTE EL PERIODO DEL 01 AL 31 DE ENERO DE 2022,** QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, QUE EN LO SUCESIVO SE DENOMINARÁ **"EL INSTITUTO"**, REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR LA TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE **DRA. MARÍA DE LOURDES CARRANZA BERNAL,** EN SU CARÁCTER DE **APODERADA LEGAL** DE **"EL INSTITUTO"**, Y , POR LA OTRA, . **LOGISTICA MARVIL, S.A. DE C.V.**, EN LO SUBSECUENTE **"EL PROVEEDOR"**, REPRESENTADA POR EL **C. JOSE ARTURO MARABOTO MILLAN**, EN SU CARÁCTER DE **REPRESENTANTE LEGAL**, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

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

**I.** **"EL INSTITUTO"**, DECLARA A TRAVES DE SU REPRESENTANTE LEGAL QUE:

**I.1.** ES UN ORGANISMO PÚBLICO 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 4 Y 5, DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL.

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

**I.3.** SU REPRESENTANTE, LA **DRA. MARÍA DE LOURDES CARRANZA BERNAL**, EN SU CARÁCTER DE APODERADA LEGAL, SE ENCUENTRA FACULTADA PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO EN REPRESENTACIÓN DE "EL INSTITUTO", DE ACUERDO AL PODER QUE SE CONTIENE EN LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **94,989** DE FECHA **13 DE FEBRERO DE 2020** PASADA ANTE LA FE DEL **LICENCIADO LUIS RICARDO DUARTE GUERRA**, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO **24**, DE LA CIUDAD DE MEXICO, ACTUANDO COMO ASOCIADO EN EL PROTOCOLO DE LA NOTARIA NÚMERO **98** DE LA CIUDAD DE MÉXICO, DE LA CUAL ES TITULAR EL **LICENCIADO GONZALO M. ORTIZ BLANCO** Y QUE HA QUEDADO DEBIDAMENTE INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS BAJO EL FOLIO MERCANTIL **97-7-19022020-145637** DE FECHA 19 DE FEBRERO DE 2020.

**I.4.** LA **LIC. ANA LAURA PUIG LAGUNES**, TITULAR DE LA COORDINACION 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 LOS ARTÍCULOS 2, FRACCIÓN I, DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

**I.5.** LA **DRA. INGRID ZARAGOZA RUIZ**, TITULAR DE LA JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS, DE **"EL INSTITUTO"**, INTERVIENE EN LA FIRMA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, COMO **AREA REQUIRENTE** EN EL PROCEDIMIENTO DEL CUAL SE DERIVA ESTE CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2, FRACCIÓN II, DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

**I.6.** LA **DRA. NORMA ELENA RUÍZ PINEDA**, EN REPRESENTACION DE LA JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS, EL **L.A.E. CARLOS ALBERTO NAVARRETE SÁNCHEZ**, EN REPRESENTACION DE LA JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS, EL **DR. GILBERTO HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ**, EN REPRESENTACION DE LA JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS, EL **DR. ALEJANDRO DE LA BARREDA RAMOS**, EN REPRESENTACION DE LA JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS, EL **ING. CHRISTIAN ADÁN FRAGOSO LINARTE**, TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN Y SERVICIOS GENERALES, EL **ING. JORGE ÁVALOS LIRA**, JEFE DE CONSERVACIÓN DE UNIDAD N° 14, EL **ING. HERNÁN CARBALLO DÍAZ**, JEFE DE CONSERVACIÓN DE UNIDAD N° 2, LA **L.I. O. OBDULIA ARACELI VELASCO ARREGUIN**, ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN DE INFORMÁTICA, DE **"EL INSTITUTO"**, INTERVIENEN EN LA FIRMA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, COMO **ÁREA TÉCNICA**, EN EL PROCEDIMIENTO DEL CUAL SE DERIVA ESTE CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2, FRACCIÓN III, DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

**I.6.** EL **ING. RAFAEL ZARATE PÉREZ,** TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS EN LA DELEGACION VERACRUZ NORTE, LA **DRA. INGRID ZARAGOZA RUIZ**, TITULAR DE LA JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS EN LA DELEGACION VERACRUZ NORTE, LA **L.I. OBDULIA ARACELI VELASCO ARREGUIN,** ENCARGADA DE LA COORDINACION DE INFORMATICA EN LA DELEGACION VERACRUZ NORTE**,** EL **DR. OSCAR BAIZABAL RAMIREZ** DIRECTOR MEDICO DEL HGZ 11, DE **"EL INSTITUTO"**, INTERVIENEN COMO **ADMINISTRADORES** DEL PRESENTE CONTRATO, RESPONSABLES DE DAR SEGUIMIENTO Y VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 84 PENÚLTIMO PÁRRAFO DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

**I.7.** PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS FUNCIONES Y LA REALIZACIÓN DE SUS ACTIVIDADES, REQUIERE DE LA PRESTACION DEL **SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA PACIENTES DE LAS UNIDADES MÉDICAS: H.G.Z. N° 11, XALAPA, VER. DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN RÉGIMEN ORDINARIO, DURANTE EL PERIODO DEL 01 AL 31 DE ENERO DE 2022.**

**I.8.** PARA CUBRIR LAS EROGACIONES QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO, CUENTA CON RECURSOS DISPONIBLES SUFICIENTES, NO COMPROMETIDOS, EN LA PARTIDA PRESUPUESTAL NÚMERO **4206 1604**, DE CONFORMIDAD CON EL CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL.

"EL PRESUPUESTO DEFINITIVO A EJERCER ESTÁ SUJETO A LA APROBACIÓN DEL PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN PARA EL EJERCICIO FISCAL 2022 POR PARTE DE LA H.CÁMARA DE DIPUTADOS, POR LO QUE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL QUEDAN SUJETAS PARA FINES DE EJECUCIÓN Y PAGO A LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA CON LA QUE SE CUENTE CONFORME AL PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN QUE PARA EL EJERCICIO FISCAL 2022 SE APRUEBE POR LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS EN TÉRMINOS DE LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 42 DE LA LEY FEDERAL DE PRESUPUESTO Y RESPONSABILIDAD HACENDARIA,, SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PUBLICO".

**I.9.** EL PRESENTE CONTRATO FUE ADJUDICADO A **"EL PROVEEDOR"** MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO DE **ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS** NO. **AA-050GYR014-E966-2021**, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 134, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y EN LOS ARTÍCULOS 26 FRACCIÓN III, 28 FRACCIÓN II, 41 FRACCIÓN III (EL H. SUBCOMITÉ DELEGACIONAL DICTAMINÓ PROCEDENTE SE LLEVE A CABO LA PRESENTE ADJUDICACIÓN MEDIANTE ACUERDO NO. 24/2021, DICTADO EN SU SESIÓN ORDINARIA NO. 24/2021. DE FECHA 30 DE DICIEMBRE DE 2021) Y 47 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

**I.10.** CON FECHA **30 DE DICIEMBRE DE 2021**, LA COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO, EMITIÓ EL FALLO DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN MENCIONADO EN LA DECLARACIÓN QUE ANTECEDE.

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

**I.12.** SEÑALA COMO DOMICILIO PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ACTO JURÍDICO EL UBICADO EN: **LOMAS DEL ESTADIO S/N, COLONIA CENTRO, CP.91000, DE LA CIUDAD DE XALAPA, VER.**

## II. "EL PROVEEDOR" DECLARA QUE:

**II.1.** ES UNA PERSONA MORAL CONSTITUIDA DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, SEGÚN CONSTA EN EL INSTRUMENTO NÚMERO **5,602** DE FECHA **02 DE SEPTIEMBRE DEL 2011**, PASADA ANTE LA FE DEL NOTARIO PUBLICO **164,** LICENCIADO**JAIME VAZQUEZ CASTILLO,** DE **TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO,** E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD SECCIÓN

ELIMINADO: NUMERO DE REGISTRO PATRONAL

FUNDAMENTO LEGAL: ARTS. 113 F-III, 108 Y 118 DE LA LGTAIP.

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



COMERCIO BAJO EL FOLIO MERCANTIL ELECTRONICO NÚMERO **9442-1**, DE FECHA **09 DE AGOSTO DE 2012**, DE LA CIUDAD DE **TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO.**

**II.2.** SE ENCUENTRA REPRESENTADA PARA LA CELEBRACIÓN DE ESTE CONTRATO, POR EL **C. JOSE ARTURO MARABOTO MILLAN**, ACREDITA SU PERSONALIDAD MEDIANTE ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **49,277** DE FECHA **10 DE SEPTIEMBRE DE 2014**, PASADA ANTE LA FE DEL NOTARIO PUBLICO NÚMERO **97** LICENCIADO **MARCO ANTONIO ESPINOZA ROMMYNGTH,** DE TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO, Y MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LAS FACULTADES QUE LE FUERON CONFERIDAS NO LE HAN SIDO REVOCADAS, MODIFICADAS NI RESTRINGIDAS EN FORMA ALGUNA.

**II.3.** DE ACUERDO CON SUS ESTATUTOS, SU OBJETO SOCIAL CONSISTE ENTRE OTRAS ACTIVIDADES, EN: **C) LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON HEMODIALISIS Y PROCEDIMIENTOS CLINICOS EN GENERAL QUE NO REQUIERAN HOSPITALIZACIÓN.**

**II.4.** LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO LE OTORGÓ EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO **LMA-101005-UF9.** ASIMISMO, CUENTA CON REGISTRO PATRONAL ANTE **"EL INSTITUTO"** NÚMERO [redacted] AUNADO A LO ANTERIOR CUENTA CON SU REGISTRO INFONAVIT.

**II.5.** 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"**, EXHIBE PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO. EN CASO DE NO CONTAR CON TRABAJADORES INSCRITOS EN EL RÉGIMEN DEL SEGURO SOCIAL, DEBERÁ PRESENTAR CARTA DE LA COMPAÑÍA DE OUTSOURCING, DIRIGIDA A **"EL INSTITUTO"** Y PRESENTAR LOS PAGOS OBRERO PATRONALES DE ESA COMPAÑÍA.

**II.6.** MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, NO ENCONTRARSE EN LOS SUPUESTOS DE LOS ARTÍCULOS 50 Y 60, DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

**II.7** DE CONFORMIDAD CON LO PUBLICADO EN EL DOF EN FECHA 28 DE JUNIO DE 2017, EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR "**CONSTANCIA DE SITUACION FISCAL EN MATERIA DE APORTACIONES PATRONALES Y ENTERO DE DESCUENTOS"** EMITIDA POR EL INFONAVIT, CONSTANCIA VIGENTE (30 DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE SU EMISIÓN) SIN CRÉDITOS FISCALES QUE NO SE ENCUENTREN PAGADOS O GARANTIZADOS EN ALGUNA DE LAS FORMAS PERMITIDAS, EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 32-D DEL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN Y ACUERDO DEL H. CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEL INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES POR EL QUE SE EMITEN LAS REGLAS PARA LA OBTENCIÓN DE LA CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL EN MATERIA DE APORTACIONES PATRONALES Y ENTERO DE DESCUENTOS PUBLICADO EN EL DOF EL 28 DE JUNIO DE 2017.

**II.8.** CUENTA CON EL ACUSE DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD DE OPINIÓN ANTE EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA **(SAT)**, RELACIONADA CON EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES EN LOS TÉRMINOS QUE ESTABLECE LA FRACCIÓN I, DE LA REGLA I2.1.31 DE LA MISCELÁNEA FISCAL PARA EL PRESENTE EJERCICIO, DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO **32 D**, DEL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN, DEL CUAL PRESENTA COPIA A **"EL INSTITUTO"**.

**II.9.** CUENTA CON EL ACUSE DE OPINIÓN POSITIVA Y VIGENTE, RELACIONADA CON EL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL, DE CONFORMIDAD CON ACUERDO **ACDO.SA1.HCT.101214/281.P.DIR**, EMITIDO POR EL CONSEJO TECNICO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, POR EL QUE SE APRUEBAN LAS REGLAS PARA LA OBTENCION DE LA OPINION DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES FISCALES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION, EL 27 DE FEBRERO DE 2015.

**II.10.** **"EL PROVEEDOR"** DECLARA QUE EN CASO DE INCUMPLIMIENTO EN SUS OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL, SOLICITA SE APLIQUEN LOS RECURSOS DERIVADOS DEL CONTRATO CONTRA LOS ADEUDOS QUE, EN SU CASO, TUVIERA A FAVOR DE **"EL INSTITUTO".**

**II.11.** MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE DISPONE DE LA ORGANIZACIÓN, EXPERIENCIA, ELEMENTOS TÉCNICOS, HUMANOS Y ECONÓMICOS NECESARIOS, ASÍ COMO CON LA CAPACIDAD SUFICIENTE PARA SATISFACER DE MANERA EFICIENTE Y ADECUADA LAS NECESIDADES DE **"EL INSTITUTO"**.

**II.12.** CONFORME A LO PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 57 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 107 DE SU REGLAMENTO, "EL PROVEEDOR", EN CASO DE AUDITORÍAS, VISITAS O INSPECCIONES QUE PRACTIQUE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN **"EL INSTITUTO"** DEBERÁ PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN QUE EN SU MOMENTO SE LE REQUIERA, RELATIVA AL PRESENTE CONTRATO.

**II.13.** SEÑALA COMO DOMICILIO PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ACTO JURÍDICO, EL UBICADO EN: **PRIVADA DE TAPACHULA NO. 1, COLONIA BADILLO, C.P.91190, XALAPA, VER.**

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

## C L Á U S U L A S

**PRIMERA.- OBJETO DEL CONTRATO.- "EL INSTITUTO"** REQUIERE CONTRATAR DE "EL PROVEEDOR" Y ÉSTE SE OBLIGA A PRESTAR EL "SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA", A FIN DE ATENDER LAS NECESIDADES DE SUS DERECHOHABIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, EL CUAL SERÁ PRESTADO A TRAVÉS DE SUS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS, CUMPLIENDO CON TODOS Y CADA UNO DE LOS REQUISITOS QUE SE DESCRIBEN EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS EN LA CLÁUSULA CUARTA DEL PRESENTE CONTRATO. LA CANTIDAD DE SESIONES MÍNIMAS Y MÁXIMAS SE DETALLA EN EL **ANEXO 1** (**UNO**).

**SEGUNDA.- IMPORTE DEL CONTRATO.- "EL INSTITUTO"** CUENTA CON UN PRESUPUESTO MÍNIMO COMO COMPROMISO A EJERCER POR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, POR LA CANTIDAD DE **$1,379,303.00 (**UN MILLON TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS TRES PESOS 00/100 M.N.), MÁS EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.) Y UN PRESUPUESTO MÁXIMO SUSCEPTIBLE DE SER EJERCIDO POR LA CANTIDAD DE **$3,447,574.00** (TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS 00/100 M.N.), MÁS EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.), DE CONFORMIDAD CON LOS PRECIOS UNITARIOS QUE SE RELACIONAN EN EL **ANEXO 1** (**UNO**) DEL PRESENTE CONTRATO.

**"LAS PARTES"** CONVIENEN QUE EL PRESENTE CONTRATO SE CELEBRA BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS, DE ACUERDO A LOS PRECIOS UNITARIOS PACTADOS, PO LO QUE EL MONTO DE LOS MISMOS NO CAMBIARÁ DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

**TERCERA.-FORMA DE PAGO.-** PARA EL TRÁMITE DE PAGO **"EL PROVEEDOR"** DEBERÁ EXPEDIR SUS COMPROBANTES FISCALES DIGITALES EN EL ESQUEMA DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA, CON LAS ESPECIFICACIONES NORMADAS POR EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA (SAT), A NOMBRE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES IMS421231I45, DOMICILIO EN LOMAS DEL ESTADIO SIN NUMERO, COLONIA CENTRO, C.P. 91000, EN XALAPA, VERACRUZ, PARA LA VALIDACIÓN DE DICHOS COMPROBANTES **"EL PROVEEDOR"** DEBERÁ CARGAR EN INTERNET; A TRAVÉS DEL PORTAL DE SERVICIOS A PROVEEDORES DE LA PÁGINA DE **"EL INSTITUTO"** EL ARCHIVO EN FORMATO XML; LA VALIDEZ DE LOS MISMOS SERÁ DETERMINADA DURANTE LA CARGA Y ÚNICAMENTE LOS COMPROBANTES VALIDOS SERÁN PROCEDENTES PARA PAGO.

**"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A NO CANCELAR ANTE EL SAT LOS COMPROBANTES FISCALES DIGITALES A FAVOR DE "EL INSTITUTO", PREVIAMENTE VALIDADOS EN EL PORTAL DE SERVICIOS A PROVEEDORES, SALVO JUSTIFICACIÓN Y COMUNICACIÓN POR PARTE DEL MISMO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO PARA SU AUTORIZACIÓN EXPRESA, DEBIENDO ÉSTE INFORMAR A LAS ÁREAS DE TRÁMITE DE EROGACIONES DE DICHA JUSTIFICACIÓN Y REPOSICIÓN DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL EN SU CASO.

**"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, SAT, INFONAVIT), Y EL REPORTE DE SESIONES EFECTIVAMENTE OTORGADAS, EN EL PERIODO OBTENIDO DEL SISTEMA DEL INSTITUTO, EN CASO DE QUE EL PROVEEDOR 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 **20** DÍAS NATURALES 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 PARA PAGO EN EL PERIODO, AMBOS DOCUMENTOS DEBERÁN ESTAR PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, EN CASO DE QUE "EL PROVEEDOR" ADJUDICADO NO CUENTE CON SISTEMA DE INFORMACIÓN Y MENSAJERÍA HL7 CERTIFICADO Y LA INFORMACIÓN SE ENVIE 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 RECEPCION DE LOS SERVICIOS POR EL DERECHOHABIENTE Y/O ACOMPAÑANTE, EN EL ÁREA DE TRÁMITE DE EROGACIONES DE LA DELEGACIÓN,SITO EN LOMAS DEL ESTADIO SIN NUMERO, COLONIA CENTRO, C.P. 91000, EN XALAPA, VERACRUZ, DE LUNES A VIERNES, EN HORARIO DE 9:00 A 14:00 HORAS, PREVIA VALIDACIÓN Y AUTORIZACIÓN QUE PARA TAL EFECTO REALICE EL **JEFE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS**,EN SU CARÁCTER DE ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.

EN CASO DE APLICAR, DE IGUAL MANERA **"EL PROVEEDOR"** DEBERÁ DE ENTREGAR NOTA DE CRÉDITO A FAVOR DE **"EL 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 **"EL INSTITUTO"** TIENE EN OPERACIÓN, PARA TAL EFECTO **"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A PROPORCIONAR EN SU OPORTUNIDAD EL NÚMERO DE CUENTA, CLABE, BANCO Y SUCURSAL A NOMBRE DE "EL PROVEEDOR", A MENOS QUE **"EL PROVEEDOR"** ACREDITE EN FORMA FEHACIENTE LA IMPOSIBILIDAD PARA ELLO.

EL PAGO SE DEPOSITARÁ EN LA FECHA PROGRAMADA DE PAGO A TRAVÉS DEL ESQUEMA INTRABANCARIO SI LA CUENTA BANCARIA DE **"EL PROVEEDOR"** 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.

ASIMISMO, **"EL INSTITUTO"** PODRÁ ACEPTAR A SOLICITUD DE **"EL PROVEEDOR"**, QUE EN EL SUPUESTO DE QUE TENGA CUENTAS LIQUIDAS 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 PROVEEDOR ACEPTA SE REALICEN LAS DEDUCCIONES CORRESPONDIENTES EN SU CASO, GENERADAS POR LA APLICACIÓN DE PENAS CONVENCIONALES DERIVADOS DE ATRASOS O DEFICIENCIAS EN EL SERVICIO.

**"EL PROVEEDOR"**, QUE CELEBRE CONTRATO DE CESIÓN DE DERECHOS DE COBRO DEBERÁ NOTIFICARLO POR ESCRITO A **"EL 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 PROVEEDOR", 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 PROVEEDOR"**, 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 DE **"EL INSTITUTO"**.

EL PAGO DE LOS SERVICIOS QUEDARÁ CONDICIONADO AL DESCUENTO QUE **"EL INSTITUTO"** EFECTUARÁ A **"EL PROVEEDOR"** POR CONCEPTO DE PENAS CONVENCIONALES Y/O DEDUCCIONES, EN EL ENTENDIDO DE QUE EN EL SUPUESTO DE QUE SEA RESCINDIDO EL PRESENTE CONTRATO, NO PROCEDERÁ EL COBRO DE DICHAS PENALIZACIONES, NI LA CONTABILIZACIÓN DE LAS MISMAS PARA HACER EFECTIVA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR EL ARTÍCULO 95 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

"EL PROVEEDOR" QUEDA OBLIGADO A ENTREGAR A "EL INSTITUTO" JUNTO CON LA FACTURA DE COBRO RESPECTIVA LA "OPINIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE Y POSITIVA.

**CUARTA.-PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.- "EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A PRESTAR EL SERVICIO QUE SE MENCIONA EN LA CLÁUSULA PRIMERA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, DE ACUERDO A LO SIGUIENTE:

**PLAZO Y LUGAR DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.-** EL PLAZO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SERÁ A PARTIR DEL **1 DE ENERO 2022 Y CONCLUIRA EL 31 DE ENERO DE 2022.**

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 1 (UNO)**, EL CUAL FORMA PARTE DEL PRESENTE CONTRATO.

EL PROCEDIMIENTO DE HEMODIÁLISIS SE LLEVARÁ A CABO ÚNICAMENTE EN LAS INSTALACIONES DE **"EL PROVEEDOR"**.

POR NINGÚN MOTIVO PODRÁ **"EL PROVEEDOR"** OTORGAR ÉSTE A TRAVÉS DE TERCEROS O EN INSTALACIONES DISTINTAS A LAS PROPUESTAS Y ESTIPULADAS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

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

**CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.-** EL SERVICIO DEBERÁ SER PRESTADO POR PERSONAL CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS, DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO EN LA **NOM-003-SSA3-2016 "PARA LA PRÁCTICA DE LA HEMODIÁLISIS"**:
EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBERÁ SER UN MÉDICO ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA, CON TÍTULO, CÉDULA DE MÉDICO ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA Y CERTIFICADO DE ESPECIALIZACIÓN VIGENTE EXPEDIDO POR EL CONSEJO CORRESPONDIENTE, EL HORARIO EN QUE SE DEBERÁ ENCONTRAR EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA SE ACORDARÁ CON LAS AUTORIDADES DE LA UNIDAD MÉDICA.

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 COVID-19, 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.

PARA GARANTIZAR LO ANTERIOR, DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, EL INSTITUTO REALIZARÁ VERIFICACIONES DEL PERSONAL QUE PRESTA EL SERVICIO, DURANTE LAS VISITAS DE SUPERVISIÓN SEMESTRALES O LAS QUE DETERMINE NECESARIAS.

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 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 2 (DOS).**

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

ES RESPONSABILIDAD DE **"EL 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, LAS CUALES DEBERÁN SER SUSTENTADAS EN NOTA MÉDICA, JUSTIFICANDO QUE LA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS SUSPENDIDA SE REPROGRAMARÁ UNA VEZ QUE EL PACIENTE ESTÉ EN CONDICIONES CLÍNICAS ADECUADAS. POR LO ANTERIOR NO SE ACEPTARÁ COMO OTORGADO EL SERVICIO SI POR CAUSAS IMPUTABLES AL PROVEEDOR NO SE DA LA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS DE ACUERDO CON LA PRESCRIPCIÓN INDICADA POR EL MÉDICO TRATANTE DE **"EL INSTITUTO"**.

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

EN CASO DE OPTAR POR EL REÚSO DE DIALIZADORES DEBERÁ CONTAR CON PERSONAL ESPECIALIZADO PARA EL USO DE LA UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES, ASÍ MISMO, DEBERÁ CONTAR CON EL REGISTRO SANITARIO VIGENTE DE LA UNIDAD DE REPROCESAMIENTO.

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 DE CONFORMIDAD CON EN EL **ANEXO 2 (DOS)**, MISMO QUE SE AGREGA AL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

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

**EL INSTITUTO"** A FIN DE ATENDER LAS NECESIDADES DE SUS DERECHOHABIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, REQUIERE DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADO, MISMO QUE SE SEÑALA EN EL **ANEXO 1 (UNO)** REQUERIMIENTOS DE LAS UNIDADES MÉDICAS, INTEGRADO EN EL PRESENTE CONTRATO; POR LO QUE, **"EL PROVEEDOR"** DEBERÁ DAR EL DEBIDO CUMPLIMIENTO A TODOS Y CADA UNO DE LOS REQUISITOS QUE A CONTINUACIÓN SE DESCRIBEN:

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

- SE ENCUENTRE CERTIFICADA POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL O EN PROCESO DE CERTIFICACIÓN POR DICHO CONSEJO, EN ATENCIÓN AL ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECE COMO OBLIGATORIO, A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2012, EL REQUISITO DE CERTIFICACIÓN DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL A LOS SERVICIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS Y DE HEMODIÁLISIS PRIVADOS QUE CELEBREN CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS DE LOS GOBIERNOS FEDERAL, ESTATALES DE LA CIUDAD DE MÉXICO (ANTES DISTRITO FEDERAL) Y MUNICIPALES, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 29 DE DICIEMBRE DE 2011.

- UBICARSE DENTRO DE UN RADIO DE DISTANCIA TERRESTRE MÁXIMA DE 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, DEBIENDO PRESENTAR COMO PARTE DE SU OFERTA EL CONTRATO Y/O CONVENIO VIGENTE CORRESPONDIENTE, EN CASO DE QUE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA NO CUENTE CON AMBULANCIA PROPIA; Y FACTURA EN CASO DE QUE SEA PROPIA LA AMBULANCIA) PARA LOS 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-SSA3-2016, "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: COVID-19, 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 O TANQUE 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.

- 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 EL PROVEEDOR DEBERÁ COORDINAR ACCIONES CON LAS UNIDADES MÉDICAS ASIGNADAS PARA PRESTAR EL SERVICIO EN TIEMPO Y FORMA.

- EN CASO DE QUE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SE ENCUENTRE DENTRO DE OTRO INMUEBLE, ÉSTA UNIDAD DEBERÁ CONTAR POR SEPARADO DE SUS PROPIOS RECURSOS PARA GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, ESTO ES, DEBE CONTAR CON TOMAS DE AGUA INDEPENDIENTES, TRATAMIENTO DE AGUAS RESIDUALES, DOCUMENTACIÓN RELATIVA A PROTECCIÓN CIVIL, PLANTA DE EMERGENCIA Y CISTERNA ESPECIALMENTE PARA LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.

**III. 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: INGRID.ZARAGOZA@IMSS.GOB.MX, CARLOS.NAVARRETE@IMSS.GOB.MX Y MIRIAM.ZUNIGAR@IMSS.GOB.MX.

- EL PROVEEDOR 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 DEBERÁ MANTENER LOS ESTUDIOS ACTUALIZADOS PARA CADA PACIENTE CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL APARTADO DENOMINADO, "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ REALIZAR POR CADA PACIENTE LAS SIGUIENTES PRUEBAS DE LABORATORIO CON LA FRECUENCIA QUE A CONTINUACIÓN SE ESPECIFICA ", DEL PRESENTE DOCUMENTO. DEBERÁ RECIBIR A LOS PACIENTES EN CASO DE HEMODIÁLISIS DE URGENCIA, LOS CUALES SERÁN REMITIDOS POR EL INSTITUTO UNA VEZ ESTABILIZADOS HEMODINÁMICAMENTE, CON LOS ESTUDIOS DE ACUERDO CON EL APARTADO RESPONSABILIDADES DEL INSTITUTO A EXCEPCIÓN DEL PANEL PARA VIRUS DE HEPATITIS B, C Y VIH, EL CUAL SE ENVIARÁ EN UN PLAZO NO MAYOR A 15 DÍAS NATURALES.

- A PARTIR DE SU REFERENCIA A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA SERÁN RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR DE SERVICIO, EL CUIDADO, EL MANTENIMIENTO Y/O RECAMBIO DEL ACCESO VASCULAR TEMPORAL O DEFINITIVO Y, LA ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES QUE SE PRESENTEN.

**IV. 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.

- 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.

**V. 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 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: INGRID.ZARAGOZA@IMSS.GOB.MX, CARLOS.NAVARRETE@IMSS.GOB.MX Y MIRIAM.ZUNIGAR@IMSS.GOB.MX

**VI. 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%

**VII. 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 COVID-19, 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 COVID-19, 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 COVID-19, HEPATITIS B Y C Y VIH DEBEN DIALIZARSE UTILIZANDO EN ELLOS MATERIAL Y EQUIPO EXCLUSIVO. EN ESTOS PACIENTES NO DEBE REUTILIZARSE EL DIALIZADOR. SE DEBERÁ SEGUIR EL PROCEDIMIENTO DE TÉCNICA DE AISLAMIENTO APLICANDO LA NOM 010-SSA2-2010 "PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA".
- EL MATERIAL DESECHABLE UTILIZADO EN LOS PROCEDIMIENTOS DE HEMODIÁLISIS, DEBERÁ SER EXCLUSIVO PARA CADA PACIENTE.
- EL 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 COVID-19, 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: INGRID.ZARAGOZA@IMSS.GOB.MX, CARLOS.NAVARRETE@IMSS.GOB.MX Y MIRIAM.ZUNIGAR@IMSS.GOB.MX

**VIII. RESPONSABILIDADES DEL INSTITUTO:**

a) EL INSTITUTO A TRAVÉS DEL SERVICIO DE (MEDICINA INTERNA O NEFROLOGÍA), ENVIARÁ AL PACIENTE CON SOLICITUD DE SUBROGACIÓN (**4-30-2/03**) DEBIDAMENTE ACREDITADA POR EL DIRECTOR DE LA UNIDAD Y/O SUBDIRECTOR MÉDICO Y JEFE DE SERVICIO, CON RESUMEN MÉDICO, CON VIGENCIA ACTUALIZADA Y LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS DE LABORATORIO Y GABINETE SIGUIENTES: BIOMETRÍA HEMÁTICA COMPLETA, PRUEBAS DE COAGULACIÓN, QUÍMICA SANGUÍNEA GLUCOSA, UREA Y CREATININA, ÁCIDO ÚRICO, SODIO, POTASIO, CALCIO, FÓSFORO TGO, TGP, PROTEÍNAS TOTALES, ALBÚMINA PANEL DE HEPATITIS B Y C, VIH Y PLACA DE TÓRAX.

b) EL INSTITUTO SERÁ RESPONSABLE DE EXTENDER LAS RECETAS DE MEDICAMENTOS, INCAPACIDADES, SOLICITUDES DE INTERCONSULTA, DE LABORATORIO Y GABINETE EN CASO NECESARIO PARA CADA PACIENTE INCLUIDO EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA MATERIA DEL PRESENTE DOCUMENTO.

c) EL INSTITUTO, RATIFICARÁ LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO DE CADA PACIENTE, A TRAVÉS DE LA VERIFICACIÓN DE LA VIGENCIA DE DERECHOS ACTUALIZADA.

d) EL INSTITUTO DARÁ CONTINUIDAD A LA ATENCIÓN DE COMPLICACIONES PROPIAS DE LA HEMODIÁLISIS DE CADA PACIENTE, QUE HAYA REQUERIDO TRASLADO DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA A LA UNIDAD HOSPITALARIA DEL INSTITUTO.

e) A TRAVÉS DE PERSONAL AUTORIZADO POR EL INSTITUTO, REALIZARÁ VISITAS DE SUPERVISIÓN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, A EFECTO DE VERIFICAR LA DEBIDA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN FORMA INTEGRAL, ININTERRUMPIDA A LO DESCRITO EN EL **ANEXO T4 (T-CUATRO)** CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, DEL PRESENTE DOCUMENTO.

f) PARA PACIENTES SERONEGATIVOS APLICAR VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B CON DOBLE DOSIS AL INGRESAR AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, EN CASO DE NO TENERLA Y COMPLETAR SU ESQUEMA DE VACUNACIÓN.

g) PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSIÓN EN CASO NECESARIO Y PREVIA VALORACIÓN MÉDICA.

h) EN EL CASO DE LOS ACCESOS VASCULARES EL INSTITUTO SERÁ RESPONSABLE DE ENVIAR AL PACIENTE A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CON UN ACCESO VASCULAR TEMPORAL O DEFINITIVO FUNCIONAL.

**IX. RESPONSABILIDADES DE EL PROVEEDOR :**

***1.*** PRESTAR EL SERVICIO SUBROGADO DE HEMODIÁLISIS EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS EN EL 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 DE LA CONVOCATORIA DE LA CUAL DERIVA EL PRESENTE CONTRATO.

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 CARDIACAS, ENFERMEDAD CEREBRAL VASCULAR EN FASE DE INSTALACIÓN Y CUALQUIER OTRA EVENTUALIDAD AGUDA QUE COMPROMETA LA INTEGRIDAD Y ESTABILIDAD HEMODINÁMICA DEL PACIENTE.

- COMPLICACIONES DEL ACCESO VASCULAR TEMPORAL QUE SE DERIVEN:

- 1.- DE LA MANIPULACIÓN DEL CATÉTER.
- 2.- DISFUNCIÓN INHERENTE DEL CATÉTER.
- 3.- GENERADAS DURANTE EL PROCESO DE HEMODIÁLISIS.

- COMPLICACIONES DEL ACCESO VASCULAR DEFINITIVO QUE SE DERIVEN:

- 1.- DE LA MANIPULACIÓN O CATETERIZACIÓN.
- 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 BRINDADO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

   - UN RESUMEN CLÍNICO DEL CASO;
   - DETALLE DE LA COMPLICACIÓN;
   - ATENCIÓN QUE SE BRINDÓ, Y
   - RESULTADOS OBTENIDOS, CON OBJETO DE DAR CONTINUIDAD AL TRATAMIENTO.

   LA LLAMADA TELEFÓNICA PERMITIRÁ EL TRASLADO INMEDIATO DEL PACIENTE ESTABILIZADO EN AMBULANCIA DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA AL HOSPITAL CORRESPONDIENTE.

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.

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 DE EL PROVEEDOR ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DESDE EL PUNTO DE VISTA BACTERIOLÓGICO Y QUÍMICO, CONFORME A LA NOM-003-SSA3-2016 "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)

**X. CANTIDAD DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS REQUERIDAS:**

LA CANTIDAD MÍNIMA Y MÁXIMA DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS A CONTRATAR POR LOCALIDAD SE ESTABLECE EN EL ANEXO **T1** (T-UNO) DEL PRESENTE DOCUMENTO, PARA UN PERÍODO DE CONTRATACIÓN A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2022 HASTA EL 31 DE ENERO DE 2022.

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

**PERSONAL**

- DEBERÁ AJUSTARSE A LO DESCRITO EN LA NOM-003-SSA3-2016 "PARA LA PRÁCTICA DE HEMODIÁLISIS", PARTICULARMENTE A LO DESCRITO EN LOS NUMERALES 5.2.1.2. Y 5.2.1.3. 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 COVID-19, 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-SSA3-2016 PARA LA PRÁCTICA DE HEMODIÁLISIS EN SUS NUMERALES 5.1, 5.3 Y DERIVADOS, Y 5.6.

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

a) EL ÁREA PARA CADA ESTACIÓN DE HEMODIÁLISIS DEBERÁ SER DE POR LO MENOS 1.5 X 2.0 MTS
b) CONSULTORIO,
c) ÁREA DE RECEPCIÓN DE FÁCIL ACCESO A LOS PACIENTES,
d) CENTRAL DE ENFERMERAS,
e) ALMACÉN,
f) ÁREA DE PRELAVADO Y DE TRATAMIENTO DE AGUA.
g) SANITARIOS PARA PACIENTES, DIFERENCIADO PARA HOMBRES Y MUJERES.
h) SANITARIOS PARA PERSONAL DE LA UNIDAD,
i) CUARTO SÉPTICO,
j) ÁREA ADMINISTRATIVA,
k) SALA DE PROCEDIMIENTOS (EN CASO DE NO ENCONTRARSE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DENTRO DE UN HOSPITAL). AL MENOS DEBERÁ CONTAR CON LO DESCRITO EN LOS ESTÁNDARES DE ESTRUCTURA PARA LA

AUTOEVALUACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE HEMODIÁLISIS VIGENTES EMITIDOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL VIGENTES.

l) INSTALACIONES Y ACCESORIOS PROPIOS PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON CAPACIDADES DIFERENTES Y

m) SALA DE ESPERA.

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

**B. CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO Y DE LOS BIENES DE CONSUMO**

- EL PROVEEDOR DEBERÁ AJUSTARSE A LO DESCRITO EN LA NOM-003-SSA3-2016 "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 COVID-19, 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.

    - NO DEBERÁN CONTENER LEYENDAS "ONLY EXPORT" NI "ONLY INVESTIGATION", SER MODELOS DESCONTINUADOS O DE USO NO AUTORIZADO EN EL PAÍS DE ORIGEN, CONTAR CON ALERTAS MÉDICAS TIPO I Y II QUE SEAN RECONOCIDAS POR ORGANISMOS INTERNACIONALES Y POR LAS OOAD DE LOS MINISTERIOS DE SALUD DE CADA PAÍS DE ORIGEN DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS.

    - EN EL CASO DE QUE LOS EQUIPOS HAYAN PRESENTADO ALERTA MÉDICA EL 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.

a) MATERIAL ESTÉRIL NECESARIO PARA CONEXIÓN Y DESCONEXIÓN DE FÍSTULA O CATÉTER.

PARA CORROBORAR EL CUMPLIMIENTO DE DICHAS CARACTERÍSTICAS, DEBERÁ PRESENTAR FOLLETOS, CATÁLOGOS, INSTRUCTIVOS Y, EN SU CASO, FOTOGRAFÍAS DE LOS EQUIPOS NECESARIOS EN IDIOMA ESPAÑOL Y DEBIDAMENTE REFERENCIADOS.

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

**C. REQUISITOS DEL AGUA A UTILIZAR EN HEMODIÁLISIS**

DEBERÁ APEGARSE A LO DESCRITO EN EL PUNTO 5.3.1.7. Y EL APÉNDICE NORMATIVO "A" DE LA NOM-003-SSA3-2016 "PARA LA PRÁCTICA DE HEMODIÁLISIS", ASÍ COMO LO PREVISTO EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

ES RESPONSABILIDAD DE EL PROVEEDOR ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DESDE EL PUNTO DE VISTA BACTERIOLÓGICO Y QUÍMICO, CONFORME A LA NOM-003-SSA3-2016 "PARA LA PRÁCTICA DE LA HEMODIÁLISIS" Y LAS RECOMENDACIONES DE LA AMMI CONSIDERADAS EN LA NORMA CITADA Y SIENDO OBLIGATORIO CONTAR CON EL REPORTE ORIGINAL DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS REALIZADAS POR UN LABORATORIO ACREDITADO, ANTES DEL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y EN OPERACIÓN CON LA PERIODICIDAD BIMESTRAL PARA EL ANÁLISIS DE CONTAMINANTES BIOLÓGICOS QUE DEBERÁN REALIZARSE A LA PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA, ASÍ COMO MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS Y AL MENOS UNA VEZ AL AÑO PARA CONTAMINANTES QUÍMICOS.

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

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

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

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

EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO Y EL PRESTADOR DEL SERVICIO DETERMINARÁN EN CONJUNTO, LAS FECHAS EN QUE EL PRESTADOR DE SERVICIO DEBERÁ ENTREGAR COPIA SIMPLE DE LOS REPORTES ORIGINALES DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL AGUA, PRESENTANDO LOS ORIGINALES DE 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 DEL PRESENTE DOCUMENTO, CON EL OBJETO DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES REQUERIDAS Y DE LA NOM-003-SSA3-2016 "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 :**

b) 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).

c) LICENCIA SANITARIA Y/O AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO ANTE LA COFEPRIS ACTUALIZADO DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DE HEMODIÁLISIS.

d) 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.

e) 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.

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

g) 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.

## XII. 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 EL PROVEEDOR , EN LA PÁGINA DE INTERNET HTTP://COMPRAS.IMSS.GOB.MX/?P=PROVINFO

COMO ELEMENTO ADICIONAL, EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE EL 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.

EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR COMO PARTE DE SU PROPUESTA TÉCNICA UNA CARTA COMPROMISO DE QUE ESTÁ ENTERADO DE LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y SE COMPROMETE A CUMPLIR CON EL APARTADO PUESTA A PUNTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ESTE DOCUMENTO DE ACUERDO CON EL ANEXO **TI1** (TI UNO) SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7.

**XIII. 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.

**XIV. CERTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN**

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

EL 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 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" DE LA CONVOCATORIA DE LA CUALDERIVA EL PRESENTE CONTRATO.

**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 DE EL PROVEEDOR ACTIVARÁ LOS SUPUESTOS DE PENAS CONVENCIONALES Y/O DEDUCCIONES ESTABLECIDAS EN LOS CONTRATOS.

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 DE EL 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.

**XV. 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.

**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 EL ANEXO TI5 (TI CINCO) (ETIMSS), 5640-023-004 ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DEL

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE HEMODIÁLISIS EXTRAMUROS (INCLUYENDO LA VALIDACIÓN DEL BIOMÉTRICO) Y ENVIADAS A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO.

**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, DELEGACIÓN O UMAE, CON APEGO A LO DESCRITO EN EL ANEXO T4 (T-CUATRO) CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DE LA CONVOCATORIA DE LA CUAL DERIVA ESTE CONTRATO, 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 DELEGACIONES 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 LA CONVOCATORIA ORIGEN DE ESTE CONTRATO.

**"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 DE LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-003-SSA3-2016<br><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-SSA3-2016 |
| 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-SSA3-2016 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-SSA3-2016 |
| 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 |

**QUINTA.- VIGENCIA.-** LAS PARTES CONVIENEN QUE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO COMPRENDERÁ DEL **01 DE ENERO 2022 Y HASTA EL 31 DE ENERO DE 2022.**

**SEXTA.- TRANSFERENCIA DE DERECHOS DE COBRO. "EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A NO TRANSFERIR O CEDER POR NINGÚN TÍTULO, EN FORMA TOTAL O PARCIAL, A FAVOR DE CUALQUIER OTRA PERSONA FÍSICA O MORAL, SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO; A EXCEPCIÓN DE LOS DERECHOS DE COBRO, DEBIENDO EN ESTE CASO, SOLICITAR POR ESCRITO EL CONSENTIMIENTO DE **"EL INSTITUTO"** , PARA TAL EFECTO.

**"EL PROVEEDOR"** DEBERÁ PRESENTAR LA SOLICITUD CORRESPONDIENTE DENTRO DE LOS 5 (CINCO) DÍAS NATURALES ANTERIORES A LA FECHA DE PAGO PROGRAMADA, A LA QUE DEBERÁ ADJUNTAR UNA COPIA DE LOS CONTRA-RECIBOS CUYO IMPORTE TRANSFIERE, Y DEMÁS DOCUMENTOS SUSTANTIVOS DE DICHA TRANSFERENCIA, LO CUAL SERÁ NECESARIO PARA EFECTUAR EL PAGO CORRESPONDIENTE.

SI CON MOTIVO DE LA TRANSFERENCIA DE LOS DERECHOS DE COBRO SOLICITADA POR **"EL PROVEEDOR"** SE ORIGINA UN RETRASO EN EL PAGO, NO PROCEDERÁ EL PAGO DE LOS GASTOS FINANCIEROS A QUE HACE REFERENCIA EL ARTÍCULO 51 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

**SÉPTIMA.- 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, LLEGUE A CAUSAR A **"EL INSTITUTO"** Y/O A TERCEROS, CON MOTIVO DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS EN ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 53 SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

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

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

"EL PROVEEDOR" 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" PODRÁ SOLICITAR A "EL INSTITUTO" A TRAVÉS DEL (DEPARATAMENTO DE PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y TRAMITE DE EROGACIONES), POR ESCRITO Y PREVIO AL COBRO DE CUALQUIER FACTURA, QUE DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 40 B ÚLTIMO PÁRRAFO DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, EN EL SUPUESTO QUE DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO, SE GENEREN CUENTAS POR LIQUIDAR A SU CARGO, LIQUIDAS Y EXIGIBLES A FAVOR DE "EL INSTITUTO", LE SEAN APLICADOS COMO DESCUENTO EN LOS RECURSOS QUE LE CORRESPONDA PERCIBIR CON MOTIVO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, CONTRA LOS ADEUDOS QUE, EN SU CASO, TUVIERA POR CONCEPTO DE CUOTAS OBRERO PATRONALES.

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

POR LO ANTERIOR, "EL 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 DE LA PROPIEDAD INDUSTRIAL.

EN CASO DE QUE SOBREVINIERA ALGUNA RECLAMACIÓN EN CONTRA DE "EL INSTITUTO" POR CUALQUIERA DE LAS CAUSAS ANTES MENCIONADAS, LA ÚNICA OBLIGACIÓN DE ÉSTE SERÁ LA DE DAR AVISO EN EL DOMICILIO PREVISTO EN 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 DE CARÁCTER CIVIL, MERCANTIL, PENAL O ADMINISTRATIVA QUE, EN SU CASO, SE OCASIONE.

**DÉCIMA.- GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.- "EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A ENTREGAR A **"EL INSTITUTO"** , DENTRO DE UN PLAZO DE 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA FIRMA DE ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO, UNA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO, MEDIANTE FIANZA EXPEDIDA POR COMPAÑÍA AUTORIZADA EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS A FAVOR DEL "INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL", POR UN MONTO EQUIVALENTE AL 10% (DIEZ POR CIENTO) DEL MONTO MÁXIMO A EROGAR EN EL EJERCICIO FISCAL DE QUE

SE TRATE Y DEBERÁ SER RENOVADA PARA CADA UNO DE LOS EJERCICIOS FISCALES, CONSIDERANDO EL MONTO MÁXIMO QUE SE EJERCERÁ EN EL MISMO, LA CUAL DEBERÁ PRESENTARSE A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS PRIMEROS 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES DEL EJERCICIO QUE CORRESPONDA.

**"EL PROVEEDOR"** QUEDA OBLIGADO A ENTREGAR A **"EL INSTITUTO"** LA PÓLIZA DE FIANZA, APEGÁNDOSE AL FORMATO QUE SE INTEGRA AL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO COMO **ANEXO 6 (SEIS)** EN LA COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DE LA DELEGACION VERACRUZ NORTE, UBICADA EN LA CALLE BELISARIO DOMINGUEZ NÚMERO 15, COLONIA ADALBERTO TEJEDA, CÓDIGO POSTAL 91070 EN XALAPA, VERACRUZ.

DICHA PÓLIZA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO SE LIBERARÁ DE FORMA INMEDIATA A **"EL 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 A "EL PROVEEDOR", SIEMPRE QUE DEMUESTRE HABER CUMPLIDO CON LA TOTALIDAD DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO, PARA LO CUAL DEBERÁ PRESENTAR MEDIANTE ESCRITO LA SOLICITUD DE LIBERACIÓN DE LA FIANZA EN LA COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DE LA DELEGACION VERACRUZ NORTE, UBICADA EN LA CALLE BELISARIO DOMINGUEZ NÚMERO 15, COLONIA ADALBERTO TEJEDA, CÓDIGO POSTAL 91070 EN XALAPA, VERACRUZ, MISMA QUE LLEVARÁ A CABO EL PROCEDIMIENTO PARA SU LIBERACIÓN Y ENTREGA.

**DÉCIMA PRIMERA.- EJECUCIÓN DE LA PÓLIZA DE FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO.- "EL INSTITUTO"** LLEVARÁ A CABO LA EJECUCIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN LOS CASOS SIGUIENTES:

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

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 81 FRACCIÓN II DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, LA APLICACIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO SE HARÁ EFECTIVA POR EL MONTO TOTAL DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA.

**DÉCIMA SEGUNDA.- PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.- "EL INSTITUTO"** APLICARÁ UNA PENA CONVENCIONAL POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO EN EL INICIO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, EQUIVALENTE AL 2.5% (DOS PUNTO CINCO POR CIENTO), SOBRE EL VALOR TOTAL DE LO INCUMPLIDO, SIN CONSIDERAR EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO, EN CADA UNO DE LOS SUPUESTOS SIGUIENTES:

| 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-SSA3-2016 | POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO EN LA ENTREGA DEL REPORTE RESULTADOS DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM 003-SSA3-2010 | 2.5% DIARIO SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL SIN INCLUIR EL IVA | JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD O JEFE DE SERVICIO O DIRECTOR MÉDICO EN UMAE | JEFE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS O DIRECTOR ADMINISTRATIVO |

| CONCEPTO | UNIDAD DE MEDIDA | PENALIZACIÓN | RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO | ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENA |
|---|---|---|---|---|
| LA UNIDAD EN FUNCIONAMIENTO, DEBERÁ CONTAR CON UN RESULTADO DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO. | | | | |
| REPORTE ORIGINAL POR UN LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-003-SSA3-2016 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 | 2.5% DIARIO SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL SIN INCLUIR EL IVA | JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD O JEFE DE SERVICIO O DIRECTOR MÉDICO EN UMAE | JEFE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS O DIRECTOR ADMINISTRATIVO |
| 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 RESPONSABLE CON SUS DATOS<br>a) DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE<br>b) SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD | 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 ADMINISTRATIVOS O DIRECTOR ADMINISTRATIVO |
| INSTALACIÓN Y PUESTA | POR CADA DÍA | 2.5% DIARIO | DIVISIÓN DE | JEFE DE SERVICIOS |

| CONCEPTO | UNIDAD DE MEDIDA | PENALIZACIÓN | RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO | ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENA |
|---|---|---|---|---|
| EN OPERACIÓN, DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS NECESARIOS PARA EL OTORGAMIENTO DE DEL SERVICIO | NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO DE LOS 45 (CUARENTA Y CINCO) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL FALLO. | SOBRE EL VALOR QUE REPRESENTA EL COSTO DE LAS SESIONES SOLICITADAS EN EL MES DE INCIDENCIA, SIN INCLUIR EL IVA. | SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO DIGITAL DE LA SALUD (DSDICDS), COORDINADOR DELEGACIONAL DE INFORMÁTICA O JEFE DE DIVISIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA | ADMINISTRATIVOS O DIRECTOR ADMINISTRATIVO |
| 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. | 1.5%, SOBRE EL VALOR QUE REPRESENTA EL COSTO DE LAS SESIONES REALIZADAS EN MES DE INCIDENCIA, SIN INCLUIR EL IVA. | DIVISIÓN DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO DIGITAL DE LA SALUD (DSDICDS) | JEFE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS O DIRECTOR ADMINISTRATIVO |
| 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 | 2.5% DIARIO SOBRE EL VALOR TOTAL DE LOS SESIONES OTORGADAS, NO REGISTRADAS Y NO TRANSMITIDAS EN EL LAPSO ESTABLECIDO A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO, SIN INCLUIR EL IVA. | COORDINADOR DELEGACIONAL DE INFORMÁTICA (CDI) O JEFE DE DIVISIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA | JEFE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS O DIRECTOR ADMINISTRATIVO |

LA PENA CONVENCIONAL POR ATRASO, SE CALCULARÁ POR CADA DÍA DE INCUMPLIMIENTO, DE ACUERDO CON EL PORCENTAJE DE PENALIZACIÓN ESTABLECIDO, APLICADO AL VALOR DEL SERVICIO PRESTADO CON ATRASO, LA QUE NO DEBERÁ DE SER MAYOR A LA PARTE PROPORCIONAL DEL IMPORTE DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE LA PARTIDA O CONCEPTO, SEGÚN 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 PROVEEDOR 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.

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

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

EN NINGÚN CASO LAS DEDUCCIONES PODRÁN NEGOCIARSE EN ESPECIE.

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

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

| CONCEPTO | NIVELES DE SERVICIO | UNIDAD DE MEDIDA PARA LA DEDUCCIÓN | DEDUCCIÓN | LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO 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 5% SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL MÁS EL IVA, CUANDO OCURRA QUE A ALGÚN PACIENTE(S) NO SE LE HAYA REALIZADO EL CAMBIO. | EL LÍMITE DE LA DEDUCCIÓN SERÁ DE HASTA EL 10% DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO | JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD O JEFE DE SERVICIO O DIRECTOR MÉDICO EN UMAE | JEFE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS O DIRECTOR MEDICO |
| 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-SSA3-2016 | RESULTADOS DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO DENTRO DE LOS PARÁMETROS SOLICITADOS POR LA NOM-003-SSA3-2016 | CUMPLIR CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA CALIDAD DEL AGUA DE ACUERDO CON LA NOM-003-SSA3-2016 | 5% SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL MÁS IVA. | EL LÍMITE DE LA DEDUCCIÓN SERÁ DE HASTA EL 10% DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO | JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD O JEFE DE SERVICIO O DIRECTOR MÉDICO EN UMAE | JEFE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS O DIRECTOR ADMINISTRATIVO |

| 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 UNIDAD EN FUNCIONAMIENTO, DEBERÁ CONTAR CON UN RESULTADO DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO. | | | | | | |
| REPORTE ORIGINAL POR UN LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-003-SSA3-2016 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-SSA3-2016 | CUMPLIR CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA CALIDAD DEL AGUA DE ACUERDO CON LA NOM 003-SSA3-2010 Y LAS RECOMENDACIONES DE LA AAMI. | 5% SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL MÁS IVA | EL LÍMITE DE LA DEDUCCIÓN SERÁ DE HASTA EL 10% DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO | JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD O JEFE DE SERVICIO O DIRECTOR MÉDICO EN UMAE | JEFE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS O DIRECTOR MEDICO |
| DOTACIÓN DEL MISMO NÚMERO DE CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES QUE FUERON COLOCADOS A PACIENTES REFERIDOS A SUBROGACIÓN EL MES INMEDIATO ANTERIOR MÁS 2(DOS) CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES COMO LO SOLICITE EL JEFE DE SERVICIO | DOTACIÓN DEL MISMO NÚMERO DE CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES QUE FUERON COLOCADOS A PACIENTES REFERIDOS A SUBROGACIÓN EL MES INMEDIATO ANTERIOR MÁS 2(DOS) CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES COMO LO SOLICITE EL JEFE DE SERVICIO | POR CADA DÍA NATURAL A PARTIR DE LA FECHA EN QUE DEBIÓ SER ENTREGADA LA TOTALIDAD DE DOTACIÓN DE CATÉTERES. | 2.5% DIARIO, SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL SIN INCLUIR IVA | EL LÍMITE DE LA DEDUCCIÓN SERÁ DE HASTA EL 10% DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO MÉDICO | JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD O JEFE DE SERVICIO O DIRECTOR MÉDICO EN UMAE | JEFE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS O MEDICO |

**"EL INSTITUTO"** DESCONTARÁ LAS CANTIDADES POR CONCEPTO DE DEDUCTIVAS DE LA FACTURA QUE EL PROVEEDOR PRESENTE PARA SU COBRO.

**DÉCIMA CUARTA.- FORMA Y TÉRMINOS EN QUE SE REALIZARÁ LA VERIFICACIÓN DEL SERVICIO Y LA ACEPTACIÓN DEL MISMO:** EL SERVICIO CONTRATADO SE VERIFICARÁ DE CONFORMIDAD CON LO DETALLADO EN LAS CÉDULAS DE "VERIFICACIÓN DE LAS INSTALACIONES EN LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADAS" Y DE "SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA".

**DÉCIMA QUINTA.- SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL CONTRATO: "LAS PARTES"** ACUERDAN QUE, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 55 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, CUANDO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SE PRESENTE CASO FORTUITO O DE FUERZA MAYOR, **"EL INSTITUTO"** BAJO SU RESPONSABILIDAD PODRÁ SUSPENDER LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, PREVIO DICTAMEN QUE AL EFECTO ELABORE EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, EN TÉRMINOS DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 102 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, EN CUYO CASO ÚNICAMENTE SE PAGARÁN AQUELLOS QUE HUBIESEN SIDO EFECTIVAMENTE PRESTADOS.

CUANDO LA SUSPENSIÓN OBEDEZCA A CAUSAS IMPUTABLES A **"EL INSTITUTO"** SE PAGARÁN PREVIA SOLICITUD DE **"EL PROVEEDOR"** LOS GASTOS NO RECUPERABLES DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 102 FRACCION II, DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, PARA LO CUAL DEBERÁ PRESENTAR SU SOLICITUD EN UN PLAZO MÁXIMO DE UN MES CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA SUSPENSIÓN DEL SERVICIO A **"EL INSTITUTO"** PARA SU REVISIÓN Y VALIDACIÓN, CON UNA RELACIÓN PORMENORIZADA DE LOS GASTOS, LOS CUALES DEBERÁN ESTAR DEBIDAMENTE JUSTIFICADOS, SEAN RAZONABLES, SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON EL OBJETO DEL SERVICIO CONTRATADO Y A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.

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

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

**DÉCIMA SÉPTIMA.- CAUSALES DE RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO.- "EL INSTITUTO"** PODRÁ RESCINDIR ADMINISTRATIVAMENTE ESTE CONTRATO SIN MÁS RESPONSABILIDAD PARA EL MISMO Y SIN NECESIDAD DE RESOLUCIÓN JUDICIAL, CUANDO **"EL PROVEEDOR"** INCURRA EN CUALQUIERA DE LAS CAUSALES SIGUIENTES:

1. CUANDO NO ENTREGUE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, DENTRO DEL TÉRMINO DE 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA FIRMA DEL MISMO O BIEN NO SE ENTREGUE LA RENOVACIÓN PARA CADA UNO DE LOS EJERCICIOS FISCALES RESPECTIVOS, A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS PRIMEROS 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES DEL EJERCICIO QUE CORRESPONDA, O EN SU CASO, LA MODIFICACIÓN DE LA GARANTÍA, CON MOTIVO DE LA MODIFICACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO.

2. CUANDO EL PROVEEDOR INCURRA EN FALTA DE VERACIDAD TOTAL O PARCIAL RESPECTO A LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA PARA LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO.

3. CUANDO EXISTA LA PERDIDA DE LA CERTIFICACIÓN EN ALGUNO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIOS Y/O DE HEMODIÁLISIS PRIVADOS, CON LOS CUALES OFRECE SERVICIOS A **"EL INSTITUTO"**.

4. CUANDO OBTENGA UN DICTAMEN DE "NO CERTIFICADO" EN ALGUNO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIOS Y/O DE HEMODIÁLISIS PRIVADOS, CON LOS CUALES OFRECE SERVICIOS A **"EL INSTITUTO"**.

5. EN CASO DE QUE DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO LA RENOVACIÓN DE LOS REGISTROS SANITARIOS NO RESULTE FAVORABLE POR LA AUTORIDAD SANITARIA; O BIEN, SE RECIBA COMUNICADO POR PARTE DE LA COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS (COFEPRIS), EN EL SENTIDO DE QUE **"EL PROVEEDOR"** HA SIDO SANCIONADO, O SE LE HAN REVOCADO LOS REGISTROS SANITARIOS CORRESPONDIENTE.

6. CUANDO SE INCUMPLA, TOTAL O PARCIALMENTE, CON CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN LA CONVOCATORIA ORIGEN DE ESTE CONTRATO Y SUS ANEXOS, ASÍ COMO LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO.

7. CUANDO SE COMPRUEBE QUE **"EL PROVEEDOR"** HAYA PRESTADO EL SERVICIO CON ALCANCES Y CARACTERÍSTICAS DISTINTAS A LAS PACTADAS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

8. CUANDO SE COMPRUEBE QUE EL PROVEEDOR HAYA ENTREGADO BIENES CON DESCRIPCIONES Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DISTINTAS A LAS ACEPTADAS EN ESTE PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN.

9. CUANDO SE TRANSMITAN TOTAL O PARCIALMENTE, BAJO CUALQUIER TÍTULO, LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES A QUE SE REFIEREN LA CONVOCATORIA ORIGEN DE ESTE CONTRATO, CON EXCEPCIÓN DE LOS DERECHOS DE COBRO, PREVIA AUTORIZACIÓN DEL INSTITUTO.

10. SI LA AUTORIDAD COMPETENTE DECLARA EL CONCURSO MERCANTIL O CUALQUIER SITUACIÓN ANÁLOGA O EQUIVALENTE QUE AFECTE EL PATRIMONIO DEL PROVEEDOR.

11. CUANDO LOS BIENES ENTREGADOS NO PUEDAN FUNCIONAR O SER UTILIZADOS POR ESTAR INCOMPLETOS.

12. EN LOS SUPUESTOS DE QUE LA COMISIÓN FEDERAL DE COMPETENCIA, DE ACUERDO A SUS FACULTADES, NOTIFIQUE AL INSTITUTO LA SANCIÓN IMPUESTA AL PROVEEDOR, CON MOTIVO DE LA COLUSIÓN DE PRECIOS EN QUE HUBIESE INCURRIDO DURANTE EL PROCEDIMIENTO, EN CONTRAVENCIÓN A LO DISPUESTO EN LA LEY FEDERAL DE COMPETENCIA ECONÓMICA Y LAS DISPOSICIONES REGULATORIAS DE LA LFCE, ASÍ COMO EL ARTÍCULO 34, DE LA LAASSP.

13. CUANDO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO NO CUMPLA CON LOS PUNTOS QUE SE EVALÚAN EN LA CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA.

14. CUANDO LA AUTORIDAD FACULTADA COMPRUEBE LA PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS ALTERADOS, O APÓCRIFOS.

15. POR UBICARSE EN LOS LÍMITES DE INCUMPLIMIENTO PREVISTOS EN LAS CLÁUSULAS DÉCIMA SEGUNDA Y DÉCIMA TERCERA DEL PRESENTE CONTRATO.

16. CUANDO ALGUNO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MEDICA HOSPITALARIOS Y/O DE HEMODIÁLISIS PRIVADOS NO CERTIFICADO" ADJUDICADO, NO ENTREGUE,EN EL PLAZO NO MAYOR A SEIS MESES CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, COPIA SIMPLE DEL ACUSE DE RECIBO DE LA SOLICITUD DEL TRAMITE DE CERTIFICACIÓN ANTE EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL.

**DÉCIMA OCTAVA.- RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO.- "EL INSTITUTO",** EN TÉRMINOS DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 54 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, PODRÁ RESCINDIR ADMINISTRATIVAMENTE EL PRESENTE CONTRATO EN CUALQUIER MOMENTO, CUANDO "EL PROVEEDOR", INCURRA EN INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO, DE CONFORMIDAD CON EL PROCEDIMIENTO SIGUIENTE:

A) SI **"EL INSTITUTO"** CONSIDERA QUE "EL PROVEEDOR", HA INCURRIDO EN ALGUNA DE LAS CAUSALES DE RESCISIÓN QUE SE CONSIGNAN EN LA CLÁUSULA QUE ANTECEDE, LO HARÁ SABER A "EL PROVEEDOR", DE

FORMA INDUBITABLE POR ESCRITO, A EFECTO DE QUE ÉSTE EXPONGA LO QUE A SU DERECHO CONVENGA Y APORTE, EN SU CASO, LAS PRUEBAS QUE ESTIME PERTINENTES, EN UN TÉRMINO DE 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES, A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DE LA COMUNICACIÓN DE REFERENCIA.

B) TRANSCURRIDO EL TÉRMINO A QUE SE REFIERE EL INCISO ANTERIOR, SE RESOLVERÁ CONSIDERANDO LOS ARGUMENTOS Y PRUEBAS QUE HUBIERE HECHO VALER.

C) LA DETERMINACIÓN DE DAR O NO POR RESCINDIDO ADMINISTRATIVAMENTE EL PRESENTE CONTRATO, DEBERÁ SER DEBIDAMENTE FUNDADA, MOTIVADA Y COMUNICADA POR ESCRITO A "EL PROVEEDOR", DENTRO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES, AL VENCIMIENTO DEL PLAZO SEÑALADO EN EL INCISO A) DE ESTA CLÁUSULA.

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

EN CASO DE QUE **"EL INSTITUTO"** , DETERMINE DAR POR RESCINDIDO EL PRESENTE CONTRATO, SE DEBERÁ FORMULAR Y NOTIFICAR UN FINIQUITO DENTRO DE LOS 20 (VEINTE) DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE SE NOTIFIQUE LA RESCISIÓN, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 99 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS, Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, EN EL QUE SE HAGAN CONSTAR LOS PAGOS QUE, EN SU CASO, DEBA EFECTUAR **"EL INSTITUTO"** , POR CONCEPTO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR "EL PROVEEDOR", HASTA EL MOMENTO EN QUE SE DETERMINE LA RESCISIÓN ADMINISTRATIVA.

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", PRESTA LOS SERVICIOS, EL PROCEDIMIENTO INICIADO QUEDARÁ SIN EFECTOS, PREVIA ACEPTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE **"EL INSTITUTO"**, POR ESCRITO, DE QUE CONTINÚA VIGENTE LA NECESIDAD DE CONTAR CON LOS SERVICIOS Y APLICANDO, EN SU CASO, LAS PENAS CONVENCIONALES CORRESPONDIENTES.

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

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

**DÉCIMA NOVENA.- RELACIÓN LABORAL.- "LAS PARTES"** CONVIENEN EN QUE **"EL INSTITUTO"**, NO ADQUIERE NINGUNA OBLIGACIÓN DE CARÁCTER LABORAL PARA CON "EL PROVEEDOR", NI PARA CON LOS TRABAJADORES QUE EL MISMO CONTRATE PARA LA REALIZACIÓN DEL OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, TODA VEZ QUE DICHO PERSONAL DEPENDE EXCLUSIVAMENTE DE "EL PROVEEDOR".

POR LO ANTERIOR, NO SE LE CONSIDERARÁ A **"EL INSTITUTO"** COMO PATRÓN, NI AÚN SUBSTITUTO, Y "EL PROVEEDOR", EXPRESAMENTE LO EXIME DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DE CARÁCTER CIVIL, FISCAL, DE SEGURIDAD SOCIAL, LABORAL O DE OTRA ESPECIE, QUE EN SU CASO PUDIERA LLEGAR A GENERARSE.

**"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A LIBERAR A **"EL INSTITUTO"** DE CUALQUIER RECLAMACIÓN DE ÍNDOLE LABORAL O DE SEGURIDAD SOCIAL QUE SEA PRESENTADA POR PARTE DE SUS TRABAJADORES, ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.

**VIGÉSIMA.- CONFIDENCIALIDAD.- "LAS PARTES"** CONVIENEN EN CONSIDERAR COMO CONFIDENCIAL TODOS LOS DATOS, CINTAS MAGNÉTICAS, PROGRAMAS DE CÓMPUTO, DISQUETES O CUALQUIER OTRO MATERIAL QUE CONTENGA INFORMACIÓN JURÍDICA, OPERATIVA, TÉCNICA, FINANCIERA O DE ANÁLISIS, REGISTROS, DOCUMENTOS, ESPECIFICACIONES, PRODUCTOS, INFORMES, DICTÁMENES Y DESARROLLO A QUE TENGA ACCESO O QUE LE SEAN PROPORCIONADOS POR **"EL INSTITUTO"** Y QUE SEAN MARCADOS COMO CONFIDENCIAL.

DE IGUAL FORMA SERÁ CONSIDERADA COMO CONFIDENCIAL AQUELLA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR **"EL INSTITUTO"** PARA LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO QUE PRESTE **"EL PROVEEDOR"** Y SEA PROPIEDAD DE **"EL INSTITUTO"**.

POR LO ANTERIOR, **"EL PROVEEDOR"** RECONOCE QUE QUEDA PROHIBIDA SU DIFUSIÓN TOTAL O PARCIAL EN SU FAVOR O DE TERCEROS AJENOS A LA RELACIÓN CONTRACTUAL, POR CUALQUIER MEDIO, ENTRE OTROS DE MANERA ENUNCIATIVA MÁS NO LIMITATIVA: VÍA ORAL, IMPRESA, ELECTRÓNICA, MAGNÉTICA, Y EN GENERAL POR CUALQUIER OTRO MEDIO.

EN ESTE SENTIDO, ACEPTA QUE LA PROHIBICIÓN SEÑALADA EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, COMPRENDE INCLUSIVE, EN FORMA ENUNCIATIVA, QUE NO SE PODRÁ LLEVAR A CABO LA DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN DE **"EL INSTITUTO"** CON FINES DE LUCRO, COMERCIALES, ACADÉMICOS, EDUCATIVOS O PARA CUALQUIER OTRO AJENO AL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, POR LO QUE **"EL PROVEEDOR"** SE RESPONSABILIZA DEL USO Y CUIDADO DE LA INFORMACIÓN.

POR LO EXPUESTO, **"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A LO SIGUIENTE:
MANTENER ABSOLUTA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN A LA CUAL TENGA ACCESO, SIENDO RESPONSABLE DE QUE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DEL PERSONAL ASIGNADO PARA EL DESARROLLO Y OPERACIÓN DEL PROYECTO, RESPETARÁ EL MANEJO CORRECTO DE LA INFORMACIÓN.

TODA LA INFORMACIÓN A QUE TENGA ACCESO EL PERSONAL QUE **"EL PROVEEDOR"** DESIGNE PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MATERIA DEL PRESENTE CONTRATO, ES CONSIDERADA DE CARÁCTER CONFIDENCIAL, POR LO QUE **"EL PROVEEDOR"** DEBERÁ GARANTIZAR QUE POR NINGÚN MOTIVO SE VIOLE NINGUNO DE LOS SIGUIENTES ACUERDOS:
LA INFORMACIÓN DE **"EL INSTITUTO"** Y A LA CUAL TENGA ACCESO EL PERSONAL DE **"EL PROVEEDOR"** NO DEBERÁ SER COPIADA O RESPALDADA EN NINGUNO DE LOS EQUIPOS DEL PERSONAL DE **"EL PROVEEDOR"** SIN AUTORIZACIÓN PREVIA DEL JEFE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS.

EL ACCESO A LA INFORMACIÓN DE **"EL INSTITUTO"** SÓLO PODRÁ SER POR PERSONAL AUTORIZADO DE LA MISMA.
DE NO CUMPLIR CON ALGUNO DE ESTAS ESTIPULACIONES, SE CONSIDERARÁ COMO UNA FALTA AL ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD.

CUALQUIER PERSONA QUE TUVIERE ACCESO A DICHA INFORMACIÓN DEBERÁ SER ADVERTIDA DE LO CONVENIDO EN ESTE CONTRATO, COMPROMETIÉNDOSE A OBSERVAR Y CUMPLIR LO ESTIPULADO EN ESTA CLAUSULA.

**"LAS PARTES"** CONVIENEN EN QUE NO SERÁ CONSIDERADA COMO SUJETA A LAS OBLIGACIONES DE CONFIDENCIALIDAD LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN O INFORMACIÓN:
AQUELLA QUE SEA CONOCIDA PÚBLICAMENTE.
LA QUE HAYA SIDO PUESTA A DISPOSICIÓN DE "LAS PARTES" POR UN TERCERO, ANTES DE LA FECHA DE CELEBRACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO EN FORMA CONFIDENCIAL.

LA QUE HAYA SIDO DESARROLLADA INDEPENDIENTEMENTE O ADQUIRIDA POR CUALQUIERA DE "LAS PARTES" SIN VIOLAR LAS ESTIPULACIONES DEL PRESENTE CONTRATO O LA QUE GENERE O DESARROLLE **"EL PROVEEDOR"** EN SUS CENTROS DE DESARROLLO.

AQUELLA CUYA REVELACIÓN HAYA SIDO APROBADA PREVIAMENTE POR ESCRITO.
LA QUE DE ACUERDO A LA LEY U ORDEN JUDICIAL O ADMINISTRATIVA, DEBA SER SUMINISTRADA A TERCERAS PERSONAS.
EL USO DE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL NO OTORGARA A NINGUNA DE "LAS PARTES" LA TITULARIDAD O DERECHOS DE AUTOR DE LA OTRA.

**"EL PROVEEDOR"** RESPONDERÁ A NOMBRE PROPIO ANTE TODAS LAS AUTORIDADES QUE LE REQUIERAN E INDEMNIZARÁ A **"EL INSTITUTO"** POR LA DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN, CON MOTIVO DE LA VIOLACIÓN A LA OBLIGACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD ESTABLECIDA EN LA PRESENTE CLÁUSULA, CON INDEPENDENCIA DE LAS RESPONSABILIDADES DE CARÁCTER CIVIL, PENAL O DE OTRA ÍNDOLE, HUBIERE INCURRIDO POR DICHA SITUACIÓN.

**VIGÉSIMA PRIMERA.- MODIFICACIONES.-** DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 52 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 91 DE SU REGLAMENTO, **"EL INSTITUTO"** PODRÁ CELEBRAR POR ESCRITO CONVENIO MODIFICATORIO, AL PRESENTE CONTRATO DENTRO DE LA VIGENCIA DEL MISMO. PARA TAL EFECTO, **"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A ENTREGAR, EN SU CASO, LA MODIFICACIÓN DE LA GARANTÍA, EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 103 FRACCIÓN II DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

**VIGÉSIMA SEGUNDA.- PRÓRROGAS:** POR CASO FORTUITO O DE FUERZA MAYOR, O POR CAUSAS ATRIBUIBLES AL **"EL INSTITUTO"**, SE PODRÁ MODIFICAR EL CONTRATO LA FECHA O PLAZO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. EN ESTE SUPUESTO DEBERÁ FORMALIZARSE CONVENIO MODIFICATORIO RESPECTIVO, NO PROCEDIENDO LA APLICACIÓN DE PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO. TRATÁNDOSE DE CAUSAS IMPUTABLES A "EL INSTITUTO, NO SE REQUERIRÁ DE LA SOLICITUD DE "EL PROVEEDOR".

**VIGÉSIMA TERCERA.- PROPIEDAD INTELECTUAL.-** LA INFORMACIÓN, LOS PROGRAMAS DE CÓMPUTO, LAS BASES DE DATOS Y LOS ARCHIVOS GENERADOS EN LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS, SERÁN PROPIEDAD DE **"EL INSTITUTO"** , LOS CUALES SE CONSERVARÁN EN EL ÁREA SOLICITANTE DONDE SE PRESTÓ EL SERVICIO Y SÓLO PODRÁN SER UTILIZADOS POR UN TERCERO, CON EL CONSENTIMIENTO EXPRESO DE **"EL INSTITUTO"** , Y BAJO LAS DISPOSICIONES DE LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES Y DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.

**VIGÉSIMA CUARTA.- CONCILIACIÓN.-** EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO, **"EL PROVEEDOR"** O **"EL INSTITUTO"** PODRÁN PRESENTAR ANTE EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL DE **"EL INSTITUTO"** SOLICITUD DE CONCILIACIÓN POR DESAVENENCIAS, DERIVADAS DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, CONFORME A LO DISPUESTO POR LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y SU REGLAMENTO.

LA SOLICITUD 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 EL MONTO DEL CONTRATO, SEÑALANDO, EN SU CASO, SOBRE LA EXISTENCIA DE CONVENIOS MODIFICATORIOS, DEBIENDO ADJUNTAR COPIA DE LOS INSTRUMENTOS CONSENSUALES DEBIDAMENTE SUSCRITOS.

**VIGÉSIMA QUINTA.-RELACIÓN DE ANEXOS.-** LOS ANEXOS QUE SE RELACIONAN A CONTINUACIÓN SON RUBRICADOS DE CONFORMIDAD POR "LAS PARTES" Y FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO, COMO SI A LA LETRA SE INSERTAS EN:

| | |
|---|---|
| **ANEXO 1 (UNO)** | **"CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO, ANEXO TECNICO, TERMINOS Y CONDICIONES Y ANEXOS HEMODIÁLISIS SUBROGADA"** |
| **ANEXO 2 (DOS)** | **"PROPUESTA TÉCNICA, PROPUESTA ECONÓMICA (PRECIOS UNITARIOS)"** |
| **ANEXO 3 (TRES)** | **"FORMATO PARA POLIZA DE FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO"** |

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

**PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN.-** EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO, **"EL PROVEEDOR"** O **"EL INSTITUTO"** PODRÁN PRESENTAR ANTE EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN **"EL INSTITUTO"** SOLICITUD DE CONCILIACIÓN POR DESAVENENCIAS, DERIVADAS DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO,

CONFORME A LO DISPUESTO POR LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y SU REGLAMENTO.

LA SOLICITUD 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 EL MONTO DEL CONTRATO, SEÑALANDO, EN SU CASO, SOBRE LA EXISTENCIA DE CONVENIOS MODIFICATORIOS, DEBIENDO ADJUNTAR COPIA DE LOS INSTRUMENTOS CONSENSUALES DEBIDAMENTE SUSCRITOS."

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

PREVIA LECTURA Y DEBIDAMENTE ENTERADAS LAS PARTES DEL CONTENIDO, ALCANCE Y FUERZA LEGAL DEL PRESENTE CONTRATO, EN VIRTUD DE QUE SE AJUSTA A LA EXPRESIÓN DE SU LIBRE VOLUNTAD Y QUE SU CONSENTIMIENTO NO SE ENCUENTRA AFECTADO POR DOLO, ERROR, MALA FE, NI OTROS VICIOS DE LA VOLUNTAD, LO FIRMAN Y RATIFICAN EN TODAS SUS PARTES, POR SEPTUPLICADO, EN LA CIUDAD DE XALAPA VERACRUZ, EL **31 DE DICIEMBRE DE 2021**, QUEDANDO UN EJEMPLAR EN PODER DE **"EL PROVEEDOR"** Y LOS RESTANTES EN PODER DE **"EL INSTITUTO"**.

**"EL INSTITUTO"**
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DRA. MARÍA DE LOURDES CARRANZA BERNAL**
**TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE**

**"EL PROVEEDOR"**
**LOGISTICA MARVIL, S.A. DE C.V.**

**C. JOSE ARTURO MARABOTO MILLAN**
**REPRESENTANTE LEGAL**

**"EL INSTITUTO"**

**POR EL ÁREA CONTRATANTE**

**LIC. ANA LAURA PUIG LAGUNES**
**TITULAR DE LA COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO**

**POR EL ÁREA REQUIRENTE Y ADMINISTRADOR DEL CONTRATO**

**DRA. INGRID ZARAGOZA RUIZ**
**TITULAR DE LA JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS**

**"EL INSTITUTO"**

**POR EL ÁREA TECNICA**

**DR. GILBERTO HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ**
**EN REPRESENTACION DE LA JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS**

**POR EL ÁREA TECNICA**

**DR. ALEJANDRO DE LA BARREDA RAMOS**
**EN REPRESENTACION DE LA JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS**

**POR EL ÁREA TECNICA**

**ING. CHRISTIAN ADÁN FRAGOSO LINARTE**
**TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN Y SERVICIOS GENERALES**

**POR EL ÁREA TECNICA**

**ING. JORGE ÁVALOS LIRA**
**JEFE DE CONSERVACIÓN DE UNIDAD N° 14**

**POR EL ÁREA TECNICA**

**ING. HERNÁN CARBALLO DÍAZ**
**JEFE DE CONSERVACIÓN DE UNIDAD N° 2**

**POR EL ÁREA TECNICA Y ADMINISTRADORA**

**L.I. OBDULIA ARACELI VELASCO ARREGUIN**
**ENCARGADA DE LA COORDINACION DE INFORMATICA**

**ADMINISTRA ESTE CONTRATO**

**ING. RAFAEL ZARATE PEREZ**
**TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS**

**ADMINISTRA ESTE CONTRATO**

**DR. OSCAR BAIZABAL RAMIREZ**
**DIRECTOR MEDICO DEL HGZ 11**

**POR EL ÁREA TECNICA**

**DRA. NORMA ELENA RUÍZ PINEDA**
**EN REPRESENTACION DE LA JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS**

**POR EL ÁREA TECNICA**

**L.A.E. CARLOS ALBERTO NAVARRETE SÁNCHEZ**
**EN REPRESENTACION DE LA JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS**

# ANEXO 1 (UNO)

## "CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO, ANEXO TÉCNICO, TERMINOS Y CONDICIONES Y ANEXOS HEMODIÁLISIS SUBROGADA"

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

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

SOLICITUD: 0000017405 - 2022

| | | |
|---|---|---|
| Dependencia Solicitante: | D0031 | Delegación Veracruz Norte |
| | SEI | Servicios Integrales |
| | 31020020 | M OFNAS. ADMINISTRATIVAS |

Descripción:

Servicio: Hemodiálisis Extramuros

Fecha Impresión: 07/01/2022 Fecha Validación: 07/01/2022

| | Importe | Cuenta | Partida presupuestaria |
|---|---|---|---|
| Total Comprometido (en pesos): | $ 76,129,658.00 | 42061604 | |

| ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 542.9 | 8,258.6 | 12,910.4 | 9,045.4 | 9,057.5 | 7,843.9 | 11,530.4 | 11,617.2 | 5,324.4 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |

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

CERTIFICADO PREVIO

CONTRATO PREI _____
CONTRATO IMSS _____

IMPORTE : $ 76,129,658.00
SETENTA Y SEIS MILLONES CIENTO VEINTINUEVE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS 00/100 MN

LUCIO SANCHEZ AGUILAR
TITULAR DEL DEPTO DE ADQ BIENES Y CONTRATACION SERVS

**ANEXO 2 (DOS)**

## SESIONES PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA

**H.G.Z. N° 11 XALAPA, VER.**

**PRESTADOR DEL SERVICIO:** LOGÍSTICA MÁRVIL, S.A. DE C.V.

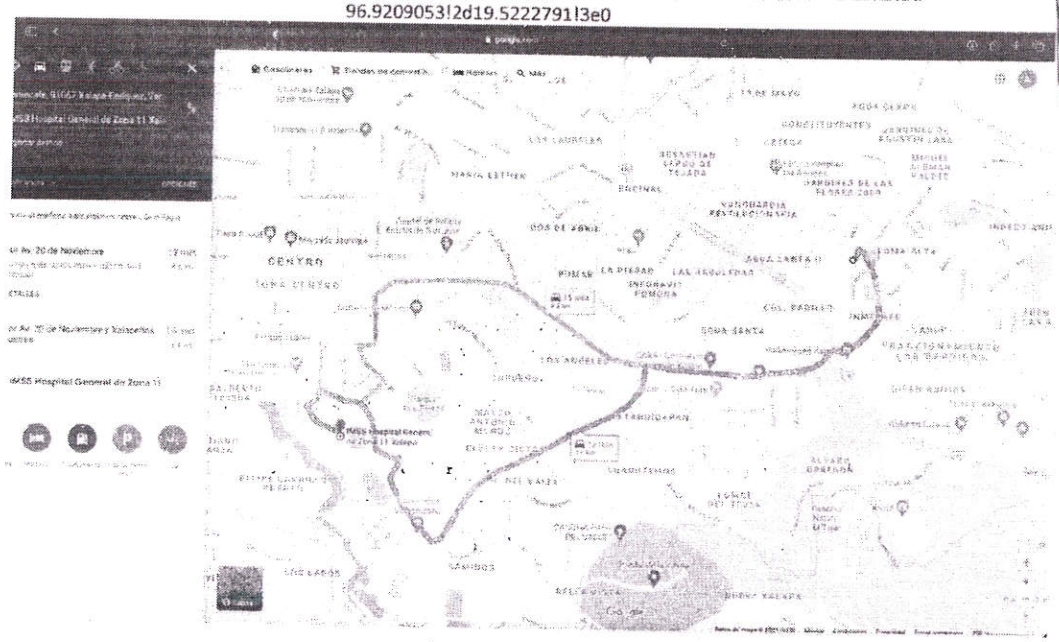
**DERIVA DEL CONTRATO N°:** SEIT21311604-0240

| PRECIO UNITARIO SIN IVA | N° DE SESIONES DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE ENERO DE 2022 | | IMPORTES SIN IVA | |
|---|---|---|---|---|
| | MÍNIMO | MÁXIMO | MÍNIMO | MÁXIMO |
| $1,367.00 | 1,009 | 2,522 | $1,379,303.00 | $3,447,574.00 |
| | | IVA 16% | $220,688.48 | $551,611.84 |
| | | TOTAL | $1,599,991.48 | $3,999,185.84 |

# UBICACIÓN DEL LUGAR DONDE SE PRESTARÁ EL SERVICIO:

**Privada de Tapachula 1, Colonia Badillo, C.P. 91190, Xalapa, Veracruz**

https://www.google.com/maps/dir/19.5304567,-
5.8971042/IMSS+Hospital+General+de+Zona+11+Xalapa,+Nicolás+Bravo,+Zona+Centro,+Centro,+91000+Xalapa-
Enr%C3%ADquez,+Ver./@19.5265969,-
96.9132673,15.6z/data=!4m9!4m8!1m0!1m5!1m1!1s0x85db2df870d20371:0x3453a3e268416f7a!2m2!1d-
96.9209053!2d19.5222791!3e0




**DOMICILIO EN DONDE PRESTARA EL SERVICIO EL PROVEEDOR:**
**PRIVADA DE TAPACHULA NO. 1 LOCAL C, COLONIA BADILLO, C.P. 91190, XALAPA, VER.**

**ANEXO T0 (T-cero) Oferta Técnica**

**Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada**

Licitante:

Unidad de Hemodiálisis Subrogada: LOGISTICA MARVIL S.A. DE C.V.

Domicilio: PRIVADA DE TAPACHULA 1, COLONIA BADILLO

C.P.:91190

Teléfono: 2288188356 Ext:

Municipio/Delegación: XALAPA Estado: VERACRUZ

Horario de Atención: 7 A 21 HORAS LUNES A DOMINGO

Nombre Médico Nefrólogo: JUAN MANUEL ARDAVIN ITUARTE

Número de Cédula Profesional 09184612

| 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) | 273 | Si | No x |
| b)Número de máquinas de Hemodiálisis | Máquinas de Hemodiálisis | | |
| | Total | COVID-19 | Sero positivo | Sero negativo |
| | 32 | 2 | 2 | 28 |

| Equipamiento | Marca (s): | Modelo (s): |
|---|---|---|
| Máquina de Hemodiálisis | NIPRO | DIAMAX |

| | | |
|---|---|---|
| Sistema de tratamiento de agua | EFILPRO | ROSCV |
| Equipo de reprocesamiento automático de dializadores (en caso de usarlo) | NO SE OFERTA | NO SE OFERTA |

| Cuenta con: | |
|---|---|
| Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General (Anexar documento) | No Certificado |
| CERTIFICADO VIGENCIA 3 AÑOS Y EXTENSION 2 AÑOS | CERTIFICADO 3223, EXTENSIÓN 3245 |

**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 |

| 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-SSA3-2016, "Para la práctica de la hemodiálisis". | X | |
| Se cumple con resultados de análisis bacteriológicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2016. | X | |
| Se cumple con resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2016. | 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 | |

| Delegación | Unidad del IMSS | | Distancia (km) | Requerimiento Anexo T1 Sesiones | Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo y Número | Localidad | | Máximo | 936 sesiones mínimo por máquina |
| VERACRUZ NORTE | HGZ 11 | XALAPA | 5 | 12,650 | 32 |
| | | | Total: | 12,650 | 32 |

000203 LICITACION PUBLICA ELECTRONICA INTERNACIONAL BAJO TRATADOS LA-050GYR014-E483-2021 000203

LOGISTICA MARVIL

Licitación Pública Electrónica Internacional Bajo Tratados LA-050GYR014-E483-2021 "SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA"

Vivitam

*ANEXO T 0 (T-cero)*

**Normatividad**

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

| | Si | No | Número de Folio |
|---|---|---|---|
| Aviso de Funcionamiento | X | | 173009556X0260 CIS-OC-160617 |
| Licencia Sanitaria | | | |

| Responsable Sanitario | Nombre | Número de Folio |
|---|---|---|
| De la Unidad de Hemodiálisis | JUAN MANUEL ARDAVIN ITUARTE | 173009556X026 CIS-OC-160617 |

Fecha: 20 DE JULIO DE 2021

Nombre y cargo del médico responsable de la Unidad de Hemodiálisis:
DR. ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA, JUAN MANUAL ARDAVIN ITUARTE, RESPOSANBLE SANITARIO
DR. ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA, LUIS FRANCISCO PANIAGUA LÓPEZ, TURNO MATUTINO
DR. ESPECLIASTA EN NEFROLOGÍA, RAMIRO HERNÁNDEZ AGUIRRE, TURNO VESPERTINO

ATENTAMENTE

Xalapa Enríquez, Veracruz a 20 de julio de 2021
Protesto lo necesario

Ing. José Arturo Maraboto Millán
Representante Legal
Logistica Marvil S.A. de C.V.

# DESCRIPCION DE LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL EQUIPO MEDICO E INSUMOS PARA REALIZAR LOS TRATAMIENTOS DE HEMODIALISIS

## A) ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MEDICO E INSUMOS PARA HEMODIALISIS

| 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><br>Hoja 1-1<br><br>**FABRICANTE:**<br>YAC ELEX CO LTD<br><br>**MARCA:**<br>NIPRO<br><br>**MODELO:**<br>DIAMAX |

Privada de Tamaulipas S. Colonia Badillo. C.P. 91190. Xalapa, Veracruz

L.C. LSA / DRA. LCP/L.A.E. MFS
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS

| No | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| | | **Registro Sanitario:**<br>0754E2008 SSA |
| 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><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>**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 161.<br><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>**MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.**<br><br>CAPITULO 7, ESPECIFICACIONES<br>SUBINDICE 7.1 Funciones principales de la máquina<br><br>Hoja 7-2<br><br>Concentrado Bicarbonato en polvo |
| 4 | **Con control de parámetros de:** | **Con control de parámetros de:** |
| 4.1 | **Temperatura del liquido dializante dentro del rango de 35 a 38 grados centigrados.** | **Temperatura del liquido dializante dentro del rango de 30 a 40 grados centigrados.**<br>**MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.**<br>CAPITULO 7, ESPECIFICACIONES<br>SUBINDICE 7.9.8 Temperatura del Dializado.<br><br>Hoja 7-7<br><br>TABLA.<br><br>**CATÁLOGO DIAMAX.** |

| No | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| | | 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>**MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.**<br><br>CAPITULO 7, ESPECIFICACIONES<br>SUBINDICE 7.9.9. Velocidad de Flujo de Dializado<br><br>**Hoja 7-7**<br>**TABLA**<br>**CATÁLOGO DIAMAX.**<br><br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Flujo de dializado.<br><br>Flujo del líquido dializante dentro de los rangos 300, 500 y 800 ml/min |
| 4.3 | **Flujo de sangre dentro del rango de 15 ml/min a 500 ml/min.** | **Flujo de sangre dentro del rango de 15 ml/min a 600 ml/min.**<br><br>**MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.**<br><br>CAPITULO 7, Especificaciones.<br><br>SUBINDICE 7.10.4. Bomba de sangre<br><br>Hoja 7-9<br><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.** | **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.**<br><br>**MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.**<br>CAPITULO 7, Especificaciones.<br><br>SUBINDICE 7.9.7. Diálisis de Bicarbonato<br><br>Hoja 7-6<br><br>TABLA<br>**Entre 2 a 8 mS/cm** |

Privada de Circunvalación 1, Colonia Bacilio, C.P. 91190, Xalapa, Veracruz
Tel. 2288388399, 2288389400

| No | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| 4.5 | **Nivel de sodio programable durante el proceso de la hemodiálisis dentro del rango de 130 a 150 mEq/l 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>**MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.**<br>CAPITULO 7, Especificaciones.<br>SUBINDICE 7.9.7. Diálisis de Bicarbonato<br><br>Hoja 7-6<br><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>**MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.**<br><br>CAPITULO 7, Especificaciones<br><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>**MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.**<br><br>CAPITULO 7, Especificaciones.<br><br>SUBINDICE 7.10.5 Bomba de Heparina<br><br>Hoja7-9<br><br>TABLA.<br><br>**CATÁLOGO DIAMAX.**<br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Bomba de heparina.<br><br>Sistema Integrado de Infusión anticoagulación (bomba de heparina de 0.1 ml/h a 10 ml/h). Con flujo de infusión dentro del rango de0.1 a 9.99ml/h en incrementos de 0.1ml/h. |
| 5 | **Que cuente dentro del sistema con alarmas críticas:** | **Que cuente dentro del sistema con alarmas críticas:** |

| No | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| 5.1 | Presión arterial no invasiva. | **Presión arterial no invasiva.**<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><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>**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 10-21<br><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 |
| 5.3 | Detector de fugas sanguíneas. | **Detector de fugas sanguíneas.**<br>**MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.**<br>CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de reseteo. |

| No | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| | | SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información<br><br>Hoja 10-22<br><br>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>**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 Maquina con Paciente.<br>PUNTO 14.17. Perfiles de la maquina DIAMAX,<br>SUBINDICE 14.17.1 Perfiles de Sodio y Bicarbonato.<br><br>Hoja 14-38 |

Privada de Tapachula S, Colonia Bastillo, C.P. 91192, Xalapa, Veracruz
Tel. 3281680356, 2288885630

000213 000213

| No | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| | | **CATÁLOGO DIAMAX.**<br>Hoja 3.<br>PERFILES PROGRAMABLES.<br>Con capacidad de ingresar al menos tres tipos de perfiles de sodio |
| 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<br><br>Hoja 12-3 |
| 8.1 | **Presión arterial del circuito.** | Presión arterial del circuito.<br><br>**MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.**<br><br>**CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.**<br><br>SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal<br><br>Hoja 12-3<br><br>TABLA<br><br>Numeral 1<br>Numeral 2 |
| 8.2 | Presión venosa del circuito. | **Presión venosa del circuito.**<br>**MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.**<br><br>CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.<br><br>SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,<br><br>Hoja 12-3<br><br>TABLA<br><br>Numeral 1<br>Numeral 2 |
| 8.3 | Presión transmembrana. | **Presión transmembrana.**<br>**MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.**<br>CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.<br>SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal. |

| No | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| | | Hoja 12-3<br><br>TABLA<br><br>Numeral 2 |
| 8.4 | Flujo de liquido dializante. | **Flujo de liquido dializante.**<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><br>Numeral 2 |
| 8.5 | Flujo de sangre. | **Flujo de sangre.**<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><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>**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>**MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.**<br>CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA. |

000215

000215

L.C. LSA / DRA. LCP/L.A.E. MFS
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS

| No | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| | | SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,<br>Hoja 12-3<br>TABLA<br>Numeral 2 |
| 8.9 | Volumen de sangre procesada. | **Volumen de sangre procesada.**<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 |
| 8.10 | Temperatura del líquido dializante. | **Temperatura del líquido dializante.**<br>**MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.**<br>CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.<br><br>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>**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 |
| 8.12 | Tiempo transcurrido o restante de diálisis. | **Tiempo transcurrido o restante de diálisis.**<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>**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 |

| No | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| | | |
| 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:<br>Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. |
| 9.2 | Presión venosa del circuito. | **Presión venosa del circuito.**<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>Hoja 10-19<br><br>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)<br><br>**CATÁLOGO DIAMAX.**<br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. |
| 9.3 | Presión transmembrana. | **Presión transmembrana.**<br><br>**MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.** |

| 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 10-26<br><br>ALARMAS<br>0150 LIMITE SUPERIOR DE PRESION TRANSMEMBRANA.<br>0151 LIMITE INFERIOR DE PRESION TRANSMEMBRANA.<br><br>**CATÁLOGO DIAMAX.**<br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. |
| 9.4 | Flujo del liquido dializante. | **Flujo del liquido dializante.**<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 10-24<br><br>ALARMAS<br>0123 FALLA DE SENSOR DE FLUJO 2 (DIALIZADO)<br>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>**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 |

| No | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| | | 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>**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>**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 10-13,<br><br>ALARMAS<br>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 |

Privada de Tapachula S. Colonia Bastilla, C.P. 91190, Xalapa, Veracruz
Tel. 228[illegible]

| No | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| | | 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>**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 10-12<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. | **Detector de fugas sanguíneas.**<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 10-22.<br><br>ALARMA<br>0110 FUGA DE SANGRE DETECTADA.<br><br>**CATÁLOGO DIAMAX.**<br>Hoja 4. |

| No | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| | | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. |
| 9.10 | Detector de aire. | **Detector de aire.**<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>Hoja 10-21.<br><br>ALARMA<br>0100 BURBUJA DETECTADA EN LA LINEA.<br><br>**CATÁLOGO DIAMAX.**<br><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>**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>Hoja 10-32<br><br>ALARMA<br>0840-0842 FALLA EN PRUEBA DE PRESION DE ENTRADA DE AGUA PG1 Y PG3.<br><br>**CATÁLOGO DIAMAX.**<br><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>**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>Hoja 10-7.<br><br>ALARMAS |

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

Privada de Tapachula 1, Colonia Badillo, C.P. 91190, Xalapa, Veracruz
Tel: 22881 88356, 2296885680

| No | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| | | Hoja 7-11<br><br>**CATÁLOGO DIAMAX.**<br><br>Hoja 3.<br>MODOS DE LAVADO. |
| 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>**MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.**<br><br>CAPITULO 8. Configuración de la Maquina.<br><br>SUBINDICE 8.2. Nombres y funciones de los componentes de la máquina.<br><br>Hoja 8-2<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>**MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.**<br><br>CAPITULO 7. Especificaciones<br>SUBINDICE 7.1 Funciones principales de la máquina<br><br>Hoja 7-2<br><br>**CATÁLOGO DIAMAX.**<br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<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>**MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.**<br>CAPITULO 7. Especificaciones.<br>SUBINDICE 7.1 Funciones principales de la máquina<br><br>Hoja 7-2<br><br>**CATÁLOGO DIAMAX.**<br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Funciones. |

| No | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| 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 potasio según requerimientos del usuario, bicarbonato de sodio para preparación manual o automática (para uso no parenteral). | Acido 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>Pág. 2 Catálogo AQUA MEDICA<br>Modelos: Aquacid-120 (2.0K) y Aquacid-220 (0K)<br>Registros Sanitarios: 01988C99 SSA y 01986C99 SSA<br><br>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>Pág 3 Catálogo AQUA MEDICA<br>Marca: Aquamédica<br>Modelo: Quabic-100 (500g)<br>Registro Sanitario: 2543C2016 SSA |
| | Líneas arterial y venosa con protector de transductor de presión, desechable y adaptable o integrado a las líneas arterial y venosa (neonatal, pediátrica, adulto). | 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<br><br>Marca: Bellco<br>Modelo: IB0681700/F<br>Registro Sanitario: 1354C2019 SSA<br>Catálogo Líneas de Circulación extracorpórea libres de DEHP, págs. 1 y 3 |
| | Agujas para punción de fistula arterio-venosa. | Cánula para fistula 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 adaptador luer lock en el extremo proximal del montaje de cánula.<br>Calibre:15 o 16G Adulto y 16 o 17G con longitudes de 30 mm y 38 mm.<br><br>Catálogo Cánula de seguridad para fistula arteriovenosa Argyle, pág. 4 |

| No | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| | | **Marca: Medtronic**<br>**Modelos: 1530VSVS, 1630VSVS, 1730VSVS**<br>**Registro sanitario: 0495C2018 SSA** |
| | Filtros para hemodiálisis o hemodializadores a partir de 0.2 $m^2$ de cualquier material sintético. | **FB™-U Dializador de Fibra Hueca de Triacetato, Nipro**<br><br>**FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA (celulosa modificada)**<br>***Referencia: Catálogos FB™-U***<br><br>**ÁREAS EFECTIVAS DE 0.5$m^2$ A 2.1$m^2$**<br>***Referencia: Catálogos FB™-U, página 2***<br><br>**MODELOS:**<br>**FB-(50U, 70U, 90U, 110U, 130U, 150U, 170U, 190U, 210U)**<br>***Referencia: Catálogos FB™-U***<br><br>**MARCA:Nipro**<br>***Referencia: Catálogos FB™-U***<br><br>**REGISTRO SANITARIO: 0778C2013 SSA**<br><br>**Dializador Sintético de Fibra Hueca Nipro ELISIO™**<br><br>**FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA (membrana sintética)**<br>***Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR***<br><br>**ÁREAS EFECTIVAS DE 1.1$m^2$ A 2.1$m^2$**<br>***Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR***<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***<br><br>**MARCA: Nipro**<br>***Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR***<br><br>**REGISTRO SANITARIO: 1378C2008 SSA** |

| No | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| | Liquido desinfectante y desincrustante según sea el caso. | Liquido desinfectante y desincrustante según sea el caso.<br>Catálogo Aquamedica Pág 4<br>Aquacetic marca: Aquamedica Citracid<br>marca: Aquamedica X-<br>Téril ® marca: Aquacid |
| | 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>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><br>Referencia: Ficha Técnica HP<br>Página 1 COMPUTADORA DE ESCRITORIO CON IMPRESORA PRODESK 405 G2 |
| | Impresora. | Impresora.<br>Referencia: Ficha Técnica HP<br>Página 9 IMPRESORA HP LaserJet pro 400 M401n (CZ195A) |
| | Sistema de preparación en línea de bicarbonato. | OPCIONAL - NO SE OFERTA |
| | 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><br>Hoja 14-27 |

| No | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| | 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. Programacion Automático del KT/V<br><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>**MARCA:**<br>NIPRO<br><br>**MODELO:**<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>**MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.**<br>CAPITULO 6, Instalación.<br>SUBINDICE 6.1 Suministro de Energia<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. |

## B) CONSUMIBLES PARA HEMODIALISIS DE ADULTO Y PEDIATRICO

| No | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| 1 | Filtro para hemodiálisis, o dializadores de membrana sintética y/o celulosa modificada de 0.4 $m^2$ hasta 2.0 $m^2$ | **FB™-U Dializador de Fibra Hueca de Triacetato, Nipro**<br><br>**FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA (celulosa modificada)**<br>***Referencia: Catálogos FB™-U***<br><br>**ÁREAS EFECTIVAS DE 0.5$m^2$ A 2.1$m^2$**<br>***Referencia: Catálogos FB™-U***<br><br>**MODELOS:**<br>**FB-(50U, 70U, 90U, 110U, 130U, 150U, 170U, 190U, 210U)**<br>***Referencia: Catálogos FB™-U***<br><br>**MARCA:Nipro**<br>***Referencia: Catálogos FB™-U 1***<br><br>**REGISTRO SANITARIO: 0778C2013 SSA**<br><br>**Dializador Sintético de Fibra Hueca Nipro ELISIO™**<br><br>**FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA (membrana sintética)**<br>***Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR***<br><br>**ÁREAS EFECTIVAS DE 1.1$m^2$ A 2.1$m^2$**<br>***Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR***<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*** |

Privada de Tapachula S, Colonia Badillo, C.P. 91190, Xalapa, Veracruz
Tel. 2288184750, 2288831450

000028

000028

| No | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| | | **MARCA: Nipro**<br>***Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR***<br><br>**REGISTRO SANITARIO: 1378C2008 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 conectores, con o sin protectores de transductor de presión, compatible con la máquina de hemodiálisis Nipro Diamax, con diferentes volúmenes de cebado para adulto y pediatrico**<br><br>**Marca: Bellco**<br>**Modelo: 1B0681700/F**<br>**Registro Sanitario: 1354C2019 SSA**<br>**Catálogo Líneas de Circulación extracorpórea libres de DEHP, págs. 1 y 3** |
| 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.** | **Acido 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>**Catálogo 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 especifico, 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 especifico, presentación en bolsa que se adecue a la máquina propuesta.**<br>**Catálogo AQUA MEDICA**<br>**Marca: Aquamédica**<br>**Modelo: Quabic-100 (500g)**<br>**Registro Sanitario: 2543C2016 SSA** |
| 5 | **Cánula para punción de fistula arteriovenosa interna: consta de tubo de elastómero de silicón de 15 o 30 cm. de longitud, con obturador y adaptador luer lock, mariposa y aguja calibre 15 o 16 adulto y 16 o17 g. pediátrico. y con orificio posterior al bisel; un lumen..** | **Cánula para fistula arteriovenosa, para diálisis con cánula de polipropileno y aguja de acero inoxidable coaectada en configuración coaxial con válvula antirreflujo integrada, punta con orificios laterales y conectividad de jeringa con adaptador luer lock en el extremo proximal del montaje de cánula.** |

Privada de Trancoltán S, Colonia Rafael, C.P. 91150, Xalapa, Veracruz
Tel. 2288138356, 2288885600

000229

000229

L.C. LSA / DRA. LCP/L.A.E. MFS
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS

| No | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| | | **Calibre:15 o 16G Adulto y 16 o 17G con longitudes de 30 mm y 38 mm**<br><br>**Catálogo Cánula de seguridad para fistula arteriovenosa Argyle, pág. 4**<br><br>**Marca: Medtronic**<br>**Modelos: 1530VSVS, 1630VSVS, 1730VSVS**<br>**Registro sanitario: 0495C2018 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 con material antiséptico.<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 | **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 leck 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 3, 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**<br>**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 CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE.**

000230

000230

L.C. LSA / DRA. LCP/L.A.E. MFS
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS

## C). ACCESOS VASCULARES: CATETERES TEMPORALES,PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLOGOS DE ACUERDO AL CUADRO BASICO DE MATERIAL DE CURACION VIGENTE

| No. | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| 1 | **Descripción (se describen para presentación de oferta técnica)** | |
| 2 | **060.345.0149 Para hemodiálisis, pediátrico.**<br>**Inserción en subclavia, yugular o femoral, doble lumen. Contiene: Una cánula, Una jeringa de 5 ml, Una guía de acero inoxidable.**<br>**Un catéter doble lumen calibre de 8 a 10 fr, longitud 130 a 150 mm, con obturador, un dilatador y extensiones curvas.**<br>**Tipo: Mahurkar.**<br>**Estéril y desechable** | **060.345.0149 Para hemodiálisis, pediátrico.**<br>**Inserción en subclavia, yugular o femoral, doble lumen. Contiene: Una cánula, Una guía de acero inoxidable.**<br>**Un catéter doble lumen calibre de 8 a 10 fr, longitud 130 a 150 mm, con obturador, un dilatador y extensiones curvas.**<br>**Tipo: Mahurkar.**<br><br>**Marca: NIPRO**<br>**Modelo: NDLS812P**<br>***Referencia: Catálogo Catéter temporal y permanente, páginas 1 y 2.***<br>**Registro Sanitario: 1462C2006 SSA**<br><br>**JERINGA ESTERIL Y DESECHABLE 5ml**<br>**Marca Dentilab S.A de C.V.**<br>**Catálogo:**<br>**Registro Sanitario: 01166C99 SSA** |
| 3 | **060.345.2301Para hemodiálisis. Adulto.**<br>**De inserción en subclavia, yugular o femoral doble lumen, incluye: Una cánula, Una jeringa de 5 ml, Una guía de acero inoxidable.**<br>**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** | **060.345.2301 Para hemodiálisis. Adulto.**<br>**De inserción en subclavia, yugular o femoral doble lumen, incluye: Una cánula, Una jeringa de 5 ml, Una guía de acero inoxidable.**<br>**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**<br><br>**Marca: NIPRO**<br>**Modelo: NDLPC20, NDLS20**<br>***Referencia: Catálogo Catéter temporal y permanente, páginas 1 y 2.***<br>**Registro Sanitario: 1462C2006 SSA**<br><br>**JERINGA ESTERIL Y DESECHABLE 5ml**<br>**Marca Dentilab S.A de C.V.**<br>**Catálogo:**<br>**Registro Sanitario: 01166C99 SSA** |
| 4 | **060.166.0533 Catéter permanente, para hemodiálisis.** | **060.166.0533 Catéter permanente, para hemodiálisis.** |

Privada de Experiencia 1, Colonia Bellilla, C.P. 91190, Xalapa, Veracruz
Tel.: 2288388456, 2288485842

000231

000231

L.C. LSA / DRA. LCP/L.A.E. MFS
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS

| No. | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| | 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 ml y 2 tapones de inyección.<br>Estéril y desechable.<br>Pieza | 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.<br>Jeringa de 5 ml y 2 tapones de inyección.<br>Estéril y desechable.<br>Pieza<br><br>Marca: NIPRO<br>Modelo: NTH1432<br>*Referencia: Catálogo Catéter temporal y permanente, páginas 1 y 2.*<br>Registro Sanitario: 1462C2006 SSA<br>JERINGA ESTERIL Y DESECHABLE 5ml<br>Marca Dentilab S.A de C.V.<br>Catálogo: Jeringa 5<br>Registro Sanitario: 01166C99 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 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. introductor con camisa |

| No. | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| | | **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.**<br><br>**Marca: NIPRO**<br>**Modelo: NTH1428**<br>***Referencia: Catálogo Catéter temporal y permanente, páginas 1 y 2.***<br>**Registro Sanitario: 1462C2006 SSA**<br><br>**Registro Sanitario: 1462C2006 SSA**<br>**JERINGA ESTERIL Y DESECHABLE 5ml**<br>**Marca Dentlab S.A de C.V.**<br>**Catálogo: Jeringa 5**<br>**Registro Sanitario: 01166C99 SSA** |
| 6 | **Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, ó o ptfe, estéril y desechable. Longitud 40 A 60 cm., x 5, mm., de diámetro.** | **Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis de poliuretano o ptfe, estéril y desechable. Longitud de 40 cm x 5**<br>**Marca: Gore-Tex,**<br>**Modelos SRRT05030040L**<br>**Catálogo Gore PAG 2**<br>**Registro Sanitario 1722C85 SSA** |
| 7 | **Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfe estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 6 mm., de diámetro.** | **Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis de poliuretano o ptfe, estéril y desechable. Longitud de 60 cm x 6.**<br>**Marca: Gore-Tex,**<br>**Modelos SRRT06060060L**<br>**Catálogo Gore, págs**<br>**Registro Sanitario 1722C85 SSA** |
| 8 | **Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfe, estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 8 mm., de diámetro.** | **Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis de poliuretano o ptfe, estéril y desechable. Longitud de 50 cm x 8 mm de diámetro.**<br>**Marca: Gore-Tex,**<br>**Modelos SRRT08040050L**<br>**Catálogo Gore, págs. 3 y 4**<br>**Registro Sanitario 1722C85 SSA** |

Xalapa Enríquez, Veracruz a 20 de julio de 2021
Protesto lo necesario

Ing. José Arturo Marabote Millán
Representante Legal
Logistics Marvil S.A. de C.V.

Privada de Tapachula 1, Colonia Badillo, C.P. 91190, Xalapa, Veracruz
Tel. 2281140356, 2281405161

000233

000233

L.C. LSA / DRA. LCP/L.A.E. MFS
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS

## D)DESCRIPCION TECNICA DEL SILLON CLINICO

| 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*** |
| 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*** |
| 3 | Vida media promedio de uso de un año | Vida media de uso superior a 18 meses<br><br>***Marca NIPRO***<br>***Referencia1: Catálogo Sillón para Hemodiálisis NIPRO, página 1*** |
| 4 | De fácil limpieza. | De fácil limpieza.<br><br>***Marca NIPRO***<br>***Referencia: Catálogo Sillón para Hemodiálisis NIPRO, 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***<br>***Referencia: Catálogo Sillón para Hemodiálisis NIPRO, página 2*** |
| | | |

| No. | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| 6 | Con sistema de freno con aletas laterales en ambos lados. | **Con sistema de freno con aletas laterales en ambos lados.**<br><br>***Marca NIPRO***<br>***Referencia: Catálogo Sillón para Hemodiálisis NIPRO, página 2*** |

Xalapa Enríquez, Veracruz a 20 de julio de 2021
Protesto lo necesario

Ing. José Arturo Maraboto Millán
Representante Legal
Logística Marvil S.A. de C.V.

L.C. LSA / DRA. LCP/L.A.E. MFS
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS

## E) SISTEMA DE TRATAMIENTO DE AGUA PARA UNIDADES DE HEMODIALISIS

| | |
|---|---|
| Unidad de Hemodiálisis Subrogada | LOGISTICA MARVIL S.A. DE C.V. |
| Domicilio: | PRIVADA DE TAPACHULA 1, COLONIA BADILLO |
| | C.P.:91190 |
| | Teléfono: 2288188356 Ext: |
| Municipio/Delegación: | XALAPA Estado: VERACRUZ |
| Horario de Atención: | 7 A 21 HORAS LUNES A DOMINGO |

| | |
|---|---|
| Nombre Médico Nefrólogo: | JUAN MANUEL ARDAVIN ITUARTE |
| Número de Cédula Profesional | 09184612 |

| 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) | 273 | Si | No x |
| | Máquinas de Hemodiálisis | | |
| b)Numero de máquinas de Hemodiálisis | Total | COVID-19 | Sero positivo | Sero negativo |
| | 32 | 2 | 2 | 28 |

| Equipamiento | Marca (s): | Modelo (s): |
|---|---|---|
| Máquina de Hemodiálisis | NIPRO | DIAMAX |

Privada de Tapachula 1, Colonia Badillo, C.P. 91190, Xalapa, Veracruz
Tel. 2288188356, 2288885820

201

201

| | | |
|---|---|---|
| Sistema de tratamiento de agua | EFII,PRO | ROSCV |
| Equipo de reprocesamiento automático de dializadores (en caso de usarlo) | NO SE OFERTA | NO SE OFERTA |

| Cuenta con: | |
|---|---|
| Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General (Anexar documento) | No Certificado |
| CERTIFICADO VIGENCIA 3 AÑOS Y EXTENSION 2 AÑOS | CERTIFICADO 3223, EXTENSIÓN 3245 |

**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 |

| 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-SSA3-2016, "Para la práctica de la hemodiálisis". | X | |
| Se cumple con resultados de análisis bacteriológicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2016. | X | |
| Se cumple con resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2016. | 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 | |

| Delegación | Unidad del IMSS | | Distancia (km) | Requerimiento Anexo T1 Sesiones | Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo y Número | Localidad | | Máximo | 936 sesiones mínimo por máquina |
| VERACRUZ NORTE | HGZ 11 | XALAPA | 5 | 12,650 | 32 |
| | | | Total | 12,650 | 32 |

***ANEXO T 0 (T-cero)***

**Normatividad**

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

| | Si | No | Número de Folio |
|---|---|---|---|
| Aviso de Funcionamiento | X | | 173009556X0260<br>CIS-OC-160617 |
| Licencia Sanitaria | | | |

| Responsable Sanitario | Nombre | Número de Folio |
|---|---|---|
| De la Unidad de Hemodiálisis | JUAN MANUEL ARDAVIN ITUARTE | 173009556X026<br>CIS-OC-160617 |

**Fecha: 20 DE JULIO DE 2021**

**Nombre y cargo del médico responsable de la Unidad de Hemodiálisis:**
**DR. ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA, JUAN MANUAL ARDAVIN ITUARTE, RESPOSANBLE SANITARIO**
**DR. ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA, LUIS FRANCISCO PANIAGUA LÓPEZ, TURNO MATUTINO**
**DR. ESPECLIASTA EN NEFROLOGÍA, RAMIRO HERNÁNDEZ AGUIRRE, TURNO VESPERTINO**

ATENTAMENTE

Xalapa Enríquez, Veracruz a 20 de julio de 2021
Protesto lo necesario

Ing. José Arturo Maraboto Millán
Representante Legal
Logística Marvil S.A. de C.V.

# F) FACTURA DE AMBULANCIA PARA DAR EL SERVICIO DE TRASLADO

000727 LICITACIÓN PÚBLICA ELECTRÓNICA INTERNACIONAL BAJO TRATADOS LA-050GYR014-E483-2021 000727

Ambulancias MÉDICA del FUTURO A.C.
TERAPIA INTENSIVA

CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE AMBULANCIAS No. 005 – 122/2021

Contrato de prestación de servicios de traslado en ambulancias y asistencia médica en trayecto a pacientes que celebran por una parte Medica del Futuro A.C., 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 "Logística Marvil S.A. de C.V.", representada legalmente con uso de sus plenos poderes por el Ing. José Arturo Maraboto Millán, a quien en lo sucesivo se le denominara "LA CLINICA", con domicilio en la Privada de Tapachula #6 Colonia Badillo. C.P. 91190, en la Ciudad de Xalapa Veracruz, 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 clausulas.

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, accidentes y/o enfermos, legalmente constituida conforme a las leyes de los Estados Unidos Mexicanos.

2.- Tener su domicilio en la Privada 15 B de Enero 4911. Colonia San Baltazar Campeche. C.P. 72550, en la Ciudad de Puebla, Pue. Debidamente inscrita en el registro federal de contribuyentes bajo la cedula MFU961213L63. Contando con domicilio en la ciudad de Xalapa, Veracruz. Calle Camino al Sumidero numero 37 interior 3 Colonia Casa Blanca C.P. 91150

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 que representa teniendo al C. Rubén Sandoval Cabrera como Supervisor en Xalapa, Ver.

4.- Tenerla experiencia profesional, capacidad y equipos de transporte necesarios para obligarse de conformidad a lo estipulado en el presente contrato.

**DECLARA: LA CLINICA**

1.-Ser una institución privada dedicada a la prestación de servicios de medicina y asistencia hospitalaria a pacientes enfermos, accidentados o discapacitados, legalmente constituida conforme a las leyes de los Estados Unidos Mexicanos.

2.- Tener domicilio en la Privada de Tapachula #6 Colonia Badillo. C.P. 91190, en la Ciudad de Xalapa Veracruz, y estar inscrita en el registro federal de contribuyentes bajo la cedula LMA 1005 UF9.

Priv. Volcán de Colima 2705 Col. Volcanes, Puebla, Pue.

000727 000727

L.C. LSA / DRA. LCP/L.A.E. MFS
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS

Ambulancias MÉDICA del FUTURO A.C.
TERAPIA INTENSIVA

3.- Que el Ing. José Arturo Maraboto Millán no se la ha revocado, modificado o sustituido de manera alguna el poder que le fue conferido por la sociedad anónima de capital variable que representa, mismo que consta mediante testimonios de escritura de renuncia y nombramiento de administrador único, libro mil ciento treinta y cuatro (1,134) instrumento cuarenta y nueve mil doscientos setenta y siete (49,277) pasada ante la fe del notario público número 97 del distrito federal de fecha diez de septiembre de 2014.

4.- Tener la experiencia y personal conforme al siguiente contrato.

**DECLARAN: AMBAS PARTES**

1.- Su voluntad de comprometerse en el presente contrato con las siguientes:

**CLAUSULAS**

Objeto

**PRIMERA.-** "AMBULANCIAS" Prestara a la "CLINICA" de manera eficiente la prestación del servicio de **traslado en ambulancia y asistencia médica en trayecto**, a pacientes enfermos que así lo requieran y que sean atendidos en las instalaciones de "CLINICA", que lo soliciten en forma directa o a la segunda de ellas, es decir, de "CLINICA", de conformidad con el tipo de paciente o contrato de servicios.

**De los pacientes de "CLINICA"**

**SEGUNDA.-** "CLINICA" manifiesta que cuenta constantemente con pacientes que requieran de traslado terrestre; por lo que con la finalidad de brindar un servicio integra, solicita que "AMBULANCIAS" brinde el servicio y se comprometa para atender las necesidades de traslado terrestre de paciente.

A si mismo la "CLINICA" manifiesta que cuenta con pacientes particulares y de diversas empresas en específico pacientes derivados H.G.Z. #11 que en ocasiones y en apego al contrato celebrado por la clínica y el Instituto Mexicano del Seguro Social, requieren de traslado terrestre y atenciones pertinentes desde las instalaciones de la "CLINICA" en la Calle Lomas del Estadio numero 16 P.B. Colonia Lomas del Estadio C.P. 91090 en la Ciudad de Xalapa Veracruz, hacia el área de URGENCIAS del H.G.Z. #11 del instituto , por lo que con la finalidad de cubrir esta demanda de servicios de traslado, se compromete y obliga a contratar los servicios de "AMBULANCIAS".

Por otra parte, deslinda de cualquier responsabilidad a "AMBULANCIAS" de las obligaciones contraídas entre la "CLINICA" y el Instituto Mexicano del Seguro Social, respecto al contrato

Ambulancias MÉDICA del FUTURO A.C.
TERAPIA INTENSIVA

Anteriormente mencionado, comprometiéndose "AMBULANCIAS" únicamente a proporcionar a la "CLINICA" los servicios de traslado terrestre que se mencionan a continuación.

**De la prestación de servicio de traslados y atención en traslados.**

**TERCERA.**- "AMBULANCIAS" se obliga y compromete con la "CLINICA" a brindar de manera expedita y eficiente la prestación del servicio de traslado en ambulancia y asistencia médica en trayecto a pacientes, para lo cual tomara un reporte u orden de servicio donde mencione el nombre del solicitante, 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 transbordo de ambulancias para lo cual tomara el reporte que le entregue la "CLINICA" 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 "CLINICA" de sus pacientes, deberá ser cubierto el monto que se genera por traslado. En todo caso, será responsabilidad de la "CLINICA" pagara "AMBULANCIAS" los traslados que este último realice por instrucciones de la "CLINICA".

**Del cobro de los servicios.**

**Quinta.**- "AMBULANCIAS" detallara en el reporte de traslados el importe total por cobrar mensualmente más el impuesto el valor agregado.

La "CLINICA" se obliga y compromete con "AMBULANCIAS" a pagar a mas tardar dentro de los 8 días naturales siguientes a la entrega del reporte mensual y factura, los importes netos por los servicios de traslados que la segunda haya brindado a los pacientes a los que se les proporciono el servicio.

**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 "AMBBULANCIAS" enviando para iniciar operaciones todo un almacén y soporte de vida avanzado.

Se declara que la "CLINICA" repondrá a "AMBULANCIAS", los suministros tales como cassetes para bombas de infusión, férulas especiales, collarines, medicamentos tales como sedantes, inotrópicos y fármacos que incrementen el costo del traslado, dada la naturaleza de uso personal de dichos insumos, por lo que la "CLINICA" deberá cubrirlos en caso de no proporcionarlos, con el objeto de reponer el almacén con el que opera "AMBULANCIAS"

"AMBULANCIAS" vigilara que sus unidades cuenten con los materiales y equipos necesarios que se requieren para laborar de acuerdo a los protocolos internacionales tales como camillas, botiquines, medicamentos, férulas, etc. Es responsabilidad de "AMBULANCIAS" el mantener en control la vigencia de medicamentos con que cuente en su almacén.

**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 para tal fin. Debiendo mostrar fehacientemente a la "CLINICA" a solicitud expresa de la misma, los servicios que haga a sus unidades.

"AMBULANCIAS" en todo momento, deberá mantener sus unidades en buenas condiciones y aspecto, bien pintadas, con llantas en buen estado, con luces de emergencia y en general con buen funcionamiento, cuidando además la imagen de la institución que representa.

**De la relación laboral.**

**Octava.**- "AMBULANCIAS" y la "CLINICA" acuerdan que los operadores y técnicos de urgencias medicas son trabajadores o empleados de "AMBULANCIAS", por lo que laboran bajo su absoluta responsabilidad, siendo "AMBULANCIAS" la única responsable laboral de las prestaciones, sueldos y salarios del personal, liberando a la "CLINICA" de cualquier contingencia que se llegue a presentar

Por su parte, la "CLINICA" hace constar que los médicos y demás empleados que estén a bordo de las ambulancias por instrucciones suyas, cuentan con la capacidad suficiente y laboran bajo su responsabilidad según su profesión, por lo que es la única responsable de las prestaciones que se les adeuden así como de sus actos, liberando a "AMBULANCIAS "de cualquier contingencia que se llegue a presentar.

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

**Novena.**- El presente contrato surte efecto a partir del 01 de Enero del 2021 al 01 de Enero del 2022, pudiendo darse por terminado previa notificación por escrito de cualquiera de las partes.

**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 ya mencionados en el presente contrato.

No habiendo dolo ni mala fe, violencia o lesión, ambas partes firman el presente de conformidad el presente en la ciudad de Xalapa, Veracruz. El 12 de Enero de 2021

"AMBULANCIAS"

L.A.E. Arturo Santibáñez Góngora
Director General
Ambulancias Medica del Futuro

"CLINICA"

Ing. José Arturo Maraboto Millán
Representante Legal
Logística Marvil S.A. de C.V.

0007 ...ÓN PUBLICA ELECTRONICA INTERNACIONAL BAJO TRATADOS ... 000732

**CRUZ VERDE XALAPA A.C.**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE AMBULANCIAS**

EN LA CIUDAD DE XALAPA DE ENRIQUEZ, VERACRUZ A **08** DIAS DEL MES DE **ENERO** DE **2021** COMPARECIERON ANTE LOS TESTIGOS QUE AL FINAL SUSCRIBEN, POR UNA PARTE: **CARLOS MOISES LIMA GARAY** EN SU CARÁCTER DE **REPRESENTANTE LEGAL DE: AMBULANCIAS CRUZ VERDE DE XALAPA A.C.**, A QUIEN EN LO SUCESIVO Y PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO SE LE DENOMINARÁ COMO **"EL PROVEEDOR"** Y POR LA OTRA LA EMPRESA DENOMINADA **LOGISTICA MARVIL S.A DE C.V.**,, REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL **C. JOSÉ ARTURO MARABOTO MILLÁN** , EN SU CARÁCTER DE **DIRECTOR GENERAL**, EN EL PRESENTE CONTRATO, A QUIEN EN LO SUCESIVO Y PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO SE LE DENOMINARÁ COMO **"LA INSTITUCIÓN"**, AMBOS MAYORES DE EDAD, MEXICANOS, CON CAPACIDAD LEGAL PARA CONTRAER DERECHOS Y OBLIGACIONES A NOMBRE DE SUS RESPECTIVAS REPRESENTADAS, Y MANIFIESTAN QUE HAN CONVENIDO EN FORMALIZAR UN **"CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE AMBULANCIAS"** AL TENOR DE LOS SIGUIENTES:

**DECLARACIONES:**

1.- **DECLARA "LA INSTITUCIÓN", POR CONDUCTO DE SU REPRESENTANTE, QUE:**

I. Su Registro Federal de Contribuyentes es **LMA101005UF9** y se encuentra al corriente en el pago de sus impuestos., cuya razón social es LOGISTICA MARVIL S.A DE C.V.

2.- **DECLARA "EL PROVEEDOR", POR CONDUCTO DE , SU REPRESENTANTE, QUE:**
Es una persona física con actividad empresarial, debidamente registrados en la secretaria de hacienda y credito publico, bajo la actividad preponderante de **Servicios de Ambulancia.**

I. Su Registro Federal de Contribuyentes es **CVX160318SG9** y se encuentra al corriente en el pago de sus impuestos.
II. Que tiene como objeto social la prestación al público en general del servicio de traslado en ambulancias, terrestres, por cualquier medio de transporte, en unidades de urgencias médicas avanzadas, a destinos del estado o del territorio nacional, incluyendo o no la asistencia médica durante los mismo. Conoce plenamente los servicios solicitados por **"LA INSTITUCIÓN"** y se encuentra en plena disposición para otorgarlos en los términos y condiciones que del presente se desprenden.

III. **DECLARAN AMBAS PARTES QUE:**
1. Tienen a la vista los documentos en los que constan las facultades con las que comparecen, por lo que se reconocen recíprocamente la capacidad y representación que ostentan.

2. Es su voluntad celebrar el presente Contrato, sujetándose a las siguientes

C L A U S U L A S:

**PRIMERA. OBJETO**
Por el presente contrato **"EL PROVEEDOR"** se obliga a trasladar de la Clinica Vivitam al Hospital IMSS de Xalapa.

**CONDICIONES GENERALES:**
**1. "EL PROVEEDOR"** deberá proporcionar cada servicio con al menos un Operador - TUM y un Técnico En Urgencias Médicas, o enfermero.

**2. "EL PROVEEDOR"** contará con un tiempo máximo de respuesta de 30 Minutos en servicio normal a partir de recibida la solicitud del servicio.

**CARACTERISTICAS DE LAS AMBULANCIAS:**

Unidades Tipo Ambulancia reguladas por la SSV y COFEPRIS bajo las siguientes caracteristicas:

**Ambulancia de Traslado, Ambulancia de Urgencias Básicas, Ambulancia de Urgencias Avanzadas.**

1

**SEGUNDA. - HONORARIOS**
El precio que "**LA INSTITUCIÓN**" deberá pagar a" EL **PROVEEDOR**" por los servicios prestados, será conforme a los precios cotizados por éste en la propuesta económica ofertada, desglosado de la siguiente manera:

| CLAVE | DESCRIPCION | PRECIO UNITARIO | I.V.A. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| T1 | Traslado Sencillo de Urgencias Avanzadas | $700.00 | $112.00 | $812.00 |
| T1 | Traslados pacientes COVID | $5000.00 | $800.00 | $5800.00 |

**TERCERA. - FORMA DE PAGO**
**Los pagos se generarán el efectivo, deposito, transferencia o tarjeta bancaria a "EL PROVEEDOR".**

Los pagos se realizarán un dia antes de finalizar el mes que este en curso, como máximo podrá ser hasta el ultimo dia de mes, en caso de exceder los dias de pago "**LA INSTITUCIÓN**" entrará al crédito del "**PROVEEDOR**" con un interés del 0.5%

En caso de que "**EL PROVEEDOR**" presente factura con errores o deficiencias, el plazo de pago se recorrerá a la fecha próxima de pago.

En caso de que "**EL PROVEEDOR**" no pueda continuar prestando los servicios, deberá avisar inmediatamente a "**LA INSTITUCIÓN**".

**CUARTA.-VIGENCIA**
El presente Contrato iniciará su vigencia a partir del dia **08/ENERO/2021.** Y con Vencimiento el día **08/ENERO /2022**. Sin embargo "**LA INSTITUCIÓN**" podrá en cualquier tiempo darlo por terminado anticipadamente, de manera total o parcial, cuando para ello hubiere razones suficientes y así lo requiera, otorgando una indemnización de 100% sobre los servicios facturados en el último mes de trabajo para el mismo. Al efecto bastará la notificación por escrito que en ese sentido se dé a "**EL PROVEEDOR**", indicando el alcance de la terminación y la fecha a partir de la cual será aplicable.

**QUINTA. - LEGISLACION APLICABLE**
El presente contrato es de carácter meramente civil, de conformidad con lo que establecen los articulos 1737,167, 1772, 1779 y demás relativos y aplicables CÓDIGO CIVIL PARA EL ESTADO DE VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE, por lo tanto no existe relación laboral alguna entre las partes, y las personas que empleará "**EL PROVEEDOR**", quedarán bajo su estricta responsabilidad, sin que implique ninguna relación laboral de sus empleados con "**LA INSTITUCIÓN**" y cualquier reclamación o acción laboral deberá dirigirse única y exclusivamente hacia "**EL PROVEEDOR**".

**SEXTA. - DOMICILIO CONVENCIONAL**
Para todos los efectos derivados del presente Contrato, las partes señalan como sus domicilios los siguientes:
**I. "LA INSTITUCIÓN". – CALLE. PRIVADAS DE TAPACHULA NO. 1 COL. BADILLO C.P.91190 XALAPA-ENRÍQUEZ, VER-**
**II. "EL PROVEEDOR". - CALLE NICARAGUA N°1 ESQ. BOLIVIA C.P. 91070 XALAPA-ENRÍQUEZ, VER.**
**CON**

**SÉPTIMA. - CLAUSULAS DE CALIDAD**
"**EL PROVEEDOR**" realiza los servicios en base a lo estipulado en el manual de procedimientos propio, mismo que está basado en los estándares requeridos y exigidos por la NOM-034-SSA2-2013, así como lo requerido los estándares de "Certificación de Hospitales" **Estándar "PCI"** sobre el Sistema de Prevención y Control de Infecciones, **Estándar "ACC"** Acceso y Continuidad de la Atención.

Así mismo "**EL PROVEEDOR**" podrá ser requerido por el departamento de Calidad de la "**INSTITUCIÓN**" para las revisiones periódicas a las ambulancias del proveedor, con el fin que se requiera para asegurar la calidad hacia los pacientes.

**SÉPTIMA PRIMERA. - JURISDICCION**
En todo lo no previsto en el presente contrato y para la interpretación y cumplimiento del mismo, las partes se someten expresamente a la procuraduría federal del consumidor en primera instancia, y como segunda los Tribunales competentes de la Ciudad Xalapa de Enríquez, Veracruz, renunciando a cualquier otro fuero que por su domicilio o cualquier otra razón les pudiere corresponder.

LEÍDO QUE FUE EL PRESENTE CONTRATO, Y ENTERADAS LAS PARTES DE SU CONTENIDO Y ALCANCE LO FIRMAN EN DOS EJEMPLARES PARA SU LEGAL CONSTANCIA.

**Xalapa de Enríquez, Veracruz a 08 de enero de 2021**

TUM. CARLOS MOISES LIMA GARAY
"EL PROVEEDOR"

C. JOSÉ ARTURO MARABOTO MILLÁN
"LA INSTITUCIÓN"

GABRIEL GUERRERO GONZÁLEZ
COORDINADOR DE URGENCIAS
TESTIGO

## G) SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO



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

**No. 002-TAM-01/012020.**

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO QUE CELEBRAN POR UNA PARTE LOGÍSTICA MARVIL, S.A. DE C.V.,REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR JOSE ARTURO MARABOTO MILLÁN, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO LA CLINICA Y POR OTRA PARTE LABORATORIO LISTER CENTRO MEDICO DE TAMPICO SA DE CV . REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR KENIA ARELY FLORES GONZALEZ A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO **"EL LABORATORIO"**, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLAUSULAS:

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

1. Declara LA CLINICA por medio de su representante, bajo formal protesta de decir verdad,

1.1 Que es una sociedad ANONIMA constituida al amparo de las leyes de la República Mexicana bajo escritura pública No. 4,455 de fecha 05 DE OCTUBRE de 2010 otorgada ante la fe del Lic. Tayatzin Gutiérrez Ramírez Notario Público No. 9442*1 del Distrito Federal e inscrita en el Registro Público de Comercio de la Ciudad de TLALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MEXICO bajo el Folio Mercantil número 0934824.

1.2 Que está debidamente inscrita en el Registro Federal de Contribuyentes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, bajo el número LMA101005UF9.

1.3 Que desea contratar los servicios que ofrece **"EL LABORATORIO"** de conformidad con los términos y condiciones estipulados en este contrato;

1.4 Que cuenta con la organización, elementos y capacidad técnica financiera, comercial y legal para cumplir con las obligaciones a que se refiere este contrato;

1.5 Que José Arturo Maraboto Millán acredita su personalidad con el testimonio notarial numero 023 de fecha 02 de Septiembre de 2011otorgadas ante la fe del Lic. Jaime Vázquez Castillo Notario Público número 164 de la ciudad de Tlalnepantla de Baz y que se encuentra inscrito en el Registro de Comercio.

Asimismo declara LA CLINICA que dicho poder no ha sido revocado ni limitado en forma alguna, por lo que es capaz para obligarse mediante el presente instrumento.

2. Declara **"EL LABORATORIO"** por medio de su representante, bajo formal protesta de decir verdad:

2.1 Que es una sociedad anónima debidamente constituida conforme a las leyes de los Estados Unidos Mexicanos, según consta en la escritura No.1400, de fecha 15 de Marzo de 1989, otorgada ante el Lic. Óscar J. Casanova Sánchez, Titular de la Notaría No. 8 de Tampico, Tam. El primer testimonio de dicha Escritura quedó inscrito en el Registro Público de Comercio de la CD. de Tampico bajo el folio mercantil número 1 el día 27 de Abril de 1989.

2.2 Que está debidamente inscrita en el Registro Federal de Contribuyentes bajo el número LLC890327 GD6 y tener su domicilio Fiscal el Calle Canseco No. 201 Norte, Zona Centro, Tampico, Tam.

2.3 Que está legalmente representada en este acto por la Lic. Kenia Arely Flores González, quien cuenta con las facultades necesarias para celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, según consta en la Escritura No. 71,015 de fecha 21 de Enero de 2011, otorgada ante el Lic. Oscar José Casanova Sánchez Titular de la Notaria No. 8 de la Cd. de Tampico, Tam.
Asimismo declara la Lic. Kenia Arely Flores González que dicho poder no le ha sido revocado ni limitado en forma alguna, por lo que es capaz para obligarse mediante el presente instrumento.

2.4 Que está dedicada a la presentación de servicios de laboratorio de análisis clínicos, así como a la presentación 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.

2.5 Que cuenta con la capacidad técnica financiera, comercial y legal necesaria para cumplir con las obligaciones a que se refiere este contrato.

2.6 Que es su deseo obligarse con El Laboratorio en los términos y condiciones aquí establecidos.

De conformidad con las declaraciones que anteceden, las partes convienen en otorgar y obligarse en los términos de las siguientes:

## CLAUSULAS

**Cláusula Primera.- OBJETO**

LA CLINICA encomienda a "EL LABORATORIO" y este acepta y se obliga a prestarle a aquella en forma no exclusiva ni principal servicios consistentes en: **"Servicios de Laboratorio de Análisis Clinicos "**.

**Cláusula Segunda.- PRECIOS DE LOS SERVICIOS Y FACTURACIÓN.**

Como contraprestación por los servicios objeto del presente contrato, LA CLINICA, conviene en pagar al "LABORATORIO", el precio correspondiente a las pruebas de laboratorio de análisis clínicos, pruebas de gabinete y otras pruebas afines que solicite, aplicándose la lista de precios que se especifica en el anexo 1 del presente contrato. Para ello el "LABORATORIO" facturará mensualmente las pruebas de laboratorio de análisis clínicos, pruebas de gabinete y otras pruebas afines practicadas. La facturación se elaborará el día último de cada mes calendario. El "LABORATORIO" enviará al cliente una copia de la factura a mas tardar el tercer día hábil siguiente a la facturación de los servicios. El cliente se obliga a pagar al prestador del servicio, el importe integro de las facturas, sin deducción alguna, dentro de los primeros diez días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la factura.Una vez efectuado el pago, el "LABORATORIO" entregará al cliente el original de la factura.

Todos los pagos que LA CLINICA deba efectuar al "LABORATORIO" de conformidad con el presente contrato, los realizará en las instalaciones del segundo, o bien mediante depósitos en la cuenta bancaria Bancomer número 00444188756, y enviará o entregará copia del comprobante de depósito respectivo en el domicilio del acreedor

**Cláusula Tercera.- ELEMENTOS HUMANOS Y MATERIALES**

**"EL LABORATORIO"** se obliga a proporcionar por su exclusiva cuenta todos los elementos humanos y materiales que se requieran para la prestación de los servicios objeto del presente contrato.

**Cláusula Cuarta.- PERSONAL**

Ambas partes convienen en que **"EL LABORATORIO"** podrá cambiar el personal que utilice en su caso en la prestación de los servicios objeto de este contrato en cualquier momento, siempre que dichos cambios no impliquen un detrimento para el servicio.

El personal que intervenga en la prestación de los servicios objeto del presente instrumento se sujetará únicamente a las órdenes que provengan de **"EL LABORATORIO"** y por ningún motivo será considerado como personal de LA CLINICA.

**Cláusula Quinta.- CONFIDENCIALIDAD**

**"EL LABORATORIO"** se obliga a guardar y mantener en secreto y con carácter confidencial y a no divulgar a terceras personas, ni a utilizar en provecho propio ningún tipo de información que obtenga de LA CLINICA con motivo del desarrollo del presente contrato, tenga o no relación directa con el mismo. obligándose a instruir al personal a su cargo que intervenga con motivo del mismo, a cumplir con las obligaciones señaladas en la presente cláusula.

**Cláusula Sexta.- TERMINO**

El presente contrato tendrá una duración de 4 (CUATRO) años, y surtirá sus efectos plenamente a partir de su firma, en el entendido de que LA CLINICA podrá darlo por terminado en cualquier momento, dando aviso por escrito a **"EL LABORATORIO"** con diez días de anticipación a la fecha en que desee surta sus efectos dicha terminación. Las partes seguirán cumpliendo con las obligaciones a su cargo hasta que se dé por terminado el contrato

**Cláusula Séptima.-NO RELACIÓN LABORAL**

Las partes reconocen y aceptan que las únicas relaciones jurídicas existentes entre ellas son las derivadas del presente contrato, razón por la cual **"EL LABORATORIO"** será el único responsable con el personal que utilice en el desarrollo del mismo el cual se encuentra bajo su inmediata dirección y dependencia, del pago de salarios ordinarios y extraordinarios, vacaciones, aguinaldo, prima de antigüedad, accidentes, despidos, IMSS e INFONAVIT, así como

cualquier obligación derivada de la relación de trabajo existente entre él y su personal, por lo que LA CLINICA no será responsable de los conflictos que pudieran derivarse de los conceptos antes citados.

**Cláusula Octava.- NOTIFICACIONES**

Cualquier notificación de una parte a la otra, deberá enviarse por escrito ya sea por correo registrado o por correo certificado a las siguientes direcciones:

**"EL LABORATORIO"**:Ave. 16 de Septiembre #955 Col.Zona Centro,Veracruz,Veracruz, C.P. 91700

LA CLINICA : PRIVADA DE TAPACHULA #1 COL. BADILLO C.P. 91190, XALAPA, VERACRUZ, MEXICO.

El acuse de recibo será el documento probatorio de la notificación, la cual surtirá sus efectos transcurridos cinco días hábiles de efectuada.

Ambas partes convienen en notificarse en forma indubitable, cualquier cambio en los domicilios antes citados.

**Cláusula Novena.- IMPUESTOS Y CONTRIBUCIONES**

Las partes se obligan a pagar en la proporción que a cada una de ellas les corresponda de acuerdo con la ley, los impuestos y demás contribuciones que se generen o pudieran originarse durante la vida del presente contrato.

**Cláusula Décima.- AUTONOMIA DE LAS DISPOSICIONES**

La invalidez, ilegalidad o falta de coercibilidad de cualquiera de las disposiciones del presente contrato, de ninguna manera afectarán la validez y coercibilidad de las demás disposiciones del mismo.

**Cláusula Décima Primera.- MODIFICACIONES Y RENUNCIAS**

Cualquier modificación al contrato deberá hacerse mediante convenio por escrito entre las partes. La renuncia por cualquiera de las partes a cualquier disposición del presente contrato también deberá constar por escrito.

**Cláusula Décima Segunda.- LEGISLACIÓN APLICABLE Y JURISDICCIÓN**

Las partes se someten a las leyes y tribunales de Xalapa, Ver., para todo lo relativo a la interpretación y cumplimiento de este instrumento, renunciando desde ahora a cualquier fuero que por razón de sus domicilios presentes o futuros pudiera corresponderles.

Ambos contratantes se identifican y manifiestan que su voluntad transcrita en el presente instrumento, no se vio influenciada por ningún vicio que pudiera nulificarlo en todo o en parte por lo que enterados de su contenido, alcance y fuerza legal, lo suscriben de conformidad, en dos ejemplares, ante la presencia de dos testigos en la Ciudad de Xalapa, Ver., el día 1de Enero de 2020.

**"LA CLÍNICA"**
JOSE ARTURO MARABOTO MILLÁN
Representante legal
LOGÍSTICA MARVIL, S.A. DE C.V.

**"EL LABORATORIO"**
LIC. KENIA ARELY FLORES GONZALEZ
Representante legal
LABORATORIO LISTER CENTRO MEDICO DE TAMPICO SA DE CV

**TESTIGOS**

**NOMBRE**

**NOMBRE**

**ANEXO T3 CEDULA DE VERIFICACIÓN DE LAS INSTALACIONES EN LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADAS**

INSTRUCCIONES: MARQUE CON UNA "**X**" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA.

**P**=PONDERACIÓN: REQUISITO **(I)** INDISPENSABLE; **(O)** OPCIONAL
**SC**= SI CUMPLE **NC**= NO CUMPLE **NA**= NO APLICA
SE CONSIDERA SOLVENTE CUANDO ACREDITA EL 100% DE LOS REQUISITOS INDISPENSABLES

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

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

| Cuenta con: | |
|---|---|
| Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General | No Certificado |
| | |

| Unidad de Hemodiálisis | Total m² | Se ubica dentro de un Hospital | | |
|---|---|---|---|---|
| a)Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris) | | Si | | No |
| | Total Máquinas | COVID-19 | Sero positivo | Sero negativo |
| b)Número de máquinas de Hemodiálisis | | | | |
| Metros Cuadrados por máquina de hemodiálisis (a/b) | | | | |
| Marca (s): | | | | |

L.C. LSA / DRA. LCP/L.A.E. MFS
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS

Modelo (s):

| OOAD | Unidad del IMSS | | Distancia (km) | Requerimiento Anexo TI Sesiones | Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo y Número | Localidad | | Máximo | 936 sesiones mínimo por máquina |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | Total: | | |

| No. | Especificación o criterio a verificar | P | SC | NC | NA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Instalaciones físicas | | | | |
| 1.1 | Área de recepción (ubicada a la entrada de la unidad con fácil acceso) | I | | | |
| 1.2 | Sala de espera | I | | | |
| 1.3 | Sanitarios | I | | | |
| 1.4 | Almacén | I | | | |
| 1.5 | Cuarto séptico con material para recoger excretas. | I | | | |
| 1.6 | Consultorio médico | I | | | |
| 1.7 | En vestíbulo, recepción y sala de espera hay adecuada ventilación, limpieza, señalamientos y áreas suficientes para que pacientes y familiares permanezcan sentados y cómodos. | O | | | |
| 1.8 | • 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.<br>• Cuentan con recipientes rojos rígidos herméticos para residuos peligrosos punzo cortantes, en su caso con bolsas de color rojo y/o amarillo translúcido.<br>• Que los botes para basura municipal cuenten con bolsas y no se encuentren en ellos residuos peligrosos biológicos infecciosos. | I | | | |
| 1.9 | Rampas de acceso a la unidad para pacientes con capacidades diferentes, las cuales cuentan con pasamanos. | O | | | |

| No. | Especificación o criterio a verificar | P | SC | NC | NA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.10 | Los pasillos y áreas comunes cuentan con los señalamientos necesarios para la adecuada circulación. | O | | | |
| 1.11 | Existe una adecuada distribución y separación de los lugares para efectuar la hemodiálisis y facilitar la vigilancia de la central de enfermería. | I | | | |
| 1.12 | El establecimiento de atención médica cuenta con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y está ubicada en lugares visibles al público. | O | | | |
| 2 | Área de tratamiento dialítico por cada estación- paciente (Unidad) | | | | |
| 2.1 | Riñón artificial | I | | | |
| 2.2 | El área mínima para una máquina y sillón clínico será de 3.0 $m^2$ por estación | I | | | |
| 2.3 | Existe un área independiente para pacientes que requieren técnica de aislamiento. | I | | | |
| 2.4 | Cuenta con central(es) de enfermería con visibilidad de los pacientes | I | | | |
| 2.5 | Tomas o tanque portátil de oxigeno con los accesorios necesarios para su utilización ( puntas nasales, mascarillas) | I | | | |
| 2.6 | Toma de aire o aspirador portátil con los accesorios para su utilización( cánula para aspiración) | I | | | |
| 2.7 | Cuenta con material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter y fístula | I | | | |
| 2.8 | Sillón Clínico para hemodiálisis | I | | | |
| 3 | Área de lavado y Esterilización | | | | |
| 3.1 | Área de lavado y desinfección de material de curación. | O | | | |
| 3.2 | Si el establecimiento de atención médica de hemodiálisis es independiente del hospital debe contar con equipo esterilización, siempre y cuando no se utilice en su totalidad material desechable. | O | | | |
| 4 | Área de tratamiento de agua para hemodiálisis | | | | |
| 4.1 | Cisterna con capacidad suficiente para el tamaño del establecimiento de atención médica de hemodiálisis. | I | | | |
| 4.2 | Bombas de impulsión | I | | | |
| 4.3 | Filtros de sedimentación. | I | | | |
| 4.4 | Filtros ablandadores. | I | | | |
| 4.5 | Filtros de carbón activado (2 en línea). | I | | | |
| 4.6 | Ósmosis inversa. | I | | | |
| 4.7 | Filtros de polisulfona o de poliamida después de la ósmosis. | I | | | |
| 4.8 | Tanque de almacenamiento con características especiales para el establecimiento de atención médica de hemodiálisis. | I | | | |
| 4.9 | Red de distribución con llaves para toma de muestras. | I | | | |
| 5 | Servicios Auxiliares | | | | |
| 5.1 | Planta eléctrica de emergencia con capacidad para el | I | | | |

| No. | Especificación o criterio a verificar | P | SC | NC | NA |
|---|---|---|---|---|---|
| | abastecimiento de la unidad. | | | | |
| 5.2 | Cuenta con ambulancia para traslado de pacientes propia y/o contrato vigente, , debiendo contar con las características mínimas al menos como se indican en el numeral 4.1.4 Ambulancia de urgencias básicas | I | | | |
| 5.3 | Contrato de prestación de servicio de laboratorio vigente. | I | | | |
| 6 | Manuales y Registros | | | | |
| 6.1 | Resultados anual del análisis químico de la calidad del agua. | I | | | |
| 6.2 | Resultado bimestral del análisis bacteriológico de la calidad del agua. | I | | | |
| 6.3 | Manual de procedimientos técnicos del servicio de hemodiálisis | I | | | |
| 6.4 | Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermería | O | | | |
| 6.5 | Manual de operación de la máquina de hemodiálisis (en español). | I | | | |
| 6.6 | Manual de operación de la planta de tratamiento de agua.(en español) | I | | | |
| 6.7 | Archivo Clínico | O | | | |
| 6.8 | En el expediente se archivan las cartas de consentimiento informado | O | | | |
| 6.9 | El expediente se resguarda durante mínimo 5 años | O | | | |
| 7 | Mantenimiento preventivo y correctivo | | | | |
| 7.1 | Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de las máquinas de hemodiálisis. | I | | | |
| 7.2 | Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta de tratamiento de agua. | I | | | |
| 7.3 | Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico. | I | | | |
| 7.4 | Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta eléctrica de emergencia. | I | | | |
| 7.5 | El personal encargado del mantenimiento cuenta con capacitación especifica | I | | | |
| 7.6 | Existe un servicio de Ingeniería Biomédica propio o subrogado, responsable del mantenimiento del equipo | O | | | |
| 7.7 | Existe un plan por escrito para el mantenimiento preventivo del equipo. | I | | | |
| 8 | Equipamiento de la unidad de hemodiálisis | | | | |
| 8.1 | Carro rojo con monitor y desfibrilador. | I | | | |
| 8.2 | Electrocardiógrafo | I | | | |
| 8.3 | Báscula | I | | | |
| 8.4 | Silla de ruedas | I | | | |
| 8.5 | Carro de curaciones | I | | | |
| 8.6 | Camilla con barandales | I | | | |
| 9 | **Área de consulta médica/Sala de procedimientos para las unidades que no se encuentren dentro de un hospital.** | | | | |
| 9.1 | Mesa de exploración | I | | | |

| No. | Especificación o criterio a verificar | P | SC | NC | NA |
|---|---|---|---|---|---|
| 9.2 | Báscula | I | | | |
| 9.3 | Esfigmomanómetro. | I | | | |
| 9.4 | Estetoscopio | I | | | |
| 9.5 | Negatoscopio | O | | | |
| 9.6 | Carro de curaciones | I | | | |
| 9.7 | Tripiés rodables | O | | | |
| 9.8 | Bancos | O | | | |
| 9.9 | Bancos de altura | O | | | |
| 9.10 | Estuche de diagnóstico | O | | | |
| 10 | Recursos Humanos | | | | |
| 10.1 | Certificado de especialización y cédula profesional del personal médico nefrólogo | I | | | |
| 10.2 | Copia títulos o certificados del personal de enfermería. | I | | | |
| 10.3 | Constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses. | I | | | |
| 10.4 | Existe un rol de turnos de los médicos y un registro de su cumplimiento. | O | | | |
| 10.5 | Se cumple con las cantidades planeadas por el establecimiento, de personal de enfermería. | I | | | |
| 11 | Insumos | | | | |
| 11.1 | Se tiene un inventario definido para cubrir las necesidades de insumos del establecimiento | O | | | |
| 11.2 | Se cumple con el inventario mínimo establecido | O | | | |
| 11.3 | Se tiene un botiquín para los casos de urgencias y las necesidades más comunes. | I | | | |
| 12 | Comités | | | | |
| 12.1 | Se cuenta con un Comité y registro de infecciones dentro del establecimiento de atención médica de hemodiálisis. | O | | | |

| **POR EL INSTITUTO** | **POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA** |
|---|---|
| **JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS O DIRECTOR DE UMAE** | **NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS** |

| **VERIFICADOR POR EL INSTITUTO** | **PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS** |
|---|---|
| **NOMBRE Y FIRMA** | |

## ANEXO T4 (T-CUATRO) CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA

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

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

| NO. | CRITERIO A VERIFICAR | SI CUMPLE | NO CUMPLE | INSTRUCCIONES PARA EL SUPERVISOR | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | REGISTRO NOMINAL DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS SUBROGADOS CON: ACCESO VASCULAR TEMPORAL O ACCESO VASCULAR DEFINITIVO. | | | DOCUMENTO QUE OBSERVA EL REGISTRO DE PACIENTES SUBROGADOS, PACIENTES CON ACCESO VASCULAR TEMPORAL Y ACCESO VASCULAR DEFINITIVO. | |
| 2 | PERIODICIDAD DE LAS SESIONES DE HEMODIÁLISIS. | | | VERIFICAR EVIDENCIAS DOCUMENTALES DEL NÚMERO DE SESIONES REALIZADAS POR PACIENTE, PRESCRITAS POR EL MÉDICO IMSS. | |
| 3 | DURACIÓN DE LAS SESIONES DE HEMODIÁLISIS. | | | VERIFICAR EVIDENCIAS DOCUMENTALES DEL TIEMPO DE DURACIÓN DE LAS SESIONES REALIZADAS POR PACIENTE, PRESCRITAS POR EL MÉDICO IMSS. | |
| 4 | RESULTADO ANUAL DEL ANÁLISIS QUÍMICO DE LA CALIDAD DEL AGUA | | | VALIDAR EL RESULTADO DE LA PRUEBA QUÍMICA DE LA CALIDAD DEL AGUA. | |
| 5 | RESULTADO | | | VALIDAR EL | |

| NO. | CRITERIO A VERIFICAR | SI CUMPLE | NO CUMPLE | INSTRUCCIONES PARA EL SUPERVISOR | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| | BIMESTRAL DEL ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO DE LA CALIDAD DEL AGUA, DE LA PLANTA DE TRATAMIENTO Y MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS. | | | RESULTADO DE LAS PRUEBAS BACTERIOLÓGICAS DE LA CALIDAD DEL AGUA. | |
| 6 | SANITIZACIÓN DEL SISTEMA DE AGUA TRATADA. | | | DOCUMENTO QUE EXHIBE EL REGISTRO DE SANITIZACIONES REALIZADAS AL SISTEMA DE TRATAMIENTO DE AGUA PARA HEMODIÁLISIS Y DEBE CONTENER LA FECHA, NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN LO EFECTUÓ. | |
| 7 | COPIA DE CERTIFICADO DE ESPECIALIZACIÓN , CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO NEFRÓLOGO RESPONSABLE DE LA UNIDAD | | | VERIFICAR COPIA DE CERTIFICADO DE ESPECIALIZACIÓN Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO NEFRÓLOGO RESPONSABLE DE LA UNIDAD DEL MÉDICO NEFRÓLOGO. | |
| 8 | COPIA DE TÍTULOS O CERTIFICADOS QUE COMPRUEBEN ESTUDIOS DE ENFERMERÍA. | | | VERIFICAR COPIA DE TÍTULOS O CERTIFICADOS QUE COMPRUEBEN ESTUDIOS DE ENFERMERÍA. | |
| 9 | EXISTE POR LO MENOS UN MÉDICO POR TURNO. | | | VERIFICAR DOCUMENTO DE ROL DE MÉDICOS. | |
| 10 | CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN Y/O ADIESTRAMIENTO EN HEMODIÁLISIS MÍNIMO POR 6 MESES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA. | | | DOCUMENTO QUE DEMUESTRE LA CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN Y/O ADIESTRAMIENTO EN HEMODIÁLISIS MÍNIMO POR 6 MESES. | |
| 11 | REGISTRO DE | | | VALIDAR REGISTRO DE | |

| NO. | CRITERIO A VERIFICAR | SI CUMPLE | NO CUMPLE | INSTRUCCIONES PARA EL SUPERVISOR | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| | TRATAMIENTOS SUSPENDIDOS Y SUS CAUSAS. | | | TRATAMIENTOS SUSPENDIDOS . Y SUS CAUSAS. | |
| 12 | REGISTRO DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE SEROLOGÍA POSITIVA | | | VALIDAR REGISTRO DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE SEROLOGÍA POSITIVA | |
| 13 | REGISTRO DE PACIENTES CON SEROCONVERSIÓN | | | VALIDAR REGISTRO DE PACIENTES CON SEROCONVERSIÓN | |
| 14 | CUMPLIMIENTO DE LAVADO DE MANOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA. | | | DOCUMENTO QUE DEMUESTRE CAPACITACIÓN EN EL LAVADO DE MANOS | |
| 15 | AL INGRESO AL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS, LOS PACIENTES DEBERÁN INGRESAR CON INDUMENTARIA LIMPIA, SIN OBJETOS QUE OCASIONEN CONTAMINACIÓN DURANTE LA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS | | | VERIFICAR AL INGRESO DE LOS PACIENTES AL ÁREA GRIS DEL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS NO TRAIGAN OBJETOS QUE PUDIERAN CONTAMINAR DURANTE EL PROCESO DEL TRATAMIENTO. | |

| **POR EL INSTITUTO** |
|---|
| **NOMBRE Y FIRMA**<br>**JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS / DIRECTOR DE UMAE** |
| **VERIFICADOR POR EL INSTITUTO** |
| **NOMBRE Y FIRMA** |

| **POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA** |
|---|
| **NOMBRE Y FIRMA**<br>**DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS** |
| **PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS** |
| **NOMBRE Y FIRMA** |

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

LUGAR: _____ FECHA: _____

_____
**NOMBRE Y FIRMA**
**ADMINISTRADOR DEL CONTRATO**

_____
**NOMBRE Y FIRMA**
**REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR**

**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 | |
| ENERO | | | |
| FEBRERO | | | |
| MARZO | | | |
| ABRIL | | | |
| MAYO | | | |
| JUNIO | | | |
| JULIO | | | |
| AGOSTO | | | |
| SEPTIEMBRE | | | |
| OCTUBRE | | | |
| NOVIEMBRE | | | |
| DICIEMBRE | | | |

LUGAR: _____ FECHA: _____

_____ _____

**NOMBRE Y FIRMA**
**ADMINISTRADOR DEL CONTRATO**

**NOMBRE Y FIRMA**
**REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR**

L.C. LSA / DRA. LCP/L.A.E. MFS
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS

## 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 | 2022 |

LA PARTE SOMBREADA ES UN EJEMPLO.

## ANEXO T8 (T-OCHO) DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS

| NO. | TIPO | NO. | LOCALIDAD | DOMICILIO | DIRECTOR | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HGZ | 11 | XALAPA | LOMAS DEL ESTADIO S/N, COL. CENTRO, C.P. 91000, XALAPA, VERACRUZ | DR. ÓSCAR BAIZABAL RAMÍREZ | OSCAR.BAIZABAL@IMSS.GOB.MX |

## ANEXO T 9FORMATO DE SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS (4-30-2/03)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

FOLIO: (2)

SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS (4-30-2/03)

(1) DELEGACIÓN/UMAE _____ Fecha: (3) DIA ___ MES ___ AÑO ___

**UNIDAD MÉDICA:** (4)
CLAVE PRESUPUESTAL:
TIPO Y NÚMERO:
LOCALIDAD:

**PACIENTE:** (5)
NOMBRE:
SEXO: M ☐ F ☐
No. DE SEGURIDAD SOCIAL AGREGADO
CURP:

**SERVICIO QUE DERIVA:** (6)
NOMBRE:
DIRECCIÓN:

**RAMO DE SEGURO QUE SE AFECTA:** (9)
RT ☐ EG ☐ MAT ☐ TV ☐ PEND ☐ Spf AM ☐

**TIPO DE SERVICIO:**
ORDINARIO: ☐ (7) URGENCIA: ☐
MOTIVO DE SUBROGACIÓN: (8)
CS ☐ FP ☐ FE ☐ FI ☐

(10) **TIPO DE SUBROGACIÓN**

| ÚNICA | MÚLTIPLE | HEMODIÁLISIS SUBROGADA |
|---|---|---|
| | | |

**VIGENCIA DE DERECHOS** (11)

**DIAGNOSTICO(S) Y RESUMEN CLÍNICO:** (12)

(13) **GRUPO A SUBROGAR:**

| | | |
|---|---|---|
| CONSULTA MEDICINA FAMILIAR: ☐ | CONSULTA ESPECIALIDADES ☐ | CONSULTA DENTAL ☐ |
| HOSPITALIZACIÓN MÉDICA ☐ | HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRJICA ☐ | MATERNO INFANTIL ☐ |
| AUX DE DX EN LABORATORIO ☐ | AUX DE DX EN GABINETE ☐ | AUX DE TRATAMIENTO ☐ |

**SERVICIO (S) A SUBROGAR** (14)

| CANTIDAD | ESPECIFICAR |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

**PROVEEDOR** (15)
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: RFC:
DOMICILIO: TEL:
CONTRATO No. VIGENCIA DEL: AL:

| | ELABORÓ (16) | Vo. Bo. JEFE DE SERVICIO (17) | AUT. DIRECTOR UNIDAD (18) |
|---|---|---|---|
| NOMBRE: | | | |
| MATRÍCULA: | | | |
| FIRMA | | | |

**CONSTANCIA DE QUE EL SERVICIO SE RECIBIÓ** (19)
NOMBRE:
PACIENTE: ☐ FAMILIAR: ☐ RESPONSABLE: ☐ PARENTESCO
DIRECCIÓN: TEL:
FECHA: FIRMA:

L.C. LSA / DRA. LCP/L.A.E. MFS
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS

## SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS (4-30-2/03)
## INSTRUCTIVO DE LLENADO

| NO. | DATO | ANOTAR |
|---|---|---|
| 1 | **OOAD Y UMAE** | EL NOMBRE DEL OOAD 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 |

L.C. LSA / DRA. LCP/L.A.E. MFS
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS

## ANEXO T10 (T diez) "CÉDULA DE VERIFICACIÓN DE PROTECCIÓN CIVIL Y SEGURIDAD EN UNIDADES DE HEMODIALISIS"

**NOMBRE DE UNIDAD:** **FECHA:**

**DOMICILIO:**

**CALLE CON NÚMERO:**

**COLONIA:**

**MUNICIPIO O ALCALDÍA:** **ENTIDAD:**

**DIRECTOR:** **DR.**

| NÚMERO | PROGRAMA INTERNO DE PROTECCIÓN CIVIL | SI CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| 1 | TIENE EL PROGRAMA INTERNO DE PROTECCIÓN CIVIL VIGENTE Y APROBADO POR LAAUTORIDAD ESTATAL O MUNICIPAL. | | |
| NÚMERO | LICENCIAS, DICTÁMENES Y CERTIFICACIONES | SI CUMPLE | NO CUMPLE |
| 2 | TIENE LICENCIA DE USO DE SUELO, CONSTANCIA DE SEGURIDAD ESTRUCTURAL, LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO, DICTAMEN DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS Y DE GAS, VISTO BUENO DE BOMBEROS, CONTRATO DEL SISTEMA DE ALARMA, PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CONTRATO DEL SERVICIO DE SEGURIDAD FÍSICA, CERTIFICACIÓN ANUAL DEL MANTENIMIENTO Y RECARGA DE EXTINTORES , BITÁCORASDE MANTENIMIENTO. | | |
| NÚMERO | CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO EN MATERIA DE PROTECCIÓN CIVIL | SI CUMPLE | NO CUMPLE |
| 3 | CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN OTORGADA POR EMPRESA AUTORIZADA O POR LAAUTORIDAD LOCAL, DE AL MENOS EL 60% DE TODO EL PERSONAL, EN EL USO DE EXTINTORES Y PROCEDIMIENTOS DE EVACUACIÓN, ASÍ COMO DE CAPACITACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA UNIDAD INTERNA DE PROTECCIÓN CIVIL. | | |
| NÚMERO | SIMULACROS | SI CUMPLE | NO CUMPLE |
| 4 | ACREDITA CON EVIDENCIA DOCUMENTAL Y FOTOGRÁFICA LA REALIZACIÓN DE SIMULACROS EN EL NÚMERO ESTABLECIDO POR LA AUTORIDAD ESTATAL O MUNICIPALY POR LO MENOS UNO CON HIPÓTESIS DE INCENDIO. | | |
| NÚMERO | EQUIPO DE IDENTIFICACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL PARA INTEGRANTES DE LAS BRIGADAS DE PROTECCIÓN CIVIL | SI CUMPLE | NO CUMPLE |
| 5 | CADA BRIGADISTA CUENTA COMO MÍNIMO CON CHALECO O BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN, CASCO PROTECTOR, GUANTES (CARNAZA Y/O HULE), LÁMPARA SORDAY SILBATO. | | |
| NÚMERO | SISTEMA DE ALARMA | SI CUMPLE | NO CUMPLE |
| 6 | CUENTA CON PANEL DE CONTROL, BATERÍA DE RESPALDO, SEÑAL DE ALERTA ESTROBOSCÓPICA Y AUDITIVA, BOTÓN O PALANCA DE PÁNICO Y ESTÁ ENLAZADA AUNA CENTRAL O SERVICIO DE EMERGENCIA. | | |
| NÚMERO | DETECTORES DE INCENDIO | SI CUMPLE | NO CUMPLE |
| 7 | HAY UN DETECTOR POR CUBÍCULO, POR PASILLO, Y EN SUPERFICIES MAYORES, UNO POR CADA 80 METROS CUADRADOS; INSTALACIÓN CABLEADA E INTEGRADOS AL SISTEMA DE ALARMA Y CONECTADOS A UN TABLERO CON INDICADORES LUMINOSOS. | | |

L.C. LSA / DRA. LCP/L.A.E. MFS

DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| 8 | ESTÁN UBICADOS A UNA DISTANCIA MÁXIMA DE 15 M ENTRE UNO Y OTRO, A UNA ALTURA MÁXIMA DE 1.5 METROS A LA PARTE MÁS ALTA DEL EQUIPO, CON CARGA VIGENTE, COLOCADOS EN SITIOS VISIBLES DE FÁCIL ACCESO Y LIBRES DE OBSTÁCULOS, SOBRE LOS TRAYECTOS HABITUALES DEL PERSONAL O DE LAS RUTAS DE EVACUACIÓN. | | |
| NÚMERO | RUTAS DE EVACUACIÓN | SI CUMPLE | NO CUMPLE |
| 9 | PASILLOS, CORREDORES, RAMPAS Y ESCALERAS QUE SEAN PARTE DE LAS RUTAS DE EVACUACIÓN, DEBEN ESTAR SEÑALIZADAS, ILUMINADAS Y LIBRES DE OBSTÁCULOS, QUE PERMITAN LA CIRCULACIÓN DE DOS PERSONAS ADULTAS SIMULTÁNEAMENTE YLA DISTANCIA A RECORRER DESDE EL PJNTO MÁS ALEJADO DEL INTERIOR DE LA UNIDAD NO DEBERÁ SER MAYOR A 40 METROS HACIA LA RUTA DE EVACUACIÓN, ENCASO CONTRARIO EL TIEMPO MÁXIMO DE EVACUACIÓN A UN LUGAR SEGURO DEBERÁ SER DE 3 MINUTOS. | | |
| NÚMERO | SALIDAS DE EMERGENCIA | SI CUMPLE | NO CUMPLE |
| 10 | CUENTA CON AL MENOS UNA SALIDA DE EMERGENCIA, CON ANCHO MÍNIMO DE<br>1.20 METROS Y 2.10 METROS DE ALTURA, ABATIBLE EN SENTIDO DE LA SALIDA, CON SU RESPECTIVO CIERRE AUTOMÁTICO Y CON BARRA DE PÁNICO COLOCADA ENTRE 1.05 Y<br>1.30 METROS DE ALTURA, O CON ALGÚN OTRO MECANISMO QUE PERMITA ABRIRLA DESDE EL INTERIOR, MEDIANTE UNA OPERACIÓN SIMPLE DE EMPUJE, CON SISTEMA DE DETECCIÓN DE APERTURA Y DEBIDAMENTE IDENTIFICADA. | | |
| NÚMERO | ILUMINACIÓN DE EMERGENCIA | SI CUMPLE | NO CUMPLE |
| 11 | ILUMINACIÓN DE EMERGENCIA, UBICADA EN RUTAS DE EVACUACIÓN, SALIDAS DE EMERGENCIA Y CUALQUIER VARIACIÓN O DESNIVEL DE PISO; DEBE GARANTIZAR SU FUNCIONAMIENTO AUTOMÁTICO CUANDO SE INTERRUMPA LA ENERGÍA ELÉCTRICA. | | |
| NÚMERO | SEÑALIZACIÓN | SI CUMPLE | NO CUMPLE |
| 12 | CUENTA CON SEÑALIZACIÓN DE PROTECCIÓN CIVIL QUE LA POBLACIÓN PUEDA IDENTIFICAR VISUALMENTE LOS MENSAJES DE INFORMACIÓN, PRECAUCIÓN, PROHIBICIÓN Y OBLIGACIÓN, COMO SON LAS RUTAS DE EVACUACIÓN, ZONAS DE MENOR RIESGO, RUTAS DE EVACUACIÓN, PUNTOS DE REUNIÓN, EXTINTORES, ETC. | | |

| NÚMERO | PUNTO DE REUNIÓN | SI CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| 13 | CUENTA CON UN PUNTO DE REUNIÓN EXTERNO QUE CONSISTE EN UN ÁREA SEGURA FUERA DE LOS LÍMITES DEL PREDIO DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS, VALIDADO POR LA AUTORIDAD MUNICIPAL Y/O UN TERCER ACREDITADO. | | |
| NÚMERO | PELÍCULA DE PROTECCIÓN EN CRISTALES | SI CUMPLE | NO CUMPLE |
| 14 | EL PROGRAMA INTERNO DE PROTECCIÓN CIVIL, DE ACUERDO A LOS RIESGOS DETECTADOS, ESTABLECE LA NECESIDAD DE APLICAR A LOS CRISTALES DE VENTANAS Y PUERTAS UNA PELÍCULA DE PROTECCIÓN QUE LOS HACE INASTILLABLES Y LA UNIDADDE HEMODIÁLISIS YA CUENTA CON ELLA, O NO SE REQUIERE. | | |
| NÚMERO | ESCALERA Y RAMPAS DE ACCESO | SI CUMPLE | NO CUMPLE |
| 15 | LAS ESCALERAS TIENEN UN ANCHO MINIMO DE 0.90 METROS, LA HUELLA DE LOS ESCALONES TIENE UN ANCHO MINIMO DE 0.27 METROS, LOS ESCALONES TIENEN COMO MÁXIMO UNA ALTURA DE 0.23 METROS Y CUENTA CON MATERIAL ANTIDERRAPANTE, CON DOS PASAMANOS FIJOS A UNA ALTURA DE 0.60 Y 0.90 METROS; CUENTAN AL MENOS CON UN DESCANSO; EL ANCHO DE LOS DESCANSOS ES IGUAL O MAYOR A LA ANCHURA REGLAMENTARIA DE LA ESCALERA.<br><br>RAMPAS CON UN MÍNIMO DE 1.20 METROS DE ANCHO Y PENDIENTE NO MAYOR DE 8%, EL ACABADO DE LA RAMPA CON TEXTURA ANTIDERRAPANTE Y BARANDALES A<br><br>0.90 METROS PARA ADULTOS Y A 0.60 METROS PARA MENORES. | | |
| NÚMERO | MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN Y MOBILIARIO CON RETARDANTE AL FUEGO | SI CUMPLE | NO CUMPLE |
| 16 | CUENTA CON RETARDANTE AL FUEGO EN PAREDES QUE NO SON DE LADRILLO, POSTES,VIGAS Y TECHUMBRES DE MADERA. | | |
| 17 | PRESENTA DOCUMENTO EMITIDO POR PARTE DE LA AUTORIDAD ESTATAL O MUNICIPAL, QUE DETERMINA QUE CON BASE EN EL ATLAS DE RIESGOS DE SU JURISDICCIÓN, LA UBICACIÓN DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS, NO REPRESENTA<br>RIESGO DE AFECTACIÓN A LA POBLACIÓN Y AL INMUEBLE, HABIENDO VERIFICADO QUE EL DOMICILIO DEL INMUEBLE OBSERVA COMO MÍNIMO LAS SIGUIENTES CONDICIONES:<br><br>A) ESTÁ UBICADA A MENOS DE 150 METROS DE UNA GASOLINERA<br>B) ESTÁ INSTALADA A MENOS DE 150 METROS DE UNA ESTACIÓN DE GAS<br>C) ESTÁ ESTABLECIDA A MENOS DE 150 METROS DE FÁBRICAS, BODEGAS DE PRODUCTOS PELIGROSOS (PRINCIPALMENTE INFLAMABLES) Y | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | OTRAS INDUSTRIAS RIESGOSAS (QUÍMICOS, TERMOELÉCTRICAS, ETC.)<br>D) ESTÁ SITUADA A MENOS DE 100 METROS DE DUCTOS DE PEMEX (QUE CONDUZCAN SUSTANCIAS COMBUSTIBLES)<br>E) UBICADA A MENOS DE 100 METROS DE DUCTOS DE GAS NATURAL<br>F) ESTÁ ESTABLECIDA A MENOS DE 100 METROS DE TORRES DE ALTA TENSIÓN O DUCTOS DE ELECTRICIDAD DE ALTA TENSIÓN<br>G) UBICADA CONTIGUA A PASTIZALES, ARBOLEDAS, BOSQUES, BODEGAS CON MATERIAL PELIGROSO CON POTENCIAL DE INCENDIO SEGÚN EL ATLAS DE RIESGOS.<br>H) RADICADA EN ZONA DE ALTO RIESGO DE INUNDACIÓN CON BASE EN EL ATLAS DE RIESGOS.<br>I) UBICADA EN INMEDIACIÓN DE CERROS O LADERAS CON RIESGO DE DESLAVE CON BASE EN EL ATLAS DE RIESGOS. | | |

NOTA: EL INCUMPLIMIENTO DE ALGUNO DE LOS PUNTOS IMPLICARÍA EL NO CUMPLIMIENTO DE LA PROPUESTA DEL LICITANTE EN LO QUE RESPECTA AL TEMA DE PROTECCIÓN CIVIL Y SEGURIDAD.

**ANEXO NÚMERO T11 (T ONCE) GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA CÉDULA DE VERIFICACIÓN DE PROTECCIÓN CIVIL Y SEGURIDAD PARA UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADAS**

ESTOS REQUISITOS DEBERÁN SER CONSIDERADOS EN LA EVALUACIÓN DE PROTECCIÓN CIVIL Y SEGURIDAD, CONFORME A LA CÉDULA DE VERIFICACIÓN PARA UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADAS.

**1. PROGRAMA INTERNO DE PROTECCIÓN CIVIL (PIPC)**

ES UN INSTRUMENTO DE PLANEACIÓN Y OPERACIÓN CUYO PROPÓSITO ES MITIGAR LOS RIESGOS PREVIAMENTE IDENTIFICADOS Y DEFINIR ACCIONES PREVENTIVAS Y DE RESPUESTA PARA ATENDER LA EVENTUALIDAD DE ALGUNA EMERGENCIA O DESASTRE. SE COMPONE DEL PLAN OPERATIVO DE LA UNIDAD INTERNA DE PROTECCIÓN CIVIL, EL PLAN DE CONTINGENCIAS Y EL PLAN PARA LA CONTINUIDAD DE OPERACIONES, EN APEGO AL ARTÍCULO 76 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN CIVIL

LA UNIDAD INTERNA DE PROTECCIÓN CIVIL, ÓRGANO NORMATIVO Y OPERATIVO RESPONSABLE DE DESARROLLAR Y DIRIGIR LAS ACCIONES DE PROTECCIÓN CIVIL EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS, ELABORA, ACTUALIZA, OPERA Y VIGILA EL PIPC. EL DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL PIPC DEBEN SER APROBADOS POR LA AUTORIDAD ESTATAL O MUNICIPAL COMPETENTE DE PROTECCIÓN CIVIL, A TRAVÉS DE UN DOCUMENTO OFICIAL CON VIGENCIA MÍNIMA DE UN AÑO, EN APEGO A LO SEÑALADO EN LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN CIVIL Y SU REGLAMENTO.

LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBE CONTAR CON UNA CARTA DE CORRESPONSABILIDAD DEL PIPC EMITIDA POR UN CONSULTOR O TERCER ACREDITADO EN MATERIA DE PROTECCIÓN CIVIL, LA CUAL EN ALGUNAS LOCALIDADES ES TAMBIÉN SOLICITADA PARA LA APROBACIÓN DE DICHO PROGRAMA.

EL PIPC DEBE CONTAR CON UN DIAGNÓSTICO DE VULNERABILIDAD DE RIESGOS INTERNOS Y EXTERNOS, ESTE ÚLTIMO, DE CONFORMIDAD CON EL ATLAS NACIONAL, ESTATAL O MUNICIPAL DE RIESGOS, ELABORADO POR EL CONSULTOR O TERCER ACREDITADO EN MATERIA DE PROTECCIÓN CIVIL POR LA AUTORIDAD COMPETENTE, QUE PERMITA AL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS IDENTIFICAR LOS RIESGOS A LOS QUE SE ENCUENTRA EXPUESTO EL INMUEBLE, Y CON ESTO SOLICITAR A LA AUTORIDAD MUNICIPAL EL DOCUMENTO OFICIAL DEL VISTO BUENO O AUTORIZACIÓN DE ACUERDO AL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL, EN EL QUE INDIQUE QUE LA UNIDAD NO ESTÁ EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD O QUE REPRESENTE UN ALTO RIESGO PARA LOS TRABAJADORES, DERECHOHABIENTES Y VISITANTES.

EL PIPC DE CADA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS ES UN DOCUMENTO DINÁMICO QUE REQUIERE UNA RENOVACIÓN PERMANENTE, CONSIDERANDO QUE ES NECESARIA SU ACTUALIZACIÓN CUANDO PRESENTE ALGÚN CAMBIO, DEBE CONSIDERAR MEDIDAS ESPECÍFICAS PARA LA EVACUACIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS, LO QUE DEBE INCLUIR PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
EN CASO DE QUE LA AUTORIDAD LOCAL NO EMITA ESTA AUTORIZACIÓN, LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBE CONTAR CON LA EVIDENCIA QUE LO SUSTENTE.

## 2. LICENCIAS, DICTAMENES Y CERTIFICACIONES

DE MANERA PERMANENTE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBE CONTAR CON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

### 2.1 LICENCIA DE USO DE SUELO.

LICENCIA DE USO DE SUELO EMITIDO POR LA AUTORIDAD MUNICIPAL.

### 2.2 DICTAMEN O CONSTANCIA DE SEGURIDAD ESTRUCTURAL.

ES EL DOCUMENTO RESULTANTE DE UNA INSPECCIÓN OCULAR Y ESTUDIO TÉCNICO DEL INMUEBLE DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS, PUEDE TENER OTROS TÍTULOS COMO DICTAMEN, REFRENDO, VALIDACIÓN O CERTIFICACIÓN DE SEGURIDAD ESTRUCTURAL. CONSISTE EN UNA REVISIÓN GENERAL O ESPECÍFICA CON EL OBJETIVO DE AVALAR LAS CONDICIONES ESTRUCTURALES DEL EDIFICIO PARA DETERMINAR Y GARANTIZAR SU SEGURIDAD Y ESTABILIDAD.

ESTE DOCUMENTO ES EMITIDO POR UN DIRECTOR RESPONSABLE DE OBRA (DRO), CORRESPONSABLE EN SEGURIDAD ESTRUCTURAL, PERITO REGISTRADO O SU EQUIVALENTE EN LA LOCALIDAD CORRESPONDIENTE AL DOMICILIO DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS. DEBE HACER CONSTAR QUE EL INMUEBLE CUMPLE CON LA REGLAMENTACIÓN APLICABLE EN CADA LOCALIDAD. ESPECIALMENTE, DEBERÁN DETERMINAR SI EL INMUEBLE ES APTO O INADECUADO EN MATERIA DE ESTABILIDAD Y SEGURIDAD ESTRUCTURAL, PARA BRINDAR EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS.

LA CONSTANCIA DEBE CONTAR CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

- DATOS DEL SO PROVEEDOR,
- UBICACIÓN DEL INMUEBLE,
- ANTECEDENTES Y MEMORIA DESCRIPTIVA DEL EDIFICIO,
- ALCANCES DE LA INSPECCIÓN FÍSICA DEL EDIFICIO,
- DESCRIPCIÓN ESTRUCTURAL RESULTANTE DE LA INSPECCIÓN Y TIPO DE EVALUACIÓN ESTRUCTURAL,
- EVIDENCIA FOTOGRÁFICA SEÑALANDO LOS PRINCIPALES ELEMENTOS ESTRUCTURALES,
- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES HACIENDO CONSTAR SI EL EDIFICIO CUMPLE O NO CON LO ESTABLECIDO EN LOS REGLAMENTOS LOCALES DE CONSTRUCCIÓN Y EN SU CASO, NORMAS TÉCNICAS,
- NOMBRE, FIRMA Y NÚMERO DE CÉDULA DEL PROFESIONISTA QUE REALIZÓ EL DOCUMENTO Y
- COPIA DEL REGISTRO O CÉDULA DEL PROFESIONISTA QUE REALIZÓ EL ESTUDIO, EXPEDIDA POR LA DEPENDENCIA GUBERNAMENTAL CORRESPONDIENTE.

LA VIGENCIA DE ESTE DOCUMENTO DEBE SER DE CINCO AÑOS, O LA PERIODICIDAD QUE EL REGLAMENTO DE CONSTRUCCIONES DE LA LOCALIDAD ESTABLEZCA, EN CUYO CASO PREVALECERÁ ESTA ÚLTIMA.

ADEMÁS, DEBE ACTUALIZARSE CUANDO SE PRESENTEN LOS SIGUIENTES CASOS:

- CUANDO UN INMUEBLE SUFRA CAMBIOS POR AMPLIACIÓN O REMODELACIÓN QUE ALTERE LA ESTRUCTURA DEL MISMO; O
- CUANDO SUCEDA UNA EVENTUALIDAD QUE PUEDA AFECTAR LA ESTRUCTURA DEL INMUEBLE COMO UN SISMO, INUNDACIÓN, UNA EXPLOSIÓN CERCANA, UN DESLIZAMIENTO O ASENTAMIENTO DE TIERRAS, INCENDIO,

HURACÁN, ENTRE OTRAS, Y LA AUTORIDAD LOCAL COMPETENTE LO ESTIME NECESARIO O EL INSTITUTO LO DETERMINE DE MANERA CONJUNTA ENTRE EL NIVEL CENTRAL Y LAS DELEGACIONES.

**2.3 LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO.**

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO EMITIDO POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS MUNICIPALES.

**2.4 DICTAMEN O VERIFICACIÓN DE LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS.**

DOCUMENTO QUE EMITE Y FIRMA BAJO SU RESPONSABILIDAD UNA UNIDAD DE VERIFICACIÓN DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS (UVIE), ACREDITADA POR LA SECRETARIA DE ENERGÍA, A TRAVÉS DEL SISTEMA ELECTRÓNICO DE DICTÁMENES DE

VERIFICACIÓN, EL CUAL CERTIFICA QUE LA INSTALACIÓN ELÉCTRICA DE UN INMUEBLE O PARTE DE ELLA CUMPLE CON LA NORMA NOM-001-SEDE-2012.

LA VIGENCIA DE ESTE DOCUMENTO SERÁ ESTABLECIDA POR LA UNIDAD DE VERIFICACIÓN, SIEMPRE QUE SE MANTENGAN LAS CONDICIONES QUE SIRVIERON DE BASE PARA SU EMISIÓN.

LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBE ACREDITAR QUE LA INSTALACIÓN ELÉCTRICA CONTINÚA SIENDO SEGURA CON UN NUEVO DICTAMEN DE VERIFICACIÓN EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- CUANDO CAMBIEN LAS CONDICIONES DE LA INSTALACIÓN ELÉCTRICA POR MODIFICACIONES QUE ALTEREN LA DEMANDA DE ENERGÍA O LAS CONDICIONES DE OPERACIÓN ELÉCTRICA EN GENERAL; O
- CUANDO SUCEDA UNA EVENTUALIDAD QUE PUEDA DAÑAR LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS COMO UN SISMO, UN INCENDIO, UN DESLIZAMIENTO O ASENTAMIENTO DE TIERRAS, UN HURACÁN, UNA INUNDACIÓN, ENTRE OTRAS, Y LA AUTORIDAD LOCAL COMPETENTE LO ESTIME NECESARIO O EL INSTITUTO LO DETERMINE DE MANERA CONJUNTA

ENTRE EL NIVEL CENTRAL Y LAS DELEGACIONES, LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBE ACREDITAR QUE LA INSTALACIÓN ELÉCTRICA SIGUE SIENDO SEGURA CON UN NUEVO DICTAMEN DE VERIFICACIÓN.

**2.5 DICTAMEN O VERIFICACIÓN DE LAS INSTALACIONES DE GAS.**

DOCUMENTO QUE EMITE Y FIRMA BAJO SU RESPONSABILIDAD LA UNIDAD DE VERIFICACIÓN DE INSTALACIONES DE GAS (PARA GAS L.P. ES UNA UVSELP Y PARA GAS NATURAL ES UNA UV). EN ESTE SE CERTIFICA QUE LA INSTALACIÓN DE GAS, EN UN INMUEBLE O EN ALGUNA DE SUS PARTES CUMPLE CON LA NOM-004-SEDG-2004 O NOM-002-SECRE-2010, QUE GARANTICE LA SEGURIDAD DE LA UTILIZACIÓN DEL COMBUSTIBLE. ESTA CERTIFICACIÓN SOLO SE SOLICITA A UNIDAD DE HEMODIÁLISIS QUE UTILICEN INSTALACIÓN DE GAS L.P. O NATURAL.

LA VIGENCIA DE ESTE DOCUMENTO SERÁ ESTABLECIDA POR LA UNIDAD DE VERIFICACIÓN, SIEMPRE QUE SE MANTENGAN LAS CONDICIONES QUE SIRVIERON DE BASE PARA SU EMISIÓN.

LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBE ACREDITAR CON UN NUEVO DICTAMEN DE VERIFICACIÓN QUE LA INSTALACIÓN DE GAS SIGUE SIENDO SEGURA EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- CUANDO CAMBIEN LAS CONDICIONES DE LA INSTALACIÓN DE GAS POR MODIFICACIONES QUE ALTEREN LA DEMANDA DEL COMBUSTIBLE O LAS CONDICIONES DE OPERACIÓN ELÉCTRICA EN GENERAL; O
- CUANDO SUCEDA UNA EVENTUALIDAD QUE PUEDA DAÑAR LAS INSTALACIÓN DE GAS COMO UN SISMO, UN INCENDIO, UN DESLIZAMIENTO O ASENTAMIENTO DE TIERRAS, UN HURACÁN, UNA INUNDACIÓN, ENTRE OTRAS, Y LA AUTORIDAD LOCAL COMPETENTE LO ESTIME NECESARIO O EL INSTITUTO LO DETERMINE DE MANERA CONJUNTA ENTRE EL NIVEL CENTRAL Y LAS DELEGACIONES

**2.6 VISTO BUENO DE BOMBEROS.**

VISTO BUENO DE BOMBEROS (SI LA AUTORIDAD ESTATAL O LOCAL LO REQUIERE Y EMITE).

**2.7 CONTRATO DEL SISTEMA DE ALARMA.**

CONTRATO VIGENTE DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE ALARMA Y SEGURIDAD.

**2.8 PÓLIZA DE SEGURO.**

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL QUE DEBERÁ RENOVARSE ANUALMENTE Y ESTAR VIGENTE DURANTE LA VIGENCIA DEL INSTRUMENTO LEGAL CELEBRADO PARA EL OTORGAMIENTO DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS.

**2.9 CONTRATO DEL SERVICIO DE SEGURIDAD.**

CONTRATO VIGENTE DEL SERVICIO DE SEGURIDAD FÍSICA VIGENTE.

**2.10CERTIFICACIÓN ANUAL DEL MANTENIMIENTO Y RECARGA DE EXTINTORES.**

COMPROBANTE DE RECARGA DE EXTINTORES, EMITIDO POR EMPRESA ESPECIALIZADA EN DONDE SE ESPECIFIQUE LA CONSTANCIA DE CARGA VIGENTE DE LOS EXTINTORES Y SU BUEN FUNCIONAMIENTO.

**2.11 BITÁCORAS DE MANTENIMIENTO.**

BITÁCORAS DE MANTENIMIENTO (INSTALACIONES ELÉCTRICAS, HIDROSANITARIAS, GAS, COMUNICACIÓN, EQUIPOS SUJETOS A PRESIÓN, ELEVADORES, ESCALERAS DE EMERGENCIA, EQUIPO CONTRA INCENDIO, ETC.).

**3. CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO EN MATERIA DE PROTECCIÓN CIVIL**

ES EL PROCESO DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS PARA FOMENTAR LA CULTURA DE AUTOPROTECCIÓN Y PREVENCIÓN, MEDIANTE EL CUAL SE DESARROLLAN HABILIDADES, DESTREZAS Y CAPACIDADES DE RESPUESTA QUE PERMITEN UN MEJOR DESEMPEÑO EN SITUACIONES DE SINIESTROS, EMERGENCIAS O DESASTRES QUE PUDIERAN AFECTAR A LA POBLACIÓN E INSTALACIONES DEL INMUEBLE. DEBE INCLUIR, ENTRE OTROS, EL CONOCIMIENTO, FUNCIONAMIENTO Y UTILIZACIÓN DE LAS INSTALACIONES Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA INCENDIO, ASÍ COMO EL SIGNIFICADO DE LA SEÑALIZACIÓN Y DEMÁS TEMAS RELACIONADOS EN MATERIA DE PROTECCIÓN CIVIL.

POR LO MENOS 60 % DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBE RECIBIR CAPACITACIÓN ANUAL TEÓRICA Y PRÁCTICA EN LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE SEGURIDAD:

- CONTROL Y COMBATE DE INCENDIOS Y USO Y MANEJO DE EXTINTORES,
- PLANES DE EMERGENCIA EN CASOS DE EVACUACIÓN, SISMO, INCENDIO Y OTROS SUPUESTOS.

ASIMISMO, POR LO MENOS EL PERSONAL DESIGNADO COMO JEFE DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS Y JEFE DE BRIGADA DE BÚSQUEDA Y RESCATE DEBE CONTAR CON LA CAPACITACIÓN CORRESPONDIENTE A SUS TAREAS.

LA CAPACITACIÓN DEBE SER IMPARTIDA POR PERSONAL AUTORIZADO Y REGISTRADO ANTE LAS AUTORIDADES LOCALES COMPETENTES DE PROTECCIÓN CIVIL. LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBE CONTAR CON COPIA DE DICHO REGISTRO. POR CADA CAPACITACIÓN SE DEBE CONTAR CON UN LISTADO DE PARTICIPANTES, CARTA DESCRIPTIVA DEL CURSO Y DIPLOMA O CONSTANCIA.

LA NORMATIVIDAD GENERAL APLICABLE A ESTE PUNTO SE ENCUENTRA CONSIGNADA EN LA "NOM- 002-STPS-2010", NUMERAL 5. OBLIGACIONES DEL PATRÓN, INCISO 5.8; NUMERAL 6. OBLIGACIONES DE LOS TRABAJADORES, INCISO 6.3; NUMERAL 11. CAPACITACIÓN, INCISOS 11.1, 11.2, 11.3 Y 11.4.

**4. SIMULACROS**

LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBERÁ ACREDITAR LA REALIZACIÓN DE SIMULACROS EN EL NÚMERO QUE DETERMINE LA AUTORIDAD ESTATAL O MUNICIPAL, Y POR LO MENOS UNO DE ELLOS SE DEBE REALIZAR CON HIPÓTESIS DE INCENDIO, CONFORME A LA "NOM-002-STPS-2010", NUMERAL
5. OBLIGACIONES DEL PATRÓN, INCISO 5.7; NUMERAL 6. OBLIGACIONES DE LOS TRABAJADORES, INCISO 6.7; NUMERAL 8. PLAN DE ATENCIÓN A EMERGENCIAS DE INCENDIO, INCISO 8.1; Y NUMERAL
10. SIMULACROS DE EMERGENCIAS DE INCENDIO, INCISO 10.1 Y 10.2.

LOS SIMULACROS DEBERÁN SER ATESTIGUADOS POR LAS AUTORIDADES DE PROTECCIÓN CIVIL. SI NO SE CONTÓ CON LA ASISTENCIA DE LA AUTORIDAD DE PROTECCIÓN CIVIL, AL MENOS SE DEBE CONTAR CON LA EVIDENCIA DE LA INVITACIÓN REALIZADA PARA QUE ESTA ACUDIERA
EN TODOS LOS CASOS, LOS SIMULACROS DEBERÁN CONTAR CON EVIDENCIA DOCUMENTAL Y FOTOGRÁFICA

SE PROCURARÁ QUE LOS SIMULACROS NO IMPLIQUEN PELIGRO DE CAÍDAS NI RIESGOS DE OTRO TIPO EN LA EVACUACIÓN QUE PUDIERAN INTERFERIR EL PROCESO Y SE DEBE TOMAR EN CUENTA LAS MEDIDAS ESTRATÉGICAS NECESARIAS PARA LOS USUARIOS CON DIFERENTES TIPOS DE DISCAPACIDAD CUANDO SEA EL CASO.

**5. EQUIPO DE IDENTIFICACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL PARA INTEGRANTES DE LAS BRIGADAS DE PROTECCIÓN CIVIL**

ES EL CONJUNTO DE ELEMENTOS Y DISPOSITIVOS DISEÑADOS PARA DISTINGUIR A LOS MIEMBROS DE LAS BRIGADAS DE PROTECCIÓN CIVIL Y PRESERVAR SU INTEGRIDAD ANTE FACTORES GENERADOS POR LA ATENCIÓN DE ALGUNA EMERGENCIA, CONTENIDO EN LA NOM-002-STPS-2010", NUMERAL 5. OBLIGACIONES DEL PATRÓN, INCISO 5.2; NUMERAL 6. OBLIGACIONES DE LOS TRABAJADORES, INCISO 6.5, INCISO 6.8; NUMERAL 9. BRIGADAS CONTRA INCENDIO, INCISO 9.3.

SALVO QUE EXISTA DISPOSICIÓN CONTRARIA POR LA AUTORIDAD MUNICIPAL COMPETENTE DE PROTECCIÓN CIVIL, EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA SEGURIDAD SE DEBE INTEGRAR DE ACUERDO CON LAS TAREAS QUE REALIZAN LAS DIFERENTES BRIGADAS Y DEBE ESTAR CONSTITUIDO POR LOS ELEMENTOS MÍNIMOS INDISPENSABLES PARA CADA INTEGRANTE, TOMANDO EN CUENTA LAS CIRCUNSTANCIAS DE UN FENÓMENO QUE PROVOQUE UNA EMERGENCIA, TAL COMO SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN:

**5.1 BRIGADA DE EVACUACIÓN:**

CHALECO O BRAZALETE IDENTIFICADOR DE COLOR AMARILLO, LÁMPARA SORDA (CON CARGA), SILBATO Y CASCO PROTECTOR.

**5.2 BRIGADA DE PREVENCIÓN Y COMBATE DE INCENDIOS:**

CHALECO O BRAZALETE IDENTIFICADOR DE COLOR ROJO, GUANTES DE CARNAZA, LÁMPARA SORDA (CON CARGA), CASCO PROTECTOR, SILBATO Y MASCARILLA DE PLÁSTICO O DE TELAS ESPECIALES CONTRA POLVOS Y HUMOS.

EN CASO DE QUE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS CUENTE CON SISTEMA FIJO DE PROTECCIÓN CONTRA INCENDIO, SE DEBE CONSIDERAR EQUIPO DE SEGURIDAD PERSONAL PARA LOS INTEGRANTES DE LA BRIGADA ENCARGADA PARA EL USO DE LOS EQUIPOS. EN SU CASO, EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL SERÁ ESPECIFICADO POR LAS AUTORIDADES DE PROTECCIÓN CIVIL DE LA LOCALIDAD DONDE SE UBIQUE EL INMUEBLE.

**5.3 BRIGADA DE BÚSQUEDA Y RESCATE:**

CHALECO O BRAZALETE IDENTIFICADOR DE COLOR MORADO, CASCO PROTECTOR, LENTES PROTECTORES, LÁMPARA SORDA (CON CARGA), SILBATO Y GUANTES DE CARNAZA.

**5.4 BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS:**

CHALECO O BRAZALETE IDENTIFICADOR DE COLOR VERDE, CASCO PROTECTOR, LENTES PROTECTORES, GUANTES DE LÁTEX, LÁMPARA SORDA (CON CARGA), SILBATO Y CUBRE BOCAS.

LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBE COLOCAR ESTRATÉGICAMENTE UN BOTIQUÍN PARA EL JEFE DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS, EL CUAL DEBE CONTAR CUANDO MENOS CON: APÓSITOS, ALGODÓN, ABATELENGUAS, FÉRULAS DE CARTÓN DE 15 X 50 CM, GASAS, GUANTES QUIRÚRGICOS, JERINGAS DESECHABLES CON AGUJAS DE DIVERSAS MEDIDAS (OPCIONALES), MASCARILLA PARA RESPIRACIÓN ARTIFICIAL (TIPO MASCARILLA NARIZ - BOCA CON FUELLE, SIN CONTACTO DIRECTO DE BOCA A BOCA O UN EQUIPO DE FUNCIÓN SEMEJANTE), SOLUCIONES ANTISÉPTICAS, TELA ADHESIVA, TERMÓMETRO ORAL, TIJERA RECTA O DE BOTÓN Y VENDAS ELÁSTICAS DE DIVERSAS MEDIDAS.

CUANDO LA AUTORIDAD COMPETENTE DE PROTECCIÓN CIVIL SOLICITE OTROS COLORES PARA LOS CHALECOS, BRAZALETES Y CASCOS EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS, SE DEBEN UTILIZAR LOS DISPUESTOS POR DICHA AUTORIDAD. EN ESE CASO, LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBERÁ CONTAR CON EVIDENCIA DOCUMENTAL.

EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA LAS BRIGADAS DE SEGURIDAD DEBE COLOCARSE DE ACUERDO CON LA UBICACIÓN DE CADA INTEGRANTE DE LA BRIGADA, EN UN SITIO DE FÁCIL ACCESO.

SE DEBE CONTAR CON EVIDENCIA DOCUMENTAL DE QUE SE PROPORCIONA A LOS JEFES DE BRIGADA EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA SEGURIDAD, ASÍ COMO LA CAPACITACIÓN Y EL ADIESTRAMIENTO PARA SU USO, REVISIÓN, REPOSICIÓN, LIMPIEZA, LIMITACIONES, MANTENIMIENTO, RESGUARDO Y DISPOSICIÓN.

**6. SISTEMA DE ALARMA**

CONSISTE EN UN CONJUNTO DE DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS FIJOS UBICADOS EN UN LUGAR VISIBLE Y CONCURRIDO QUE ALERTAN DE CUALQUIER OPERACIÓN FUERA DE LO NORMAL QUE PUDIERA REPRESENTAR UN PROBLEMA. LOS SISTEMAS DE ALARMA ESTÁN DISEÑADOS PARA OPERAR DE FORMA AUTOMÁTICA O MANUAL MEDIANTE UN BOTÓN O PALANCA DE PÁNICO.

PARA LA SELECCIÓN, UBICACIÓN, INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE ALARMA ES NECESARIO CONSIDERAR LO SEÑALADO POR UN CONSULTOR O ASESOR ACREDITADO EN MATERIA DE PROTECCIÓN CIVIL O UNA PERSONA FÍSICA O MORAL ESPECIALIZADA EN LA INSTALACIÓN DE ESTOS EQUIPOS. PARA ELLO, SE DEBERÁN TOMAR EN CUENTA, AL MENOS, LOS SIGUIENTES ELEMENTOS:

- PANEL DE CONTROL. DISPOSITIVO QUE RECIBE LAS SEÑALES ELECTRÓNICAS DE CADA UNO DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA, COMO DETECTORES, SENSORES, SEÑALES DE ALERTA Y ESTACIÓN MANUAL DE ALARMA (CON DESACTIVACIÓN MANUAL). SU UBICACIÓN DEPENDERÁ DE LO SEÑALADO POR EL ESPECIALISTA. DEBE CONTAR CON AVISO DE UBICACIÓN Y SE DEBE EVITAR COLOCAR ADORNOS, CARTELES Y OBJETOS QUE OBSTRUYAN SU IDENTIFICACIÓN, ACCESO Y BUEN FUNCIONAMIENTO.
- BATERÍA DE RESPALDO. ELEMENTO QUE FUNCIONA COMO SEGUNDA FUENTE DE ALIMENTACIÓN EN CASO DE PÉRDIDA DE CORRIENTE NORMAL DE ENERGÍA ELÉCTRICA.
- SEÑAL DE ALERTA ESTROBOSCÓPICA Y AUDITIVA. DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS PARA ALERTAMIENTO VISUAL QUE INCLUYEN UNA SIRENA. SE DEBEN UBICAR EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS CONSIDERANDO EL NÚMERO NECESARIO PARA GARANTIZAR QUE LA LUZ Y EL SONIDO QUE EMITEN SEAN PERCEPTIBLES EN CUALQUIER LUGAR DE LAS INSTALACIONES, A FIN DE QUE EL PERSONAL IDENTIFIQUE LAS ALERTAS.

- BOTÓN O PALANCA DE PÁNICO. ELEMENTO QUE SIRVE PARA OPERAR MANUALMENTE LA ALARMA. DEBE ESTAR PROVISTO DE DISPOSITIVOS DE PROTECCIÓN QUE IMPIDAN SU ACTIVACIÓN INVOLUNTARIA. SE REQUIERE CUANDO MENOS UNO EN CADA NIVEL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.

EL SISTEMA DE ALARMA DEBE ESTAR ENLAZADO EN TODO MOMENTO A UNA CENTRAL O EMPRESA EXTERNA DE SERVICIO DE MONITOREO QUE RECIBA LAS SEÑALES EN CASO DE ACTIVARSE LA ALARMA Y ACTÚE EN

CONSECUENCIA NOTIFICANDO A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA. . LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBE CONTAR CON UN CONTRATO DE SERVICIO VIGENTE, BITÁCORA U ÓRDENES DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO AL SISTEMA DE ALARMA CON LA PERSONA FÍSICA O MORAL PROVEEDORA DEL EQUIPO O UN TÉCNICO ESPECIALIZADO QUE GARANTICE SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.
EL SEÑALAMIENTO DE ACUERDO CON LA NOM-003-SEGOB-2011, LAS CARACTERÍSTICAS DEL SEÑALAMIENTO DE LA UBICACIÓN DE UN DISPOSITIVO DE ACTIVACIÓN DE ALARMA O BOTÓN DE PÁNICO ES LA SIGUIENTE:

Color:
Seguridad: Fondo rojo
Contraste: Blanco
Forma: Cuadrado o Rectángulo
Símbolo: Silueta de un timbre con efecto de ondas sonoras
Texto de uso opcional: ALARMA



LA UBICACIÓN DEL PANEL DE CONTROL SE INDICARÁ DE LA SIGUIENTE MANERA:

Color:
Seguridad: Fondo rojo
Contraste: Blanco
Forma: Cuadrado o Rectángulo
Texto: PANEL DE CONTROL DEL SISTEMADE ALARMA




## 7. SISTEMA DE DETECTORES

LOS SISTEMAS DE DETECCIÓN DE INCENDIOS SON APARATOS ELECTRÓNICOS CAPACES DE DETECTAR HUMO, CALOR, GAS Y OTROS AGENTES RELATIVOS AL FUEGO, LA NORMATIVIDAD GENERAL APLICABLE A ESTOS EQUIPOS SE ENCUENTRA CONSIGNADA EN: LA "NOM-002-STPS-2010" NUMERAL 5: OBLIGACIONES DEL PATRÓN INCISO 5.10 Y EN EL NUMERAL 7: CONDICIONES DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS INCISO 7.4, GUÍA DE REFERENCIA IV. DETECTORES DE INCENDIO.

DETECTORES DE HUMO: DISPOSITIVOS DE MUESTREO DE AIRE QUE CAPTAN LAS PARTÍCULAS DE HUMO.

SE DEBE TENER INSTALADO CUANDO MENOS UN DETECTOR DE HUMO EN CADA LOCAL, ASÍ COMO EN LOS PASILLOS CERRADOS (CONTENIDO AL MENOS ENTRE DOS MUROS PARALELOS), CONFORME A LO INDICADO EN EL CUADRO "NÚMERO DE DETECTORES DE HUMO POR LOCAL Y PASILLO CERRADO".

LOS LOCALES EXENTOS DE SU INSTALACIÓN SON COCINA, SANITARIOS, SÉPTICO Y BAÑO DE ARTESA, EN SU CASO, LOS PASILLOS ABIERTOS Y OTROS ESPACIOS SEÑALADOS POR EL CONSULTOR O TERCER ACREDITADO EN MATERIA DE PROTECCIÓN CIVIL.

DEBEN ESTAR COLOCADOS EN LUGARES DESPEJADOS DE OBSTÁCULOS QUE IMPIDAN O DIFICULTEN SU FUNCIONAMIENTO.

| CUADRO NÚMERO DE DETECTORES DE HUMO POR LOCAL Y PASILLO CERRADO | |
|---|---|
| METROS POR LOCAL Y PASILLO CERRADO | NÚMERO MÍNIMO DE DETECTORES |
| 0 A 80 $M^2$ | 1 |
| 80 A 160 $M^2$ | 2 |
| EN CASO DE TENER UN ESPACIO DE MÁS DE 160M2, AGREGAR UN DETECTOR POR CADA 80 M2 | DE ACUERDO CON LA SUPERFICIE DEL ESPACIO |

DETECTORES DE CALOR: DISPOSITIVOS QUE SE ACTIVAN POR EL ESTÍMULO DE LA ELEVACIÓN DE LA TEMPERATURA.

LOS DETECTORES DE CALOR DEBEN ESTAR INSTALADOS EN LOS LOCALES DE LA COCINA Y ADICIONALMENTE EN AQUÉLLOS DONDE EXISTAN FUENTES DE CALOR; ESTOS ÚLTIMOS, PREVIO ANÁLISIS DE RIESGOS. DEBEN ESTAR CALIBRADOS DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESPECÍFICAS DE CADA LOCAL.
DETECTORES DE GAS DE COMBUSTIÓN: DISPOSITIVOS QUE DETECTAN LA PRESENCIA DE GAS EN EL AIRE Y QUE A UNA DETERMINADA CONCENTRACIÓN EMITEN UNA SEÑAL. ESTOS DETECTORES SE UTILIZAN SOLO SI CUENTAN CON INSTALACIONES DE GAS LP O NATURAL.

LOS DETECTORES DE GAS DE COMBUSTIÓN DEBEN ESTAR INSTALADOS EN LOCALES DONDE SE UTILICE GAS LP O NATURAL COMO COMBUSTIBLE PARA EL FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS COMO ESTUFAS, SECADORAS DE ROPA, ENTRE OTROS. DEBEN ESTAR COLOCADOS DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESPECÍFICAS DEL LOCAL Y EL COMBUSTIBLE.

PARA LA SELECCIÓN Y COLOCACIÓN DE LOS DETECTORES DE CALOR Y GASES DE COMBUSTIÓN SE DEBE REALIZAR UN ESTUDIO TÉCNICO POR PERSONAL ESPECIALIZADO, EL CUAL DEBE ENCARGARSE TAMBIÉN DE SU INSTALACIÓN Y DE LA GRADUACIÓN DE LA TEMPERATURA.

## 8. EXTINTORES

SON RECIPIENTES QUE FORMAN PARTE DEL EQUIPO CONTRA INCENDIOS, LOS CUALES CONTIENEN UN AGENTE EXTINGUIDOR O SUSTANCIA QUE POR SUS PROPIEDADES FÍSICAS O QUÍMICAS INHIBE LA COMBUSTIÓN. SE UTILIZAN PRINCIPALMENTE PARA CONTROLAR FUEGO INCIPIENTE. ESTÁN DISEÑADOS PARA SER TRANSPORTADOS Y OPERADOS DE MANERA MANUAL.
LOS EQUIPOS PORTÁTILES CONTRA INCENDIOS QUE SON ADECUADOS PARA CADA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SE DETERMINARÁN A PARTIR DE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE INCENDIO DEL INMUEBLE. ESTE ÚLTIMO ES UN DOCUMENTO ELABORADO POR UNA UNIDAD DE VERIFICACIÓN ACREDITADA Y APROBADA POR LA SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL, PROTECCIÓN CIVIL O BOMBEROS, EN EL QUE SE DEFINE SI EL INMUEBLE ES

CONSIDERADO COMO DE RIESGO DE INCENDIO ORDINARIO O ALTO. LA VIGENCIA DE ESTE DOCUMENTO SERÁ ESTABLECIDA POR EL EMISOR DEL MISMO, SIEMPRE Y CUANDO NO SE MODIFIQUEN LOS FACTORES QUE DETERMINARON LA CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE RIESGO DE INCENDIO.

A PARTIR DEL RESULTADO DEL GRADO DE RIESGO, SE DETERMINARÁ EL TIPO DE EXTINTOR Y SU UBICACIÓN, CONSIDERANDO LO SIGUIENTE:

GRADO DE RIESGO ORDINARIO: AL MENOS UN EXTINTOR POR CADA 300.00 M2 DE SUPERFICIE CONSTRUIDA O FRACCIÓN. LOS EXTINTORES DEBEN ESTAR UBICADOS A UNA DISTANCIA MÁXIMA DE RECORRIDO DE ACUERDO CON EL TIPO DE FUEGO, COMO SE INDICA EN EL SIGUIENTE CUADRO:

| CUADRO DISTANCIA MÁXIMA DE RECORRIDO PARA COLOCAR UN EXTINTOR DE ACUERDO CON EL TIPO DE FUEGO EN CASO DE GRADO DE RIESGO ORDINARIO | |
|---|---|
| TIPO DE FUEGO | DISTANCIA MÁXIMA DE RECORRIDO PARA COLOCAR UNEXTINTOR |
| CLASES A Y C | 23.00 M |
| CLASE B | 15.00 M |
| CLASE K | 10.00 M |

GRADO DE RIESGO ALTO: AL MENOS UN EXTINTOR POR CADA 200.00 M2 DE SUPERFICIE O FRACCIÓN. LOS EXTINTORES DEBEN ESTAR UBICADOS A UNA DISTANCIA MÁXIMA DE RECORRIDO DE ACUERDO CON EL TIPO DE FUEGO, COMO SE INDICA A CONTINUACIÓN:

| Cuadro Distancia máxima de recorrido para colocar un extintor | |
|---|---|
| TIPO DE FUEGO | DISTANCIA MÁXIMA DE RECORRIDO PARA COLOCAR UN EXTINTOR |
| CLASES A Y C | 23.00 M |
| CLASE B | 10.00 M* |
| CLASE K | 10.00 M |

* LOS EXTINTORES PARA EL TIPO DE RIESGO DE INCENDIO ALTO Y FUEGO CLASE B, SE PODRÁN UBICAR A UNA DISTANCIA MÁXIMA DE 15 M, SIEMPRE QUE SEAN DEL TIPO MÓVIL.

LA DETERMINACIÓN DEL TIPO DE EXTINTORES OBEDECE A LOS TIPOS DE FUEGO QUE POTENCIALMENTE PUEDEN PRESENTARSE EN UN EDIFICIO Y QUE SON:

**FUEGO CLASE A:** ES AQUEL QUE SE PRESENTA EN MATERIAL COMBUSTIBLE SÓLIDO, GENERALMENTE DE NATURALEZA ORGÁNICA, Y QUE SU COMBUSTIÓN SE REALIZA NORMALMENTE CON FORMACIÓN DE BRASAS;

**FUEGO CLASE B:** ES AQUEL QUE SE PRESENTA EN LÍQUIDOS COMBUSTIBLES E INFLAMABLES Y GASES INFLAMABLES;

**FUEGO CLASE C:** ES AQUEL QUE INVOLUCRA APARATOS, EQUIPOS E INSTALACIONES ELÉCTRICAS ENERGIZADAS;

**FUEGO CLASE D:** ES AQUEL EN EL QUE INTERVIENEN METALES COMBUSTIBLES, TALES COMO EL MAGNESIO, TITANIO, CIRCONIO, SODIO, LITIO Y POTASIO;

**FUEGO CLASE K:** ES AQUEL QUE SE PRESENTA BÁSICAMENTE EN INSTALACIONES DE COCINA, QUE INVOLUCRA SUSTANCIAS COMBUSTIBLES, TALES COMO ACEITES Y GRASAS VEGETALES O ANIMALES. LOS FUEGOS CLASE K OCURREN EN LOS DEPÓSITOS DE GRASA SEMIPOLIMERIZADA, Y SU COMPORTAMIENTO ES DISTINTO A OTROS COMBUSTIBLES.

CUANDO EL CONSULTOR O TERCER ACREDITADO EN MATERIA DE PROTECCIÓN CIVIL, LAS AUTORIDADES DE PROTECCIÓN CIVIL, BOMBEROS O LA UNIDAD VERIFICADORA ACREDITADA RECOMIENDEN UNA COMBINACIÓN DIFERENTE DE TIPO DE EXTINTOR Y CAPACIDAD, SE ACATARÁ LO DISPUESTO POR DICHA AUTORIDAD. EN ESE CASO, DEBERÁ CONTAR CON LA EVIDENCIA DOCUMENTAL DE LO ANTERIOR.

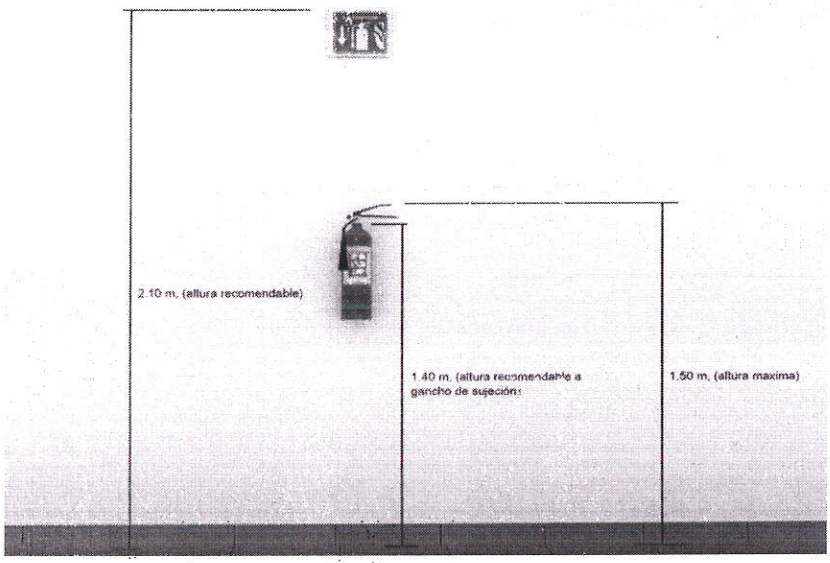
DEPENDIENDO DEL RESULTADO DEL ESTUDIO SOBRE EL GRADO DE RIESGO DE INCENDIO DEL INMUEBLE, SE DETERMINARÁ EL TIPO DE EXTINTORES. EN TÉRMINOS GENERALES, REGULARMENTE RECOMIENDAN EXTINTORES DE POLVO QUÍMICO SECO, APTOS PARA FUEGO CLASES A, B Y C, CON AL MENOS 4.5 KG DE CAPACIDAD, YA QUE EL PESO Y LA DIMENSIÓN SON ADECUADOS PARA SER MANIOBRADOS POR EL PERSONAL.

LOS EQUIPOS DEBEN ESTAR COLOCADOS EN SITIOS VISIBLES DE FÁCIL ACCESO Y LIBRES DE OBSTÁCULOS, SOBRE LOS TRAYECTOS HABITUALES DEL PERSONAL O DE LAS RUTAS DE EVACUACIÓN. EN CASO DE LOCALIZARSE EN ÁREAS DESCUBIERTAS, LOS EXTINTORES DEBEN ESTAR PROTEGIDOS DE LA INTEMPERIE. SU UBICACIÓN DEBE TOMAR EN CUENTA LAS VUELTAS Y RODEOS NECESARIOS PARA LLEGAR A ELLOS, DE MANERA QUE LA DISTANCIA MÁXIMA ENTRE UNO Y OTRO NO EXCEDA LOS METROS INDICADOS EN LOS CUADROS ANTES DESCRITOS, DESDE CUALQUIER LUGAR OCUPADO EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.

EN CASO DE QUE EL EQUIPO CUENTE CON MANÓMETRO, LA AGUJA DE PRESIÓN DEBE MARCAR CUALQUIER PUNTO EN LA ZONA DE OPERACIÓN EN COLOR VERDE.

LOS EXTINTORES DEBEN ESTAR INSTALADOS A UNA ALTURA NO MAYOR DE 1.50 M, MEDIDOS DESDE EL NIVEL DEL PISO HASTA LA PARTE MÁS ALTA DEL EXTINTOR. ES IMPORTANTE TOMAR EN CUENTA LA APERTURA DE LA VÁLVULA O PALANCA DE ACTIVACIÓN, LA ALTURA DE LA MANIJA DE TRANSPORTE, LA MANGUERA Y OTROS ELEMENTOS QUE REBASAN LA ALTURA DEL CUERPO DEL RECIPIENTE O CILINDRO. POR ELLO, SE PUEDE INSTALAR EL EXTINTOR A UNA ALTURA DE 1.40 M DESDE EL PISO HASTA EL PUNTO DE SUJECIÓN O GANCHO DE SUJECIÓN. NO OBSTANTE, EL RESPONSABLE DE INDICAR LA CORRECTA UBICACIÓN DE ESTOS EQUIPOS TOMANDO EN CUENTA LA NORMATIVIDAD APLICABLE ES EL CONSULTOR O TERCER ACREDITADO EN MATERIA DE PROTECCIÓN CIVIL.

EJEMPLO DE UBICACIÓN:




DEBE CONTAR CON UN CONTRATO ANUAL QUE ASEGURE LA CARGA PERMANENTE, EL MANTENIMIENTO A LOS EQUIPOS Y SU ETIQUETADO, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA NOM-154-SCFI-2005.

CONFORME A LA NOM-003-SEGOB-2011, LAS CARACTERÍSTICAS DEL SEÑALAMIENTO PARA INDICAR LA UBICACIÓN DE UN EXTINTOR SON LAS SIGUIENTES:

Color:
Seguridad:
Fondo rojo
Contraste:
Blanco
Forma: Cuadrado o Rectángulo
Símbolo: Silueta de un extintor. Se permite de manera opcional adicionar la silueta de una flama contigua y de una flecha direccional:




## 9. RUTAS DE EVACUACIÓN

LA RUTA DE EVACUACIÓN ES EL RECORRIDO HORIZONTAL, VERTICAL O LA COMBINACIÓN DE AMBOS, CONTINUO Y SIN OBSTRUCCIONES A PARTIR CUALQUIER PUNTO DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS HASTA UNA ZONA DE MENOR RIESGO DEBIDAMENTE SEÑALADA, CONFORME A LA NOM-003-SEGOB-2011.
LAS RUTAS DE EVACUACIÓN DEBEN PERMITIR LA CIRCULACIÓN DE CUANDO MENOS DOS PERSONAS ADULTAS SIMULTÁNEAMENTE.

LA DISTANCIA A RECORRER DESDE EL PUNTO MÁS ALEJADO DEL INTERIOR DE LA UNIDAD, HACIA CUALQUIER PUNTO DE UNA RUTA DE EVACUACIÓN NO DEBE SER MAYOR A 40.00 M, CONFORME A LA NOM-002-STPS-2010.
LOS DESNIVELES O ESCALONES EN LOS PASILLOS Y CORREDORES DE LAS RUTAS DE EVACUACIÓN DEBEN ESTAR SEÑALADOS DE COLOR AMARILLO CON FRANJAS NEGRAS CONFORME A LA NOM-026-STPS-2008. LA SEÑALIZACIÓN DE

LAS RUTAS DE EVACUACIÓN DEBE SER CONTINUA DESDE EL INICIO DE CADA RECORRIDO, DE MANERA QUE CUANDO SE PIERDA DE VISTA UNA SEÑAL SE ADVIERTA LA SIGUIENTE.

LA UNIDAD INTERNA DE PROTECCIÓN CIVIL Y EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBE VERIFICAR EN TODO MOMENTO QUE LOS PASILLOS, CORREDORES, RAMPAS Y ESCALERAS QUE SEAN PARTE DE LA RUTA DE EVACUACIÓN, ASÍ COMO LOS PUNTOS DE REUNIÓN, SE ENCUENTREN LIBRES DE OBSTÁCULOS PARA GARANTIZAR SU ADECUADO USO. ESTO EXCLUYE LOS OBJETOS PROPIOS DE CADA ESPACIO COMO EXTINTORES O MUEBLES FIJOS, ENTRE OTROS. EN EL TRAYECTO DE LAS RUTAS DE EVACUACIÓN, NO DEBEN EXISTIR PUERTAS GIRATORIAS O CORREDIZAS.

LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBE PREVER LAS MEDIDAS ESPECÍFICAS RELACIONADAS CON LA EVACUACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y EVITAR RIESGOS DE GOLPES Y CAÍDAS DE LOS TRABAJADORES, DERECHOHABIENTES Y VISITANTES.
LAS CARACTERÍSTICAS DEL SEÑALAMIENTO OFICIAL PARA INDICAR LA DIRECCIÓN DE UNA RUTA DE EVACUACIÓN EN EL SENTIDO REQUERIDO, CONSIDERANDO LA NOM-003-SEGOB-2011, SON LAS SIGUIENTES:

Color:
Seguridad: Fondo verdeContraste:
Blanco
Forma: Cuadrado o Rectángulo
Símbolo: Flecha indicando el sentido
requerido y en su caso el número de la ruta deevacuación
Texto de uso opcional: RUTA DE




## 10. SALIDAS DE EMERGENCIA

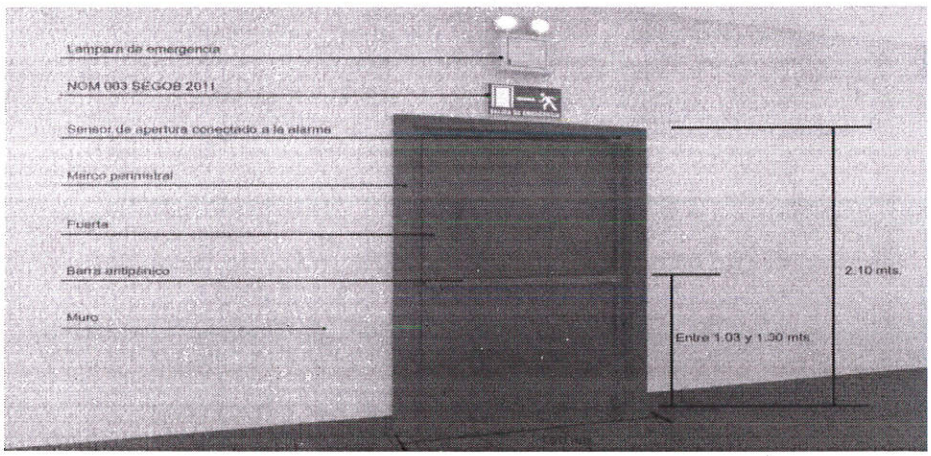
ES LA PUERTA QUE CONSTITUYE LA PARTE FINAL DE UNA RUTA DE EVACUACIÓN Y LLEVA A UNA ZONA DE SEGURIDAD EN EL EXTERIOR, DENOMINADA PUNTO DE REUNIÓN.

UNA SALIDA DE EMERGENCIA TIENE COMO ÚNICA FUNCIÓN ABANDONAR EL INMUEBLE EN CASO DE EVACUACIÓN Y SU UBICACIÓN LA DEBE ESTABLECER EL CONSULTOR O ASESOR ACREDITADO EN MATERIA DE PROTECCIÓN CIVIL. LAS PUERTAS IDENTIFICADAS COMO SALIDA DE EMERGENCIA DEBEN CUMPLIR CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL CUADRO "REQUISITOS DE LA PUERTA DE SALIDA DE EMERGENCIA".

EL INMUEBLE DEBE CONTAR AL MENOS CON UNA SALIDA DE EMERGENCIA, INDEPENDIENTE DEL ACCESO PRINCIPAL. LA PUERTA DE ACCESO PRINCIPAL PUEDE FORMAR PARTE DE LAS RUTAS DE EVACUACIÓN. LAS PUERTAS INTERNAS DEL EDIFICIO, AUNQUE TENGAN CARACTERÍSTICAS SIMILARES A UNA PUERTA DE EMERGENCIA, NO CUENTAN COMO TAL.

| CUADRO REQUISITOS DE LA PUERTA DE SALIDA DE EMERGENCIA: |
|---|
| • EL VANO (ESPACIO LIBRE PARA LA COLOCACIÓN DE PUERTAS, VENTANAS, ETC.) DEBE TENERMÍNIMO 1.20 M DE ANCHO Y 2.10 M DE ALTURA.<br>• LA HOJA DE LA PUERTA Y EL MARCO DEBEN SER DE MATERIALES RESISTENTES AL FUEGO. |

- LA PUERTA DEBE CONTAR CON UNA BARRA ANTIPÁNICO COLOCADA HORIZONTALMENTE A UNAALTURA ENTRE 1.05 Y 1.30 M MEDIDA DESDE EL NIVEL DEL PISO, QUE PERMITA ABRIRLA DESDE EL INTERIOR MEDIANTE UNA OPERACIÓN DE SIMPLE EMPUJE AL PRIMER INTENTO.
- LA PUERTA DEBE ABRIR EXCLUSIVAMENTE EN EL SENTIDO DE LA RUTA DE EVACUACIÓN; ESDECIR, HACIA EL EXTERIOR DEL INMUEBLE.
- LA PUERTA DEBE CONTAR CON UN SENSOR DE APERTURA ENLAZADO Y DEBIDAMENTECABLEADO AL SISTEMA DE ALARMA.
- DEBE ESTAR LIBRE DE OBSTÁCULOS DURANTE TODO EL TIEMPO QUE EL PERSONAL Y LOS DERECHOHABIENTES EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS, SIN CANDADOS, PICAPORTES O CERRADURAS CON SEGUROS PUESTOS, QUE IMPIDAN SU UTILIZACIÓN EN CASOS DE EMERGENCIA.
- SE DEBE UTILIZAR EXCLUSIVAMENTE PARA LA EVACUACIÓN DEL EDIFICIO, YA SEA POR UNSIMULACRO AL EXTERIOR O POR UNA EMERGENCIA REAL.
- LA PUERTA DE LA SALIDA DE EMERGENCIA NO DEBE SER CORREDIZA O GIRATORIA Y ESTÁPROHIBIDO UTILIZARLA COMO ENTRADA Y SALIDA ALTERNA PARA EFECTOS DEL SERVICIO.
- EN CASO DE QUE LA PUERTA DE EMERGENCIA SALGA A UNA ESCALERA, DEBE EXISTIR UN DESCANSO DE AL MENOS EL ANCHO DE LA ESCALERA ANTES DEL DESARROLLO DE LOS ESCALONES
- LA PUERTA DE EMERGENCIA DEBE CONTAR CON ILUMINACIÓN DE EMERGENCIA AL INTERIORDEL EDIFICIO.



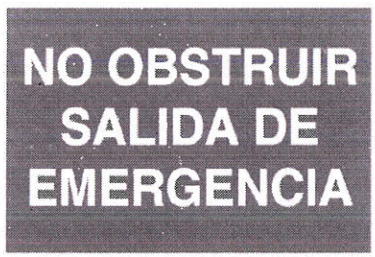

LAS CARACTERÍSTICAS DEL SEÑALAMIENTO OFICIAL PARA LA UBICACIÓN DE UNA SALIDA DE EMERGENCIA, CONSIDERANDO LA NOM-003-SEGOB-2011, SON LAS SIGUIENTES:

Color:
Seguridad: Fondo verde
Contraste: Blanco
Forma: Cuadrado o Rectángulo
Símbolo: Silueta humana avanzando hacia una salida indicada con una flecha direccional, esta última se puede omitir cuando la señal se encuentre próxima a la salida
Texto de uso opcional: SALIDA DEEMERGENCIA




SE DEBE INSTALAR EL AVISO DE "NO OBSTRUIR SALIDA DE EMERGENCIA" EN EL EXTERIOR DE LASPUERTAS PARA EVITAR OBSTÁCULOS EN CASO DE UNA EVACUACIÓN.

Color:
Seguridad: Fondo rojo
Contraste: Blanco
Forma: Cuadrado o Rectángulo
Texto: NO OBSTRUIR SALIDA DEEMERGENCIA




## 11. ILUMINACIÓN DE EMERGENCIA

SON DISPOSITIVOS DE ILUMINACIÓN, CUYO OBJETIVO ES DISTINGUIR LAS RUTAS DE EVACUACIÓN, SALIDAS DE EMERGENCIA Y CUALQUIER VARIACIÓN O DESNIVEL DE PISO, EN CASO DE INTERRUPCIÓN O FALLO DE LA FUENTE DE LUZ ARTIFICIAL O CUANDO EXISTAN CONDICIONES QUE IMPIDAN LA VISIBILIDAD. ÉSTOS NO SUPLEN LA ILUMINACIÓN ARTIFICIAL NECESARIA DEL INMUEBLE EN GENERAL.

LAS LÁMPARAS DE EMERGENCIA DEBEN DISPONER DE UNA BATERÍA QUE GARANTICE SU FUNCIONAMIENTO AUTOMÁTICO CUANDO SE INTERRUMPA LA ENERGÍA ELÉCTRICA. SE DEBE EVITAR QUE ESTÉN BLOQUEADAS CON ALGÚN OBJETO.

LA ILUMINACIÓN DE EMERGENCIA DEBE ESTAR UBICADA SOBRE LAS RUTAS DE EVACUACIÓN QUE INCLUYEN PASILLOS CERRADOS, CUBOS DE ESCALERAS Y PUERTAS DE SALIDA DE EMERGENCIA.

EL NÚMERO Y LA INTENSIDAD LUMINOSA DE LAS LÁMPARAS DE EMERGENCIA SERÁN ESTABLECIDOS POR EL CONSULTOR O ASESOR ACREDITADO EN MATERIA DE PROTECCIÓN CIVIL Y DEPENDERÁN DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE CADA INMUEBLE.

## 12. SEÑALIZACIÓN

CONJUNTO DE ELEMENTOS REQUERIDOS EN LOS QUE SE COMBINA UNA FORMA GEOMÉTRICA, UN COLOR DE SEGURIDAD, UN COLOR DE CONTRASTE Y UN SÍMBOLO, CON EL PROPÓSITO DE QUE LA POBLACIÓN IDENTIFIQUE LOS MENSAJES DE INFORMACIÓN, PRECAUCIÓN, PROHIBICIÓN Y OBLIGACIÓN.

SE DEBERÁ COLOCAR TODA LA SEÑALIZACIÓN Y AVISOS DE PROTECCIÓN CIVIL DE ACUERDO A LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS, NOM-003-SEGOB-2011, "SEÑALES Y AVISOS PARA PROTECCIÓN CIVIL" Y LA NOM-026-STPS-2008 "COLORES Y SEÑALES DE SEGURIDAD E HIGIENE" INCLUYENDO EL CATÁLOGO COMPLETO DE SEÑALES.

DEBEN SEÑALIZARSE LAS RESTRICCIONES DE ACCESO EN LAS ZONAS DE RIESGO, ASÍ COMO LAS RUTAS DE EVACUACIÓN, ESCALERAS, RAMPAS, SALIDAS DE EMERGENCIA Y PUNTOS DE REUNIÓN.

## 13. PUNTO DE REUNIÓN

EL PUNTO DE REUNIÓN ES EL LUGAR DE MENOR RIESGO, DENTRO Y FUERA DEL INMUEBLE, DONDE SE CONCENTRA LA POBLACIÓN QUE FUE EVACUADA. DEBE SER VALIDADO POR LA AUTORIDAD DE PROTECCIÓN CIVIL A TRAVÉS DEL PIPC, TOMANDO EN CUENTA LAS CONDICIONES DE RIESGO O SEGURIDAD EXISTENTES EN EL LUGAR.

EL INMUEBLE DEBE CONTAR CUANDO MENOS CON UN PUNTO DE REUNIÓN INTERNO, QUE SE DEBE UBICAR DENTRO DEL PREDIO DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS EN LA ZONA DE MENOR RIESGO; Y AL MENOS UN PUNTO DE REUNIÓN EXTERNO QUE CONSISTE EN UN ÁREA SEGURA FUERA DE LOS LÍMITES DEL PREDIO DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS. LA SEÑALIZACIÓN DE AMBOS ES BÁSICA PARA QUE LA POBLACIÓN PUEDA IDENTIFICARLOS EN UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA.

SI POR ALGUNA CIRCUNSTANCIA NO SE PERMITE SEÑALIZAR EL PUNTO DE REUNIÓN EXTERNO, SE DEBE IDENTIFICAR CON ALGUNA SEÑAL CONVENIDA EN CASO DE EVACUACIÓN; ADEMÁS, ES NECESARIO QUE EL PERSONAL DEL INMUEBLE TENGA CONOCIMIENTO DE LA UBICACIÓN DE ÉSTE.

EL SEÑALAMIENTO OFICIAL DE LA UBICACIÓN DEL PUNTO DE REUNIÓN, SEGÚN LA NOM-003-SEGOB- 2011, ES EL SIGUIENTE:

Color:
Seguridad: Fondo verde
Contraste: Blanco
Forma: Cuadrado o Rectángulo
Símbolo: Cuatro flechas equidistantes dirigidas hacia un punto y en su caso el número del punto de reunión
Texto de uso opcional: PUNTO DE REUNIÓN




## 14. PELÍCULA DE PROTECCIÓN EN CRISTALES

LA PELÍCULA DE PROTECCIÓN EN CRISTALES ES UNA CAPA PLÁSTICA TRANSPARENTE QUE SE COLOCA EN UNA DE LAS CARAS DE LOS CRISTALES PARA AUMENTAR LA RESISTENCIA Y MANTENER JUNTAS LAS PARTÍCULAS DEL CRISTAL UNA VEZ ROTO.

SU APLICACIÓN DEBE SER EN LOS CRISTALES DE LOS ELEMENTOS ARQUITECTÓNICOS DE TODOS LOS LOCALES, TALES COMO PUERTAS, VENTANAS Y CANCELES. LA PELÍCULA DEBE INSTALARSE SIN BURBUJAS QUE DISTORSIONEN LA TRANSPARENCIA DEL CRISTAL. NO ES NECESARIA SU APLICACIÓN EN CRISTALES TEMPLADOS O LAMINADOS, ESPEJOS DE SANITARIOS, MUROS O TRAGALUCES DE VITROBLOCK, CRISTALES DE GABINETES, MUEBLES Y VITRINAS.

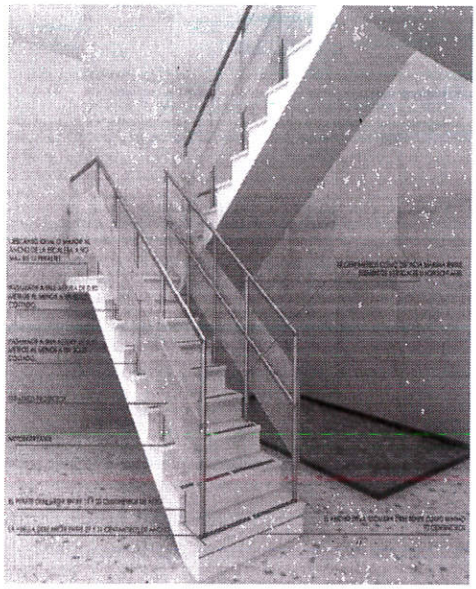
EN LAS PUERTAS TRANSPARENTES O VENTANAS DE PISO A TECHO, INCLUSO LAS DE CRISTAL TEMPLADO, SE DEBEN INCORPORAR BANDAS SEÑALIZADORAS HORIZONTALES PARA HACERSE VISIBLES Y EVITAR TROPIEZOS O CHOQUES.
ES IMPORTANTE CONSIDERAR QUE LAS PELÍCULAS DE PROTECCIÓN VARÍAN EN ESPESORES Y CALIDADES DE ACUERDO A VARIABLES QUE TIENEN QUE VER CON LA HUMEDAD Y LA TEMPERATURA, POR LO QUE SE RECOMIENDA QUE EL PROVEEDOR DETERMINE LA ESPECIFICACIÓN ADECUADA PARA CADA LOCALIDAD.

## 15. ESCALERAS Y RAMPAS DE ACCESO

LA ESCALERA ES UN ELEMENTO CONSTRUIDO Y DISEÑADO PARA COMUNICAR VARIOS ESPACIOS SITUADOS A DIFERENTES ALTURAS. ESTÁ CONFORMADA POR HUELLAS, PERALTES, DESCANSOS O MESETAS. PUEDE FORMAR PARTE DE LA RUTA DE EVACUACIÓN Y SU DISEÑO ES IMPORTANTE PARA LA SEGURIDAD DE LOS OCUPANTES.

LAS ESCALERAS QUE SE UTILICEN COMO PARTE DE LA RUTA DE EVACUACIÓN DEBEN CUMPLIR LAS SIGUIENTES ESPECIFICACIONES:

- LOS ANCHOS DE LAS ESCALERAS DEBEN TENER UN MÍNIMO DE 0.90 M EN CADA TRAMO RECTO.
- EL DESCANSO O MESETA DEBE CONTAR CON UN ANCHO IGUAL O MAYOR QUE EL ANCHO DE LA ESCALERA.
- LA HUELLA DEBE MEDIR ENTRE 0.27 M Y 0.31 M DE ANCHO.
- EL PERALTE DE LOS ESCALONES DEBE TENER UNA ALTURA DE 0.15 A 0.20 M.
- EN CASO DE NO CONTAR CON LAS ESPECIFICACIONES DE HUELLA Y PERALTE, SE ACEPTA LA REGLA CONSTRUCTIVA DE DOS PERALTES MÁS UNA HUELLA SUMARÁN ENTRE 0.61 Y 0.65 M.
- LAS ORILLAS O NARICES DE LOS ESCALONES DEBEN SER REDONDEADAS O SIN ESQUINAS.
- EL PASAMANOS DEBE TENER DESARROLLO SIN INTERRUPCIONES EN AMBOS LADOS, CON ALTURA DE ENTRE 0.85 A 0.95 M. LA ALTURA DE LOS PASAMANOS SE DETERMINA A PARTIR DEL CENTRO DE LA HUELLA DEL ESCALÓN.
- EN CASO DE OPERAR EN PLANTA ALTA, LAS ESCALERAS DEBEN CONTAR CON PASAMANOS SIN INTERRUPCIONES A UNA ALTURA DE ENTRE 0.55 Y 0.75 M, EN CADA LADO PARA EL USO DE LOS MENORES.
- SI EL ANCHO DE ESCALERA ES MAYOR DE 2.40 M, SE DISPONDRÁ UN PASAMANOS INTERMEDIO SIN INTERRUPCIONES.
- LOS ELEMENTOS VERTICALES DE LOS BARANDALES TENDRÁN UNA SEPARACIÓN ENTRE 0.10 M Y 0.12 M, O DEBEN CONTAR CON ALGÚN MATERIAL QUE IMPIDA EL PASO DE UN NIÑO ENTRE LOS BARANDALES. NO DEBEN CONTAR CON BARROTES HORIZONTALES QUE PERMITAN A LOS NIÑOS SUBIRSE.
- EL ACABADO DE LA ESCALERA DEBE SER ANTIDERRAPANTE O CONTAR CON MATERIALES ANTIDERRAPANTES (CINTAS, PASTAS, ENTRE OTROS).



EN CASO DE CONTAR CON RAMPA, ES PRECISO TOMAR EN CUENTA QUE, POR MOTIVOS DE SEGURIDAD, DEBE TENER UNA PENDIENTE MÁXIMA DE 8% (BAJA 8 CM POR CADA METRO DE RAMPA); ANCHO DE 1.20 M, DESCANSO A CADA 6.00 M, CON UN LARGO IGUAL O MAYOR AL ANCHO DE LA RAMPA; PISO ANTIDERRAPANTE Y CONTAR CON UN MURETE O BARANDAL CON LAS MISMAS ESPECIFICACIONES QUE EN EL CASO DE LAS ESCALERAS.

## 16. MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN Y MOBILIARIO CON RETARDANTE DE FUEGO

SERÁ NECESARIO LA APLICACIÓN DE RETARDANTE AL FUEGO NO TÓXICO A:

- MUEBLES DE MADERA QUE NO CUENTEN CON FORRO LAMINADO (MESAS, ESCRITORIOS, MUEBLES DE GUARDA, ARCHIVEROS, CLOSETS, ENTRE OTROS),
- PUERTAS, LAMBRINES, PISOS, POSTES, VIGAS, ENTRE OTROS.

SE SUGIERE QUE LA COMPRA Y APLICACIÓN DEL MATERIAL RETARDANTE SEA SUMINISTRADO POR EMPRESAS ESPECIALIZADAS QUE GARANTICEN EL PRODUCTO UTILIZADO.

LA APLICACIÓN DE LA SUSTANCIA RETARDANTE AL FUEGO NO DEBE EXCEDER DOS AÑOS O, EN SU DEFECTO, EL TIEMPO QUE ESPECIFIQUE EL FABRICANTE, LO CUAL DEBE EVIDENCIARSE CON LA FICHA TÉCNICA DEL PRODUCTO O GARANTÍA EXPRESA DEL FABRICANTE.

## 17. EVALUACIÓN DE RIESGOS DE UBICACIÓN

DE CONFORMIDAD CON LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN CIVIL, EL ATLAS NACIONAL DE RIESGOS ES UN SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN SOBRE LOS AGENTES PERTURBADORES Y DAÑOS ESPERADOS, RESULTADO DE UN ANÁLISIS ESPACIAL Y TEMPORAL SOBRE LA INTERACCIÓN ENTRE LOS PELIGROS, LA VULNERABILIDAD Y EL GRADO DE EXPOSICIÓN DE LOS AGENTES AFECTABLES, QUE SE INTEGRA CON LA INFORMACIÓN A NIVEL NACIONAL, DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, MUNICIPALES Y DE LAS DEMARCACIONES TERRITORIALES DE LA CIUDAD DE MÉXICO.
LOS ATLAS DE RIESGOS CONSTAN DE BASES DE DATOS, SISTEMAS DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA Y HERRAMIENTAS PARA EL ANÁLISIS Y LA SIMULACIÓN DE ESCENARIOS, ASÍ COMO LA ESTIMACIÓN DE PÉRDIDAS POR DESASTRES, POR

LO QUE SE CONSTITUYEN EN EL MARCO DE REFERENCIA PARA LA ELABORACIÓN DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS EN TODAS LAS ETAPAS DE LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO.

SEGÚN EL ARTÍCULO 84 DE LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN CIVIL, SE CONSIDERA COMO DELITO GRAVE LA CONSTRUCCIÓN, EDIFICACIÓN, REALIZACIÓN DE OBRAS DE INFRAESTRUCTURA Y LOS ASENTAMIENTOS HUMANOS QUE SE LLEVEN A CABO EN UNA ZONA DETERMINADA SIN ELABORAR UN ANÁLISIS DE RIESGOS Y, EN SU CASO, DEFINIR LAS MEDIDAS PARA SU REDUCCIÓN, TOMANDO EN CONSIDERACIÓN LA NORMATIVIDAD APLICABLE Y LOS ATLAS MUNICIPALES, DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS Y EL NACIONAL Y NO CUENTEN CON LA AUTORIZACIÓN DE LA AUTORIDAD CORRESPONDIENTE.

LA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE UBICACIÓN DEBERÁ SER DEMOSTRABLE MEDIANTE DOCUMENTO EMITIDO POR PARTE DE LA AUTORIDAD ESTATAL O MUNICIPAL, QUE DETERMINA QUE CON BASE EN EL ATLAS DE RIESGOS DE SU JURISDICCIÓN, LA UBICACIÓN DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS, NO REPRESENTA RIESGO DE AFECTACIÓN A LA POBLACIÓN Y AL INMUEBLE DONDE BRINDA SUS SERVICIOS.

**ANEXO NÚMERO TI 1 (TI UNO) SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7**

EN HOJA MEMBRETADA DE LA EMPRESA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**
CONVOCANTE

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

- POR MEDIO DE LA PRESENTE ME PONGO EN CONTACTO [ADMINISTRADOR DEL CONTRATO Y/O ÁREA REQUIRENTE] DEL IMSS A EFECTO DE SOLICITAR LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE MENSAJES HL7 VERSION 3.0 DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN OFERTADO EN EL PROCESO LICITATORIO:_____ EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PLAZOS ESTABLECIDOS EN EL MISMO, POR LA CONVOCANTE.

LUGAR Y FECHA

_____

**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE EL PROVEEDOR**
**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO**

| NO. | DATO | ANOTAR |
|---|---|---|
| 1 | CONVOCANTE O ÁREA ADQUIRIENTE | NOMBRE DE LA CONVOCANTE O ÁREA ADQUIRIENTE |
| 2 | NOMBRE | NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE LEGAL |
| 3 | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL LICITANTE | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA LICITANTE |
| 4 | LUGAR Y FECHA | LUGAR Y FECHA DE ELABORACIÓN |
| 5 | NOMBRE Y FIRMA | NOMBRE (S), APELLIDO PATERNO, MATERNO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA LICITANTE |

## ANEXO NÚMERO TI 2(TI DOS) ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

SE MUESTRA DE MANERA INFORMATIVA EL TEXTO CORRESPONDIENTE AL ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD QUE DEBERÁ PRESENTARSE A FIRMAR, DENTRO DE LOS CINCO DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA DE EMISIÓN DEL FALLO, EN LAS OFICINAS DEL ADMINISTRADOR DE CONTRATO EL REPRESENTANTE LEGAL FACULTADO PARA TAL EFECTO, DEL PROVEEDOR ADJUDICADO.

==========

CIUDAD DE MÉXICO., A ___ DE _____ DE 20___

POR MEDIO DEL PRESENTE, **NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL** EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD **NOMBRE DEL PROVEEDOR O RAZÓN SOCIAL** (EN ADELANTE **EL PRESTADOR"**) MANIFIESTO QUE CUALQUIER INFORMACIÓN ORAL O ESCRITA QUE SEA PROPORCIONADA CON MOTIVO DE TRABAJO A REALIZAR PARA EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (EN ADELANTE **"EL INSTITUTO"**), SERÁ TRATADA DE ACUERDO A LAS SIGUIENTES:

### CLÁUSULAS

**PRIMERA.- INFORMACIÓN CONFIDENCIAL.-** PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE ACUERDO, EL TÉRMINO "INFORMACIÓN" O "INFORMACIÓN CONFIDENCIAL" SIGNIFICA TODOS LOS DATOS, CONVERSACIONES TELEFÓNICAS, MENSAJES DE AUDIO, MENSAJES DE GRABADORAS, CINTAS MAGNÉTICAS, PROGRAMAS DE CÓMPUTO Y SUS CÓDIGOS FUENTE ENTRE OTROS MEDIOS DE COMUNICACIÓN, TALES COMO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN DISCOS COMPACTOS (CD), MENSAJES DE DATOS ELECTRÓNICOS (CORREOS ELECTRÓNICOS), MEDIOS ÓPTICOS O DE CUALQUIER OTRA TECNOLOGÍA O CUALQUIER OTRO MATERIAL QUE CONTENGA INFORMACIÓN JURÍDICA, OPERATIVA, TÉCNICA, FINANCIERA O DE ANÁLISIS, REGISTROS, DOCUMENTOS, ESPECIFICACIONES, PRODUCTOS, INFORMES, DICTÁMENES Y DESARROLLOS A QUE TENGA ACCESO O QUE LE SEAN PROPORCIONADOS POR **"EL INSTITUTO".**

DE IGUAL FORMA, SERÁ CONSIDERADA COMO CONFIDENCIAL AQUELLA INFORMACIÓN DERIVADA DE LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO QUE PRESTE **"EL PRESTADOR"** QUE SEÑALE **"EL INSTITUTO"** Y SEA PROPIEDAD EXCLUSIVA DE ÉSTE.
**SEGUNDA.- OBLIGACIÓN DE NO-DIVULGACIÓN.- "EL PRESTADOR"** RECONOCE QUE QUEDA PROHIBIDA SU DIFUSIÓN Y/O UTILIZACIÓN TOTAL O PARCIAL EN SU FAVOR O DE TERCEROS AJENOS A LA RELACIÓN CONTRACTUAL, POR CUALQUIER MEDIO, ENTRE OTROS DE MANERA ENUNCIATIVA MÁS NO LIMITATIVA: VÍA ORAL, IMPRESA, ELECTRÓNICA, MAGNÉTICA,

ÓPTICA Y EN GENERAL POR NINGÚN MEDIO CONOCIDO O POR DESARROLLAR, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES (LFPDPPP), LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN A LA PROPIEDAD INDUSTRIAL, LA LEY GENERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y EN LO AÚN APLICABLE LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA.

SI NO SE CUMPLEN LOS TÉRMINOS DE LAS LEYES ANTES MENCIONADAS SERÁN SANCIONADOS EN BASE A LO QUE ESTIPULE CADA UNA DE LAS MISMAS.

EN ESTE SENTIDO, ACEPTA QUE LA PROHIBICIÓN SEÑALADA EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, COMPRENDE INCLUSIVE, EN FORMA ENUNCIATIVA MÁS NO LIMITATIVA, QUE NO SE PODRÁ LLEVAR A CABO LA DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN CON FINES DE LUCRO, COMERCIALES, ACADÉMICOS, EDUCATIVOS O PARA CUALQUIER OTRO, POR LO QUE **"EL PRESTADOR"** SE RESPONSABILIZA DEL USO Y CUIDADO DE LA INFORMACIÓN, A NOMBRE PROPIO Y DE LAS PERSONAS QUE FORMEN PARTE DEL MISMO, ASÍ COMO DEL PERSONAL DIRECTIVO, ADMINISTRATIVO Y OPERATIVO QUE LAS CONFORMEN.
ADICIONALMENTE, **"EL PRESTADOR"** SE OBLIGA A LO SIGUIENTE:

- UTILIZAR TODA LA INFORMACIÓN A QUE TENGA ACCESO O GENERADA CON MOTIVO DE SU PRESTACIÓN DE SERVICIO ANTE **"EL INSTITUTO"** ÚNICAMENTE PARA CUMPLIMENTAR EL OBJETO DEL CONTRATO ADJUDICADO.
- LIMITAR LA REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN A QUE TENGA ACCESO, ÚNICAMENTE A LAS PERSONAS QUE DENTRO DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN SE ENCUENTREN AUTORIZADAS PARA CONOCERLA, HACIENDO RESPONSABLE DEL USO QUE DICHAS PERSONAS PUEDAN HACER DE LA MISMA.
- NO HACER COPIAS DE LA INFORMACIÓN, SIN LA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DE **"EL INSTITUTO".**
- NO REVELAR A NINGÚN TERCERO LA INFORMACIÓN, SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DE **"EL INSTITUTO".**
- MANTENER ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y/O DOCUMENTACIÓN RELACIONADA CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, BAJO LA PENA DE INCURRIR EN RESPONSABILIDAD PENAL, CIVIL O DE OTRA ÍNDOLE, Y POR LO TANTO, NO PODRÁ SER DIVULGADA, TRANSMITIDA, NI UTILIZADA EN BENEFICIO PROPIO O DE TERCERO.

**TERCERA.- DEVOLUCIÓN DE LA INFORMACIÓN.-** UNA VEZ CONCLUIDA LA VIGENCIA DEL PRESENTE ACUERDO QUE FORMA PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO NÚMERO _____, SUSCRITO EN FECHA _____, **"EL PRESTADOR",** ENTREGARÁ A **"EL INSTITUTO"** TODO MATERIAL, DOCUMENTOS Y COPIAS QUE CONTENGAN LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL QUE LE HAYA SIDO PROPORCIONADA POR **"EL INSTITUTO – ADMINISTRADOR DEL CONTRATO",** ASÍ COMO LA DOCUMENTACIÓN GENERADA POR LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO QUE PRESTE, MISMOS QUE SE INTEGRARÁN AL EXPEDIENTE CLÍNICO DE ÉSTOS, NO DEBIENDO CONSERVAR EN SU PODER NINGÚN MATERIAL, DOCUMENTOS Y COPIAS QUE CONTENGA LA REFERIDA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL.

**"EL PRESTADOR"** CONVIENE EN LIMITAR EL ACCESO DE DICHA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL A SUS EMPLEADOS O REPRESENTANTES, SIN EMBARGO, NECESARIAMENTE HARÁN PARTÍCIPES Y OBLIGADOS SOLIDARIOS A AQUÉLLOS, RESPECTO DE SUS OBLIGACIONES DE CONFIDENCIALIDAD AQUÍ CONTRAÍDAS. CUALQUIER PERSONA QUE TUVIERE ACCESO A DICHA INFORMACIÓN, DEBERÁ SER ADVERTIDA DE LO CONVENIDO EN ESTE DOCUMENTO, COMPROMETIÉNDOSE A OBSERVAR Y CUMPLIR LO ESTIPULADO EN ESTE PUNTO
**"EL PRESTADOR"** ACEPTA QUE TODAS LAS ESPECIFICACIONES, PRODUCTOS, ESTUDIOS TÉCNICOS, INFORMES, DICTÁMENES, DESARROLLOS, CÓDIGOS FUENTE Y PROGRAMAS, DATOS CLÍNICOS, ASÍ COMO TODO AQUELLO QUE SE OBTENGA COMO RESULTADO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, SERÁN CONFIDENCIALES Y FORMAN PARTE DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS POR **"EL INSTITUTO".**

LA DURACIÓN DEL PRESENTE DOCUMENTO SERÁ LA MENOR DE ENTRE LAS SIGUIENTES:

- 1 (UN) AÑO CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE FIRMA DE ESTE ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD. EL PLAZO DE 1 (UN) AÑO ANTES MENCIONADO PODRÁ SER PRORROGADO, UNA O MÁS VECES, POR VOLUNTAD DE LAS PARTES POR PERIODOS ADICIONALES DE 1 (UN) AÑO CADA UNO, EN CUYO CASO DICHAS PRÓRROGAS DEBERÁN

- CONSTAR POR ESCRITO Y ESTAR FIRMADAS POR AMBAS PARTES O REDUCIDO EN CASO DE VIGENCIA DE CONTRATO MENOR A 1 (UN) AÑO.

ESTE DOCUMENTO SOLAMENTE PODRÁ SER MODIFICADO MEDIANTE CONSENTIMIENTO DE LAS PARTES, OTORGADO POR ESCRITO.

EL PRESENTE DOCUMENTO SE REGIRÁ POR LAS LEYES VIGENTES EN LA CIUDAD DE _____, VERACRUZ. PARA TODO LO RELACIONADO CON LA INTERPRETACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE DOCUMENTO LAS PARTES SE SOMETEN A LA JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA DE LOS TRIBUNALES COMPETENTES EN LA CIUDAD DE _____,

VERACRUZ, EXPRESAMENTE RENUNCIANDO A CUALQUIER OTRO FUERO QUE PUDIERA CORRESPONDERLES POR RAZÓN DE SUS DOMICILIOS PRESENTES O FUTUROS O POR CUALQUIER OTRA CAUSA.

ESTE DOCUMENTO SE FIRMA POR DUPLICADO AL CALCE DE CADA UNA DE SUS HOJAS ÚTILES POR AMBOS LADOS, QUEDANDO UN ORIGINAL EN PODER DE CADA UNA DE LAS PARTES, EN _____EL [DÍA] DE [MES] DE 20[AÑO] EN LA OFICINA DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.

**POR EL INSTITUTO:**

**POR LA EMPRESA:**

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE
IMSS

NOMBRE DE EL PROVEEDOR

_____ _____

**ANEXO NÚMERO TI 3 (TI TRES) DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS**

**[HOJA MEMBRETADA POR EL PROVEEDOR DEL SERVICIO]**

**[LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL OFICIO]**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ATENCIÓN:
[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO]
P R E S E N T E

ESTIMADO **[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO AL MOMENTO DE EXPEDICIÓN]**A NOMBRE DE MI REPRESENTADA **[NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR QUE OTORGA EL SERVICIO]** ME PERMITO POR MEDIO DEL PRESENTE DAR A CONOCER LOS DATOS DE CONTACTO DE LA PERSONA(S) RESPONSABLE(S) DE ESTABLECER COMUNICACIÓN ENTRE EL INSTITUTO Y NUESTRA REPRESENTADA PARA TODO LO REFERENTE AL SISTEMA DE INFORMACIÓN, DE ACUERDO AL **ANEXO TI3 (TI TRES),** LOS CUALES SE DETALLAN A CONTINUACIÓN:

- **[NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE]**
- **[CARGO DEL REPRESENTANTE]**
- **[DIRECCIÓN COMPLETA DEL REPRESENTANTE]**

- **[TELÉFONO Y EXTENSIÓN]**
- **[CORREO ELECTRÓNICO]**

LO ANTERIOR PARA DAR CUMPLIMIENTO CON LO REQUERIDO EN EL CONTRATO **[NUMERO DE CONTRATO VIGENTE ENTRE EL PROVEEDOR Y EL INSTITUTO]** DE FECHA **[LA FECHA DEL CONTRATO]** COMO PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DEL OOAD **[OOAD O UNIDAD MÉDICA]**.

SIN OTRO PARTICULAR QUEDO DE USTED, ENVIÁNDOLES CORDIALES SALUDOS.

ATENTAMENTE

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

ANEXO NÚMERO TI 4 (TI CUATRO) DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE.

**[HOJA MEMBRETADA POR EL PROVEEDOR DEL SERVICIO]**

**[LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL OFICIO]**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ATENCIÓN:
**[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO]**
P R E S E N T E

ESTIMADO **[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO AL MOMENTO DE EXPEDICIÓN]** A NOMBRE DE MI REPRESENTADA **[NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR QUE OTORGA EL SERVICIO]** ME PERMITO POR MEDIO DEL PRESENTE DAR A CONOCER LOS DATOS DEL (LOS) SISTEMA(S) DE INFORMACIÓN QUE PROPONE IMPLANTAR EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN Y LA(S) EMPRESA(S) QUE LE DARÁ SOPORTE, DE ACUERDO AL **ANEXO T4 (T CUATRO)** "DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE", LOS CUALES SE DETALLAN A CONTINUACIÓN:

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

LO ANTERIOR PARA DAR CUMPLIMIENTO CON LO REQUERIDO EN EL CONTRATO **[NUMERO DE CONTRATO VIGENTE ENTRE EL PROVEEDOR Y EL INSTITUTO]** DE FECHA **[LA FECHA DEL CONTRATO]** COMO PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DEL OOAD **[OOAD O UNIDAD MÉDICA]**.

SIN OTRO PARTICULAR QUEDO DE USTED, ENVIÁNDOLES CORDIALES SALUDOS.

ATENTAMENTE
**[NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROVEEDOR]**
REPRESENTANTE LEGAL DE **[NOMBRE DEL PROVEEDOR]**
ÁREA INTEGRADORA Y TÉCNICA, EN TÉRMINOS DE LAS FUNCIONES SUSTANTIVAS DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS.

L.C. LSA / DRA. LCP/L.A.E. MFS
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS

NOTA IMPORTANTE: LOS ANEXOS "ANEXO NÚMERO TI 1 (TI UNO) SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7 2022" , "ANEXO NÚMERO TI 2(TI DOS) ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD 2022", "ANEXO NÚMERO TI 3 (TI TRES) DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE 2022" Y "ANEXO NÚMERO TI 4 (TI CUATRO) DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE 2022" QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTE DOCUMENTO, SON RESPONSABILIDAD Y COMPETENCIA DE LA COORDINACIÓN TÉCNICA DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA LA SALUD, DE LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA LA SALUD Y ADMINISTRATIVOS DE LA DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO, O A TRAVÉS DEL COORDINADOR DELEGACIONAL DE INFORMÁTICA / INGENIERO BIOMÉDICO, SEGÚN CORRESPONDA

000001 LOGÍSTICA MARVIL

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE
LICITACIÓN PUBLICA INTERNACIONAL BAJO TRATADOS
ELECTRÓNICA
Nº LA-050GYR034-E463-2021
SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA

000001 Vivitam

ANEXO A9 (A nueva) PROPUESTA ECONÓMICA

PROPUESTA ECONÓMICA DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA

| | |
|---|---|
| Adjudicación Directa Internacional Bajo la Cobertura de Tratados para la contratación del Servicio de Hemodiálisis Subrogada No. | Fecha. DD-MM-AA<br>20 DE JULIO DE 2021 |
| Razón Social LOGISTICA MARVIL SA DE CV | Domicilio PRIVADA DE TAPACHULA 1, BADILLO, 91190 |
| Núm. Proveedor IMSS 0001000 | RFC LMA1000179 |
| Teléfonos 2281881556 | Correo Electrónico [illegible] |
| Estratificación de la Razón Social: Micro / Pequeña / Mediana / Grande | |
| OOADR VERACRUZ NORTE | |

| NO. PART. | DESCRIPCIÓN | TIPO Y NUMERO DE UNIDAD MÉDICA | LOCALIDAD | CANTIDAD MÍNIMA | CANTIDAD MÁXIMA | PRECIO UNITARIO (SIN IVA) | IMPORTE MÁXIMO TOTAL (SIN IVA) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | SESIONES DE HEMODIALISIS SUBROGADA | H.G.Z. 11 | XALAPA | 5,060 | 12,650 | 1,367.00 | 17,292,550.00 |
| 2 | SESIONES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA | NO SE OFERTA | NO SE OFERTA | NO SE OFERTA | NO SE OFERTA | NO SE OFERTA | NO SE OFERTA |
| 3 | SESIONES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA | NO SE OFERTA | NO SE OFERTA | NO SE OFERTA | NO SE OFERTA | NO SE OFERTA | NO SE OFERTA |
| | | | | | SUBTOTAL | | 17,292,550.00 |
| | | | | | IVA | | 2,766,808.00 |
| | | | | | TOTAL | | 20,059,358.00 |

Importe Total con letra: VEINTE MILLONES CINCUENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS 00/100 M.N.

*NOTAS: EL PRECIO UNITARIO OFERTADO SERÁ ÚNICO POR CADA UNIDAD MÉDICA QUE OFERTE Y PERMANECERÁ FIJO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO QUE SE ADJUDIQUE.*

*EN EL CASO QUE EL INSTITUTO ME ADJUDIQUE EL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES ESTABLECIDOS EN ESTA LICITACIÓN*

| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|
| JOSE ARTURO MARAMOTO MILLAN | ADMINISTRADOR ÚNICO<br>REPRESENTANTE LEGAL | |

Privada de Tapachula 1, Colonia Badillo, C.P. 91190, Xalapa, Veracruz
Tel. 2288188556, 2288885610

000001 000001

## REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR POR EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEL PROVEEDOR, PARA EL REGISTRO DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS

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 EL PROVEEDOR, EN LA PÁGINA DE INTERNET HTTP://COMPRAS.IMSS.GOB.MX/?P=PROVINFO

COMO ELEMENTO ADICIONAL, EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE EL 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 LICITANTE ADJUDICADO A REALIZAR LOS CAMBIOS QUE SEAN NECESARIOS A CONSIDERACIÓN DEL INSTITUTO PARA PERMITIR LA CONTINUIDAD DE LA OPERACIÓN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

EL PROVEEDOR DEBERÁ CONTAR CON UNA CARTA COMPROMISO DE QUE ESTÁ ENTERADO DE LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y SE COMPROMETE A CUMPLIR CON EL APARTADO PUESTA A PUNTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA CONVOCATORIA DE ACUERDO CON EL ANEXO TI1 (TI UNO) SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7 DE LA CONVOCATORIA DE LA CUAL DERIVA EL PRESENTE CONTRATO.

### 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.

L.C. LSA / DRA. LCP/L.A.E. MFS
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS

## ANEXO 3 (TRES)
## FORMATO PARA FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO

**(NOMBRE DE LA AFIANZADORA)**, EN EJERCICIO DE LA AUTORIZACIÓN QUE LE OTORGÓ EL GOBIERNO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, EN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 11° Y 36° DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, SE CONSTITUYE FIADORA POR LA SUMA DE: **(ANOTAR EL IMPORTE QUE PROCEDA DEPENDIENDO DEL PORCENTAJE AL CONTRATO SIN INCLUIR EL IVA.)** ----------

ANTE: EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, PARA GARANTIZAR POR (nombre o denominación social de la empresa). CON DOMICILIO EN (domicilio de la empresa), EL FIEL Y EXACTO CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO, DERIVADAS DEL CONTRATO DE (especificar que tipo de contrato, si es de adquisición, prestación de servicio, etc) NÚMERO (número de contrato) DE FECHA (fecha de suscripción), QUE SE ADJUDICÓ A DICHA EMPRESA CON MOTIVO DEL (especificar el procedimiento de contratación que se llevó a cabo, licitación pública, invitación a cuando menos tres personas, adjudicación directa, y en su caso, el número de ésta), RELATIVO A (objeto del contrato); LA PRESENTE FIANZA, **TENDRÁ UNA VIGENCIA DE (se deberá insertar el lapso de vigencia que se haya establecido en el contrato)**, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO, ASÍ COMO DURANTE LA SUBSTANCIACIÓN DE TODOS LOS RECURSOS Y MEDIOS DE DEFENSA LEGALES QUE, EN SU CASO, SEAN INTERPUESTOS POR CUALQUIERA DE LAS PARTES Y HASTA QUE SE DICTE LA RESOLUCIÓN DEFINITIVA POR AUTORIDAD COMPETENTE; AFIANZADORA (especificar la institución afianzadora que expide la garantía), EXPRESAMENTE SE OBLIGA A PAGAR AL INSTITUTO LA CANTIDAD GARANTIZADA O LA PARTE PROPORCIONAL DE LA MISMA, POSTERIORMENTE A QUE SE LE HAYAN APLICADO AL (proveedor, prestador de servicio, etc.) LA TOTALIDAD DE LAS PENAS CONVENCIONALES ESTABLECIDAS EN LA CLÁUSULA (número de cláusula del contrato en que se estipulen las penas convencionales que en su caso deba pagar el fiado) DEL CONTRATO DE REFERENCIA, MISMAS QUE NO PODRÁN SER SUPERIORES A LA SUMA QUE SE AFIANZA Y/O POR CUALQUIER OTRO INCUMPLIMIENTO EN QUE INCURRA EL FIADO, ASÍ MISMO, LA PRESENTE GARANTÍA SOLO PODRÁ SER CANCELADA A SOLICITUD EXPRESA Y PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL; AFIANZADORA (especificar la institución afianzadora que expide la garantía), EXPRESAMENTE CONSIENTE: **A**) QUE LA PRESENTE FIANZA SE OTORGA DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO ARRIBA INDICADO; **B)** QUE EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL (proveedor, prestador de servicio, etc.), A CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO, EL INSTITUTO PODRÁ PRESENTAR RECLAMACIÓN DE LA MISMA DENTRO DEL PERIODO DE VIGENCIA ESTABLECIDO EN EL MISMO, E INCLUSO, DENTRO DEL PLAZO DE **DIEZ MESES**, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE EN QUE CONCLUYA LA VIGENCIA DEL CONTRATO, O BIEN, A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE EN QUE EL INSTITUTO NOTIFIQUE POR ESCRITO AL (proveedor, prestador de servicio, etc.), LA RESCISIÓN DEL INSTRUMENTO JURÍDICO; **C)** QUE PAGARÁ AL INSTITUTO LA CANTIDAD GARANTIZADA O LA PARTE PROPORCIONAL DE LA MISMA, POSTERIORMENTE A QUE SE LE HAYAN APLICADO AL (proveedor, prestador de servicio, etc.) LA TOTALIDAD DE LAS PENAS CONVENCIONALES ESTABLECIDAS EN LA CLÁUSULA (número de cláusula del contrato en que se estipulen las penas convencionales que en su caso deba pagar el fiado) DEL CONTRATO DE REFERENCIA, MISMAS QUE NO PODRÁN SER SUPERIORES A LA SUMA QUE SE AFIANZA Y/O POR CUALQUIER OTRO INCUMPLIMIENTO EN QUE INCURRA EL FIADO; **D)** QUE LA FIANZA SOLO PODRÁ SER CANCELADA A SOLICITUD EXPRESA Y PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL; **E)** QUE DA SU CONSENTIMIENTO AL INSTITUTO EN LO REFERENTE AL ARTÍCULO 179 DE LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE SE AFIANZAN; **F)** QUE SI ES PRORROGADO EL PLAZO ESTABLECIDO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, O EXISTA ESPERA, LA VIGENCIA DE ESTA FIANZA QUEDARÁ AUTOMÁTICAMENTE PRORROGADA EN CONCORDANCIA CON DICHA PRÓRROGA O ESPERA; **G)** QUE LA FIANZA CONTINUARÁ VIGENTE DURANTE LA SUBSTANCIACIÓN DE TODOS LOS RECURSOS Y MEDIOS DE DEFENSA LEGALES QUE, EN SU CASO, SEAN INTERPUESTOS POR CUALQUIERA DE LAS PARTES, HASTA QUE SE DICTE LA RESOLUCIÓN DEFINITIVA POR AUTORIDAD COMPETENTE, AFIANZADORA (especificar la institución afianzadora que expide la garantía), ADMITE EXPRESAMENTE SOMETERSE INDISTINTAMENTE, Y A ELECCIÓN DEL BENEFICIARIO, A CUALESQUIERA DE LOS PROCEDIMIENTOS LEGALES ESTABLECIDOS EN LOS ARTÍCULOS 279 Y/O 280 DE LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS EN VIGOR O, EN SU CASO, A TRAVÉS DEL PROCEDIMIENTO QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO 63 DE LA LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS VIGENTE. FIN DE TEXTO.

L.C. LSA / DRA. LCP/L.A.E. MFS
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS

XALAPA, VER., A **31 DE DICIEMBRE DE 2021**

**CONTRATO NÚMERO SEIA22311604-0022**

POR MEDIO DEL PRESENTE, **C. JOSE ARTURO MARABOTO MILLAN,** EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD **LOGISTICA MARVIL, S.A. DE C.V.** (EN ADELANTE **EL PRESTADOR"**) MANIFIESTO QUE CUALQUIER INFORMACIÓN ORAL O ESCRITA QUE SEA PROPORCIONADA CON MOTIVO DE TRABAJO A REALIZAR PARA EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (EN ADELANTE **"EL INSTITUTO- ADMINISTRADOR DEL CONTRATO-"**), SERÁ TRATADA DE ACUERDO A LAS SIGUIENTES:

## CLÁUSULAS

**PRIMERA.- INFORMACIÓN CONFIDENCIAL.-** PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE ACUERDO, EL TÉRMINO "INFORMACIÓN" O "INFORMACIÓN CONFIDENCIAL" SIGNIFICA TODOS LOS DATOS, CONVERSACIONES TELEFÓNICAS, MENSAJES DE AUDIO, MENSAJES DE GRABADORAS, CINTAS MAGNÉTICAS, PROGRAMAS DE CÓMPUTO Y SUS CÓDIGOS FUENTE ENTRE OTROS MEDIOS DE COMUNICACIÓN, TALES COMO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN DISCOS COMPACTOS (CD), MENSAJES DE DATOS ELECTRÓNICOS (CORREOS ELECTRÓNICOS), MEDIOS ÓPTICOS O DE CUALQUIER OTRA TECNOLOGÍA O CUALQUIER OTRO MATERIAL QUE CONTENGA INFORMACIÓN JURÍDICA, OPERATIVA, TÉCNICA, FINANCIERA O DE ANÁLISIS, REGISTROS, DOCUMENTOS, ESPECIFICACIONES, PRODUCTOS, INFORMES, DICTÁMENES Y DESARROLLOS A QUE TENGA ACCESO O QUE LE SEAN PROPORCIONADOS POR **"EL INSTITUTO- ADMINISTRADOR DEL CONTRATO-".**

DE IGUAL FORMA, SERÁ CONSIDERADA COMO CONFIDENCIAL AQUELLA INFORMACIÓN DERIVADA DE LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO QUE PRESTE **"EL PRESTADOR"** QUE SEÑALE **"EL INSTITUTO"** Y SEA PROPIEDAD EXCLUSIVA DE ÉSTE.

**SEGUNDA.- OBLIGACIÓN DE NO-DIVULGACIÓN.- "EL PRESTADOR"** RECONOCE QUE QUEDA PROHIBIDA SU DIFUSIÓN Y/O UTILIZACIÓN TOTAL O PARCIAL EN SU FAVOR O DE TERCEROS AJENOS A LA RELACIÓN CONTRACTUAL, POR CUALQUIER MEDIO, ENTRE OTROS DE MANERA ENUNCIATIVA MÁS NO LIMITATIVA: VÍA ORAL, IMPRESA, ELECTRÓNICA, MAGNÉTICA, ÓPTICA Y EN GENERAL POR NINGÚN MEDIO CONOCIDO O POR DESARROLLAR, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES (LFPDPPP), LEY DE LA PROPIEDAD INDUSTRIAL Y DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. SI NO SE CUMPLEN LOS TÉRMINOS DE LAS LEYES ANTES MENCIONADAS SERÁN SANCIONADOS EN BASE A LO QUE ESTIPULE CADA UNA DE LAS MISMAS.

EN ESTE SENTIDO, ACEPTA QUE LA PROHIBICIÓN SEÑALADA EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, COMPRENDE INCLUSIVE, EN FORMA ENUNCIATIVA MÁS NO LIMITATIVA, QUE NO SE PODRÁ LLEVAR A CABO LA DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN CON FINES DE LUCRO, COMERCIALES, ACADÉMICOS, EDUCATIVOS O PARA CUALQUIER OTRO, POR LO QUE **"EL PRESTADOR"** SE RESPONSABILIZA DEL USO Y CUIDADO DE LA INFORMACIÓN, A NOMBRE PROPIO Y DE LAS PERSONAS QUE FORMEN PARTE DEL MISMO, ASÍ COMO DEL PERSONAL DIRECTIVO, ADMINISTRATIVO Y OPERATIVO QUE LAS CONFORMEN.

ADICIONALMENTE, **"EL PRESTADOR"** SE OBLIGA A LO SIGUIENTE:

1) UTILIZAR TODA LA INFORMACIÓN A QUE TENGA ACCESO O GENERADA CON MOTIVO DE SU PRESTACIÓN DE SERVICIO ANTE **"EL INSTITUTO- ADMINISTRADOR DEL CONTRATO-"** ÚNICAMENTE PARA CUMPLIMENTAR EL OBJETO DEL CONTRATO ADJUDICADO.
2) LIMITAR LA REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN A QUE TENGA ACCESO, ÚNICAMENTE A LAS PERSONAS QUE DENTRO DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN SE ENCUENTREN AUTORIZADAS PARA CONOCERLA, HACIENDO RESPONSABLE DEL USO QUE DICHAS PERSONAS PUEDAN HACER DE LA MISMA.
3) NO HACER COPIAS DE LA INFORMACIÓN, SIN LA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DE **"EL INSTITUTO- ADMINISTRADOR DEL CONTRATO-".**
4) NO REVELAR A NINGÚN TERCERO LA INFORMACIÓN, SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DE **"EL INSTITUTO- ADMINISTRADOR DEL CONTRATO-".**

**5)** MANTENER ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y/O DOCUMENTACIÓN RELACIONADA CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, BAJO LA PENA DE INCURRIR EN RESPONSABILIDAD PENAL, CIVIL O DE OTRA ÍNDOLE, Y POR LO TANTO, NO PODRÁ SER DIVULGADA, TRANSMITIDA, NI UTILIZADA EN BENEFICIO PROPIO O DE TERCERO.

**TERCERA. - DEVOLUCIÓN DE LA INFORMACIÓN.-** UNA VEZ CONCLUIDA LA VIGENCIA DEL PRESENTE ACUERDO, **"EL PRESTADOR",** ENTREGARÁ A **"EL INSTITUTO- ADMINISTRADOR DEL CONTRATO-"** TODO MATERIAL, DOCUMENTOS Y COPIAS QUE CONTENGAN LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL QUE LE HAYA SIDO PROPORCIONADA POR **"EL INSTITUTO- ADMINISTRADOR DEL CONTRATO-",** NO DEBIENDO CONSERVAR EN SU PODER NINGÚN MATERIAL, DOCUMENTOS Y COPIAS QUE CONTENGA LA REFERIDA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL.

**"EL PRESTADOR"** CONVIENE EN LIMITAR EL ACCESO DE DICHA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL A SUS EMPLEADOS O REPRESENTANTES, SIN EMBARGO, NECESARIAMENTE HARÁN PARTÍCIPES Y OBLIGADOS SOLIDARIOS A AQUÉLLOS, RESPECTO DE SUS OBLIGACIONES DE CONFIDENCIALIDAD AQUÍ CONTRAÍDAS. CUALQUIER PERSONA QUE TUVIERE ACCESO A DICHA INFORMACIÓN, DEBERÁ SER ADVERTIDA DE LO CONVENIDO EN ESTE DOCUMENTO, COMPROMETIÉNDOSE A OBSERVAR Y CUMPLIR LO ESTIPULADO EN ESTE PUNTO.

**"EL PRESTADOR"** ACEPTA QUE TODAS LAS ESPECIFICACIONES, PRODUCTOS, ESTUDIOS TÉCNICOS, INFORMES, DICTÁMENES, DESARROLLOS, CÓDIGOS FUENTE Y PROGRAMAS, DATOS CLÍNICOS, ASÍ COMO TODO AQUELLO QUE SE OBTENGA COMO RESULTADO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, SERÁN CONFIDENCIALES.

LA DURACIÓN DEL PRESENTE DOCUMENTO SERÁ LA MENOR DE ENTRE LAS SIGUIENTES:

**i.** 1 (UN) AÑO CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE FIRMA DE ESTE ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD. EL PLAZO DE 1 (UN) AÑO ANTES MENCIONADO PODRÁ SER PRORROGADO, UNA O MÁS VECES, POR VOLUNTAD DE LAS PARTES POR PERIODOS ADICIONALES DE 1 (UN) AÑO CADA UNO, EN CUYO CASO DICHAS PRÓRROGAS DEBERÁN CONSTAR POR ESCRITO Y ESTAR FIRMADAS POR AMBAS PARTES O REDUCIDO EN CASO DE VIGENCIA DE CONTRATO MENOR A 1 (UN) AÑO.

ESTE DOCUMENTO SOLAMENTE PODRÁ SER MODIFICADO MEDIANTE CONSENTIMIENTO DE LAS PARTES, OTORGADO POR ESCRITO.

EL PRESENTE DOCUMENTO SE REGIRÁ POR LAS LEYES VIGENTES EN LA CIUDAD DE XALAPA, VERACRUZ. PARA TODO LO RELACIONADO CON LA INTERPRETACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE DOCUMENTO LAS PARTES SE SOMETEN A LA JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA DE LOS TRIBUNALES COMPETENTES EN LA CIUDAD DE XALAPA, VERACRUZ, EXPRESAMENTE RENUNCIANDO A CUALQUIER OTRO FUERO QUE PUDIERA CORRESPONDERLES POR RAZÓN DE SUS DOMICILIOS PRESENTES O FUTUROS O POR CUALQUIER OTRA CAUSA.

ESTE DOCUMENTO SE FIRMA POR DUPLICADO AL CALCE DE CADA UNA DE SUS HOJAS ÚTILES POR AMBOS LADOS, QUEDANDO UN ORIGINAL EN PODER DE CADA UNA DE LAS PARTES, EN BELISARIO DOMINGUEZ NO. 15, COLONIA ADALBERTO TEJEDA, C.P. 91070, XALAPA, VERACRUZ. EL DÍA **31 DE DICIEMBRE DE 2021**.

**LOGISTICA MARVIL, S.A. DE C.V.**



**C. JOSE ARTURO MARABOTO MILLAN**

**REPRESENTANTE LEGAL**