IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO **CONTRATO No. SEIA22311604-0037**	ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS **AA-050GYR014-E81-2022** **HEMODIALIS SUBROGADA UMAA 242**

CONTRATO ABIERTO PARA EL **SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, PARA UNIDADES MÉDICAS DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO, DURANTE EL PERIODO DEL 20 AL 28 DE FEBRERO DEL EJERCICIO FISCAL 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 **OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA, S.A. DE C.V.**, EN LO SUBSECUENTE **"EL PROVEEDOR",** REPRESENTADA POR EL **C. VICTOR ALARCON PELAEZ**, EN SU CARÁCTER DE **REPRESENTANTE LEGAL**, Y A QUIENES EN FORMA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ **"LAS PARTES",** AL TENOR DE LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

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. EL **L.A.E. CARLOS ALBERTO NAVARRETE SÁNCHEZ**, EN REPRESENTACION DE LA JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS, , EL **ING. CARLOS MANUEL MORALES MARTÍNEZ**, JEFE DE LA OFICINA DE CONSERVACIÓN, LA **L.I. 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.7. 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. JOSE LUIS RIVERO FRANCO**

DIRECTOR MEDICO DE LA UMAA **242**, 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.8. PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS FUNCIONES Y LA REALIZACIÓN DE SUS ACTIVIDADES, REQUIERE DE LA PRESTACION DEL **SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, PARA UNIDADES MÉDICAS DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO, DURANTE EL PERIODO DEL 20 AL 28 DE FEBRERO DEL EJERCICIO FISCAL 2022.**

I.9. 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.

I.10. EL PRESENTE CONTRATO FUE ADJUDICADO A **"EL PROVEEDOR"** MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO DE **ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS** NO. **AA-050GYR014-E81-2022**, 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, 26 BIS FRACCIÓN I, 28 FRACCIÓN II, 34, 35, 41 FRACCION V Y 47 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

I.11. CON FECHA **18 DE FEBRERO DE 2022**, LA COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO, EMITIÓ EL FALLO DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN MENCIONADO EN LA DECLARACIÓN QUE ANTECEDE.

I.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 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.13. 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 LA PÓLIZA NÚMERO **5,182**, DE FECHA **31 DE MARZO DE 2008**, OTORGADA ANTE LA FE DEL LICENCIADO **LUIS AREVALO CONTRERAS**, CORREDOR PÚBLICO NÚMERO **1,** DE LA CIUDAD DE **ACAPULCO, GUERRERO**, INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y EL COMERCIO, BAJO EL FOLIO MERCANTIL ELECTRÓNICO NÚMERO **9167 17**, DE FECHA **10 DE ABRIL DE 2008,** DE LA CIUDAD DE **ACAPULCO, GUERRERO.**

II.2. SE ENCUENTRA REPRESENTADA PARA LA CELEBRACIÓN DE ESTE CONTRATO, POR EL **C. VICTOR ALARCON PELAEZ**, ACREDITA SU PERSONALIDAD MEDIANTE ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **32,439** DE FECHA **23 DE ENERO DE 2020**, PASADA ANTE LA FE DEL NOTARIO PUBLICO NÚMERO **13** LICENCIADO **ARTURO BETANCOURT SOTELO,** DEL DISTRITO NOTARIAL DE TABARES Y DEL PATRIMONIO INMOBILIARIO FEDERAL DE LA CIUDAD DE **ACAPULCO GUERRERO,** 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 **A) LA ADMINISTRACIÓN, OPERACIÓN, SUPERVISIÓN, ORGANIZACIÓN, PROMOCIÓN, CONSULTORÍA, ASESORÍA, E INTERVENCIÓN MEDIANTE CUALQUIER MEDIO LEGAL EN CLÍNICAS Y HOSPITALES, LABORATORIOS, CONSULTORIOS Y TODO LO RELACIONADO CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS O DE CUALQUIER OTRO TIPO, ETC.**

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

II.4. LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO LE OTORGÓ EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO **OSS-080331-528.** 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. **"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.8. 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.9. 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.10. SEÑALA COMO DOMICILIO PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ACTO JURÍDICO, EL UBICADO EN: **ADOLFO PRIETO NO. 1020, COLONIA DEL VALLE, C.P. 03100, ALCALDIA BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MÉXICO.**

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 **$1,010,685.00 (**UN MILLON DIEZ MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CINCO 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 **$1,095,000.00** (UN MILLON NOVENTA Y CINCO MIL 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 **20 DE FEBRERO 2022 Y CONCLUIRA EL 28 DE FEBRERO 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"**:

DEBERÁ EXISTIR UN RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA QUIEN DEBERÁ SER UN MÉDICO ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA Y CONTAR, EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN LAS DISPOSICIONES JURÍDICAS APLICABLES, CON TÍTULO, CÉDULA DE MÉDICO ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA LEGALMENTE EXPEDIDA POR LAS

AUTORIDADES EDUCATIVAS COMPETENTES Y CERTIFICADO DE ESPECIALIZACIÓN VIGENTE EXPEDIDO POR EL CONSEJO CORRESPONDIENTE.

DEBERÁ CONTAR CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON ESPECIALIDAD EN NEFROLOGÍA O PERSONAL PROFESIONAL Y TÉCNICO CON CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO EN HEMODIÁLISIS POR UN PERIODO MÍNIMO DE SEIS MESES DE ENFERMERÍA, EL CUAL DEBERÁ CONTAR CON AL MENOS UNA ENFERMERA POR CADA 3 (TRES) MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS.
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.

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; ERIKA.SECENA@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 PARTICIPANTE 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, ERIKA.SECENA@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-SSA3-2010 PARA LA PRÁCTICA DE HEMODIÁLISIS EN SUS NUMERALES 6.1, 6.4 Y 6.5

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 DEBERA AJUSTARSE A LO DESCRITO EN LA NOM-003-SSA3-2010 "PARA LA PRÁCTICA DE HEMODIÁLISIS".
-
- LOS BIENES DE CONSUMO SE DEBERÁN APEGAR A LO DESCRITO EN EL **ANEXO T2** (T DOS).

- LAS MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS DEBERÁN APEGARSE AL CUADRO BÁSICO Y CATÁLOGO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MÉDICO VIGENTE, CLAVE 531.340.0169. Y A LA CLAVE 531.340.0227, EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE LOS DIALIZADORES.

- LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBERÁ CONTAR CON MÁQUINAS EXCLUSIVAS Y EN ÁREA AISLADA PARA PACIENTES CON SEROPOSITIVIDAD A 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 PARTICIPANTE 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 6.4.9.2. Y EL APÉNDICE NORMATIVO "A" DE LA NOM-003-SSA3-2010 "PARA LA PRÁCTICA DE HEMODIÁLISIS", ASÍ COMO LO PREVISTO EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

ES RESPONSABILIDAD DEL PARTICIPANTE DEL SERVICIO ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DESDE EL PUNTO DE VISTA BACTERIOLÓGICO Y QUÍMICO, CONFORME A LA NOM-003-SSA3-2010 "PARA LA PRÁCTICA DE LA HEMODIÁLISIS" Y LAS RECOMENDACIONES DE LA AMMI CONSIDERADAS EN LA NORMA CITADA Y SIENDO OBLIGATORIO CONTAR CON EL REPORTE ORIGINAL DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS REALIZADAS POR UN LABORATORIO ACREDITADO, ANTES DEL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y EN OPERACIÓN CON LA PERIODICIDAD BIMESTRAL PARA EL ANÁLISIS DE CONTAMINANTES BIOLÓGICOS QUE DEBERÁN REALIZARSE A LA PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA, ASÍ COMO MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS Y AL MENOS UNA VEZ AL AÑO PARA CONTAMINANTES QUÍMICOS.

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

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

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

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

EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO Y EL 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-SSA3-2010 "PARA LA PRÁCTICA DE HEMODIÁLISIS". CABE RESALTAR QUE MIENTRAS NO SE CUMPLA CON LAS CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ESTABLECIDAS EN ESTE DOCUMENTO, EL

INSTITUTO NO DARÁ POR ACEPTADO EL SERVICIO Y SE APLICARÁN LAS PENAS CONVENCIONALES O DEDUCCIONES CORRESPONDIENTES, EL JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS EN LAS OOAD Y DIRECTOR MÉDICO EN LAS UMAE SERÁN LOS ENCARGADOS DE NOTIFICAR POR ESCRITO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICO MÉDICAS SOLICITADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

E. CONSTANCIAS CON LAS QUE DEBERÁ CONTAR EL PROVEEDOR :

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

COMO ELEMENTO ADICIONAL, EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE 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 PARTICIPANTE 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 PARTICIPANTE 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 PARTICIPANTE ADJUDICADO 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.

"EL PROVEEDOR", DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, DEBERÁ CUMPLIR CON LOS NIVELES DE SERVICIO DESCRITOS A CONTINUACIÓN:

CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO
LA TRANSICIÓN DEL ACCESO VASCULAR TEMPORAL POR UN ACCESO VASCULAR DEFINITIVO PARA LOS PACIENTES CON PERMANENCIA EN EL PROGRAMA, NO DEBERÁ SER POR UN TIEMPO MAYOR DE:	3 (TRES) MESES DE HABER INGRESADO A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA.
REPORTE ORIGINAL POR UN LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-003-SSA3-2010 Y LAS RECOMENDACIONES DE LA AAMI. LA UNIDAD EN FUNCIONAMIENTO, DEBERÁ CONTAR CON UN RESULTADO DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO.	BIMESTRAL. (AL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA CONCLUSIÓN DEL BIMESTRE)
REPORTE DE LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-003-SSA3-2010. LA UNIDAD EN FUNCIONAMIENTO, DEBERÁ CONTAR CON UN RESULTADO DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO.	RESULTADOS DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO DENTRO DE LOS PARÁMETROS SOLICITADOS POR LA NOM-003-SSA3-2010.
REPORTE ORIGINAL POR UN LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-003-SSA3-2010 Y LAS RECOMENDACIONES DE LA AAMI. LA CALIDAD DE AGUA DEBERÁ CONTAR CON RESULTADO DE ANÁLISIS QUÍMICO.	AL MENOS UNA VEZ AL AÑO. (AL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA CONCLUSIÓN DEL AÑO)
REPORTE ORIGINAL POR UN LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-003-SSA3-2010 Y LAS RECOMENDACIONES DE LA AAMI. LA CALIDAD DE AGUA DEBERÁ CONTAR CON RESULTADO DE ANÁLISIS QUÍMICO.	RESULTADOS DE ANÁLISIS QUÍMICOS DENTRO DE LOS PARÁMETROS SOLICITADOS POR LA NOM-003-SSA3-2010
DOTACIÓN DEL MISMO NÚMERO DE CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES QUE FUERON COLOCADOS A PACIENTES REFERIDOS A SUBROGACIÓN EL MES INMEDIATO ANTERIOR MÁS 2(DOS) CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES COMO LO SOLICITE EL JEFE DE SERVICIO	MENSUALMENTE. (DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 DÍAS HÁBILES DE CADA MES)
EL PARTICIPANTE ADJUDICADO ESTABLECERÁ CONTACTO CON LA DIVISIÓN DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO DIGITAL DE LA SALUD SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO DIGITAL DE LA SALUD (DSDICDS), DEPENDIENTE DE LA CSDISA, A EFECTO DE ESTABLECER LA ESTRATEGIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS SIGUIENTES PUNTOS: a) FIRMA DEL ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD b) DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS c) DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE d) SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD	DENTRO DE LOS 5 (CINCO) DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA DE EMISIÓN DEL FALLO.
INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN, DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS NECESARIOS PARA EL MANEJO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE.	DENTRO DE LOS 45 (CUARENTA Y CINCO) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL FALLO.
EL PARTICIPANTE PROPORCIONARÁ UN CALENDARIO DE DESPLIEGUE DEL SISTEMA	DENTRO DE LOS 5 (CINCO) DÍAS

CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO
EVALUADO CONSIDERANDO TODAS LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS INCLUIDAS EN EL CONTRATO	NATURALES POSTERIORES A LA FECHA DE APROBACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN.
REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LA SESIÓN REALIZADA, EN LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO, CONFORME A LA (ETIMSS), 5640-023-004 ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE HEMODIÁLISIS EXTRAMUROS, NECESARIO PARA LA TRANSMISIÓN DE DATOS A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO.	EN UN PLAZO NO MAYOR A LAS 24 VEINTICUATRO) HORAS, POSTERIORES A LA FECHA EN QUE SE OTORGÓ LA SESIÓN.

QUINTA.- VIGENCIA.- LAS PARTES CONVIENEN QUE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO COMPRENDERÁ DEL **20 DE FEBRERO 2022 Y HASTA EL 28 DE FEBRERO 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:

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.

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENA
REPORTE ORIGINAL POR UN LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-003-SSA3-2010 LA UNIDAD EN FUNCIONAMIENTO, DEBERÁ CONTAR CON UN RESULTADO DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO EN LA ENTREGA DEL REPORTE RESULTADOS DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM 003-SSA3-2010	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
REPORTE ORIGINAL POR UN LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-003-SSA3-2010 Y LAS RECOMENDACIONES DE LA AAMI. LA CALIDAD DE AGUA DEBERÁ CONTAR CON RESULTADO DE ANÁLISIS QUÍMICO.	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 PARTICIPANTE ADJUDICADO	POR CADA DÍA NATURAL DE	1%, SOBRE EL VALOR QUE	DIVISIÓN DE SERVICIOS	JEFE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS O

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENA
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: FIRMA DEL ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS a) DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE b) SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD	ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO ESTABLECIDO DE LOS DIEZ DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA DE EMISIÓN DEL FALLO.	REPRESENTA EL COSTO DE LAS SESIONES REALIZADAS EN MES DE INCIDENCIA, SIN INCLUIR EL IVA.	DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO DIGITAL DE LA SALUD (DSDICDS)	DIRECTOR ADMINISTRATIVO
INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN, DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS NECESARIOS PARA EL OTORGAMIENTO DE DEL SERVICIO	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO DE LOS 45 (CUARENTA Y CINCO) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL FALLO.	2.5% DIARIO SOBRE EL VALOR QUE REPRESENTA EL COSTO DE LAS SESIONES SOLICITADAS EN EL MES DE INCIDENCIA, SIN INCLUIR EL IVA.	DIVISIÓN DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO DIGITAL DE LA SALUD (DSDICDS), COORDINADOR DELEGACIONAL DE INFORMÁTICA O JEFE DE DIVISIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	JEFE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS O DIRECTOR ADMINISTRATIVO
EL PARTICIPANTE 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

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENA
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

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.

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 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	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	EL 5% SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL MÁS EL IVA, CUANDO OCURRA QUE A ALGÚN	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	JEFE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS O DIRECTOR ADMINISTRATIVO

CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA PARA LA DEDUCCIÓN	DEDUCCIÓN	LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO MOTIVO DE RESCISIÓN DEL CONTRATO	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA DEDUCCIÓN
UN TIEMPO MAYOR DE:		EN EL PLAZO ESTABLECIDO	PACIENTE(S) NO SE LE HAYA REALIZADO EL CAMBIO.		DE SERVICIO O DIRECTOR MÉDICO EN UMAE	
REPORTE DE LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-003-SSA3-2010 LA UNIDAD EN FUNCIONAMIENTO, DEBERÁ CONTAR CON UN RESULTADO DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO.	RESULTADOS DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO DENTRO DE LOS PARÁMETROS SOLICITADOS POR LA NOM-003-SSA3-2010	CUMPLIR CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA CALIDAD DEL AGUA DE ACUERDO CON LA NOM-003-SSA3-2010	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
REPORTE ORIGINAL POR UN LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-003-SSA3-2010 Y LAS RECOMENDACIONES DE LA AAMI. LA CALIDAD DE AGUA DEBERÁ CONTAR CON RESULTADO DE ANÁLISIS QUÍMICO.	RESULTADOS DE ANÁLISIS QUÍMICOS DENTRO DE LOS PARÁMETROS SOLICITADOS POR LA NOM-003-SSA3-2010	CUMPLIR CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA CALIDAD DEL AGUA DE ACUERDO CON LA NOM 003-SSA3-2010 Y LAS RECOMENDACIONES DE LA AAMI.	5% SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL MÁS IVA	EL LÍMITE DE LA DEDUCCIÓN SERÁ DE HASTA EL 10% DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, 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
DOTACIÓN DEL MISMO NÚMERO DE CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES QUE FUERON	DOTACIÓN DEL MISMO NÚMERO DE CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES QUE FUERON COLOCADOS	POR CADA DÍA NATURAL A PARTIR DE LA FECHA EN QUE DEBIÓ SER	2.5% DIARIO, SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL SIN	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	JEFE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS O DIRECTOR ADMINISTRATIVO

CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA PARA LA DEDUCCIÓN	DEDUCCIÓN	LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO MOTIVO DE RESCISIÓN DEL CONTRATO	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA DEDUCCIÓN
COLOCADOS A PACIENTES REFERIDOS A SUBROGACIÓN EL MES INMEDIATO ANTERIOR MÁS 2(DOS) CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES COMO LO SOLICITE EL JEFE DE SERVICIO	A PACIENTES REFERIDOS A SUBROGACIÓN EL MES INMEDIATO ANTERIOR MÁS 2(DOS) CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES COMO LO SOLICITE EL JEFE DE SERVICIO	ENTREGADA LA TOTALIDAD DE DOTACIÓN DE CATÉTERES.	INCLUIR IVA	MÉDICO	UNIDAD MÉDICA EN OOAD O JEFE DE SERVICIO O DIRECTOR MÉDICO EN UMAE	

"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 FRACCIÓN 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 **18 DE FEBRERO DE 2022**, 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"
OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA, S.A. DE C.V.

C. VICTOR ALARCON PELAEZ
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

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

POR EL ÁREA TECNICA

ING. CARLOS MANUEL MORALES MARTÍNEZ
JEFE DE LA OFICINA DE CONSERVACIÓN

POR EL ÁREA TECNICA Y ADMINISTRADORA

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

ADMINISTRA ESTE CONTRATO

ING. RAFAEL ZARATE PÉREZ
TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

ADMINISTRA ESTE CONTRATO

DR. JOSE LUIS RIVERO FRANCO
DIRECTOR MEDICO DE LA UMAA 242

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: 0000017677 - 2022

Dependencia Solicitante:	D0031	Delegación Veracruz Norte
	SEI	Servicios Integrales
	31020020	M OFNAS. ADMINISTRATIVAS
Descripción:		
Servicio:	Hemodiálisis Extramuros	
Fecha Impresión:	18/02/2022	Fecha Validación: 18/02/2022

	Importe	Cuenta	Partida presupuestaria
Total Comprometido (en pesos):	$ 2,744,391.00	42061604	33901 Subcontratación de servicios con terceros

(COMPROMETIDO MENSUAL (en miles de pesos))

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
0.0	2,744.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

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

CERTIFICADO PREVIO

CONTRATO PREI _____
CONTRATO IMSS _____

IMPORTE : $ 2,744,391.00
DOS MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UNO PESOS 00/100 MN

LUCIO SANCHEZ AGUILAR
Autorizó
JEFE DEL DEPTO. DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE S

ANEXO 2 (DOS)

SESIONES PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA

UMAA 242 TEJERÍA, VER.

PRESTADOR DEL SERVICIO: OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCÍA, S.A. DE C.V.

PARTIDA	PRECIO UNITARIO SIN IVA	Nº DE SESIONES		IMPORTES SIN IVA	
		MÍNIMO	MÁXIMO	MÍNIMO	MÁXIMO
3	$1,095.00	923	1,000	$1,010,685.00	$1,095,000.00
			IVA 16%	$161,709.60	$175,200.00
			TOTAL	$1,172,394.60	$1,270,200.00

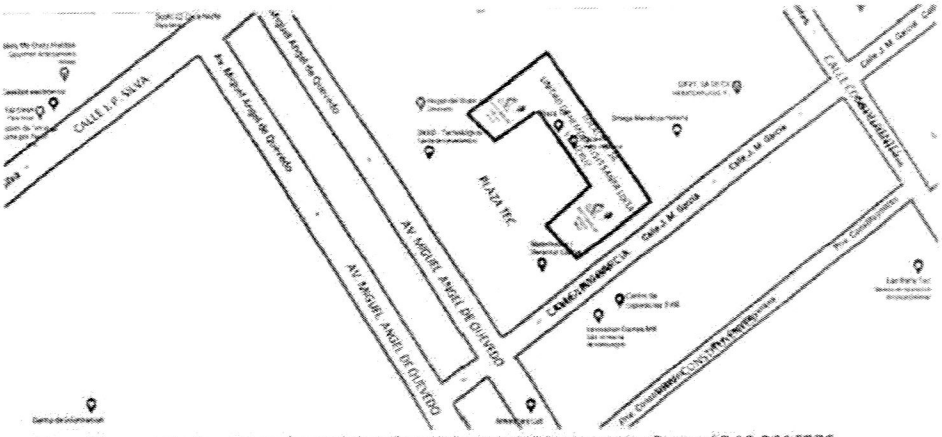
UBICACIÓN DEL LUGAR DONDE SE PRESTARÁ EL SERVICIO:

UNIDAD DE HEMODIALISIS SANTA LUCIA

AVENIDA MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NUMERO EXTERIOR 2690, LOCAL DEL 7 AL 16
COLONIA FORMANDO HOGAR. C.P. 91897

Entre Calle: JUAN PABLO SILVA Y JOSE MIGUEL GARCIA

VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE VERACRUZ, VERACRUZ



https://www.google.com.mx/maps/place/Waterhouse+%7C+Veracruz+Center/@19.2016576,-96.1587518,20z/data=!4m5!3m4!1s0x85c34418c2ed69b1:0x65bc8c140a2b6b73!8m2!3d19.2012367!4d-96.1591264

ATENTAMENTE
Protesto lo necesario

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

DOMICILIO EN DONDE PRESTARA EL SERVICIO EL PROVEEDOR:
AV. MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO No 2690, LOCALES DEL 7 AL 16 COL FORMANDO HOGAR, C.P. 91897, VERACRUZ, VERACRUZ.

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

Anexo T 0 (T-cero)

Oferta Técnica

Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada

Licitante: OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA, S.A. DE C.V.

Unidad de Hemodiálisis Subrogada	UNIDAD DE HEMODIALISIS SANTA LUCIA VERACRUZ		
Domicilio:	AVENIDA MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NUMERO EXTERIOR 2690		
	LOCAL DEL 5 AL 16 COLONIA FORMANDO HOGAR	**C.P.:**	91897
	Teléfono: 7444659721	**Ext:**	
Municipio/Delegación:	IGNACIO DE LA LLAVE VERACRUZ	**Estado:**	VERACRUZ
Horario de Atención:	07:00 A.M. A 21:00 P.M.		

Nombre Médico Nefrólogo:	ARISTÓTELES QUINTERO DÍAZ
Número de Cédula Profesional	6442840

Unidad deHemodiálisisSubrogada	**Total m²**	**Se ubica dentrode unHospital**	
a)MetrosCuadradosdeláreade tratamiento de Hemodiálisis(anexarcopiadeicroquisdeláreagris)	503.85	Si	No XX
	MáquinasdeHemodiálisis		
b)Número demáquinasde Hemodiálisis	**Total**	**COVID-19**	**Sero positivo**	**Sero negativo**
	71	1	2	68

Equipamiento	**Marca (s):**	**Modelo (s):**
Máquina de Hemodiálisis	NIPRO BAXTER	DIAMAX AK98
Sistema de tratamiento de agua	WATER TEC SERIE 6000	NACIONAL NACIONAL
Equipo de reprocesamiento automático de dializadores (en caso de usarlo)	N/A	N/A

Cuenta con:	
Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General (Anexar documento)	Certificado
	EN PROCESO DE CERTIFICACION CSG/CCEAM/97/2021

FOLIO 0002

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

Anexo T 0 (T-cero)

Servicios

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

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

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

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
UMAA	242	VERACRUZ	12	2,862	27
Total:				2,862	27

FOLIO 0003

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

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		CIS-SSVIII-1002-2021
Licencia Sanitaria			

Responsable Sanitario	Nombre	Número de Folio
De la Unidad de Hemodiálisis	ARISTOTELES QUINTERO DIAZ	203300536X1946

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL BAJO TRATADOS PRESENCIAL NO. AA-050GYR014-E81-2022 SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA.

Fecha: 17 DE FEBRERO DEL 2022.

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

DR. ARISTOTELES QUINTERO DIAZ
RESPONSIBLE SANITARIO

ATENTAMENTE

Protesto lo necesario
C.P. VICTOR ALARCON PELAEZ
REPRESENTANTE LEGAL
OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA S.A. DE C.V.

FOLIO 0004

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

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

A) Las características de la máquina de hemodiálisis deberán apegarse al Compendio Nacional de Insumos para la Salud clave 531.340.0169.

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

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

No	Descripción	Propuesta del proveedor
1	FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE MEMBRANA SINTÉTICA Y/O CELULOSA MODIFICADA DE 0.4 $M^{2\ HASTA}$ 2.0 M^2.	FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE MEMBRANA SINTÉTICA Y/O CELULOSA MODIFICADA DE 0.4 $M^{2\ HASTA}$ 2.0 M^2. CAT. POLYFLUX. PAG. 1 Y 2. CAT. REVACLEAR. PAG. 1 Y 2 CAT. THERANOVA- PAG. 1, 3 Y 4 DIALIZADORES POLIFLUX DIALIZADORES REVACLEAR ESTOS DIALIZADORES DE FIBRAS HUECAS HAN SIDO VALIDADOS POR GAMBRO PARA SU USO CON EL EQUIPO DE DIÁLISIS AK 98. B™-U DIALIZADOR DE FIBRA HUECA DE TRIACETATO, NIPRO FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA (CELULOSA MODIFICADA) REFERENCIA: CATÁLOGOS FB™-U, PÁGINAS 1 Y 2 ÁREAS EFECTIVAS DE 0.5M^2 A 2.1M^2 REFERENCIA: CATÁLOGOS FB™-U, PÁGINA 2 MODELOS: FB-(05U, 07U, 09U, 11U, 13U, 15U, 17U, 19U, 21U, 50U, 70U, 90U, 110U, 130U, 150U, 170U, 190U, 210U) REFERENCIA: CATÁLOGOS FB™-U, PÁGINAS 1 Y 2 MARCA:NIPRO

FOLIO 0006

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		REFERENCIA: CATÁLOGOS FB™-U, PÁGINA 1 REGISTRO SANITARIO: 0778C2013 SSA FABRICANTE: NIPRO CORPORATION ODATE FACTORY DIALIZADOR SINTÉTICO DE FIBRA HUECA NIPRO ELISIO™ FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA (MEMBRANA SINTÉTICA) REFERENCIA: CATÁLOGOS ELISIO-H Y ELISIO-HR, PÁGINAS 1 Y 2 ÁREAS EFECTIVAS DE 1.1M² A 2.1M² REFERENCIA: CATÁLOGOS ELISIO-H Y ELISIO-HR, PÁGINA 2 MODELOS: ELISIO (11H, 13H, 15H, 17H, 19H, 21H, 110H, 130H, 150H, 170H, 190H, 210H, 110HR, 130HR, 150HR, 170HR, 190HR Y 210HR) *REFERENCIA: CATÁLOGOS ELISIO-H Y ELISIO-HR, PÁGINAS 1 Y 2* MARCA: NIPRO REFERENCIA: CATÁLOGOS ELISIO-H Y ELISIO-HR, PÁGINA 1 REGISTRO SANITARIO: 1378C2008 SSA FABRICANTE: NIPRO CORPORATION ODATE FACTORY DIALIZADOR DE FIBRA HUECA SINTÉTICA NIPRO ELISIO FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA (MEMBRANA SINTÉTICA) REFERENCIA: CATÁLOGO ELISIO PÁGINAS 1 Y 2 ÁREAS EFECTIVAS DE 1.1M² A 2.1M² REFERENCIA: CATÁLOGO ELISIO PÁGINA 2 MODELOS:

FOLIO 0007

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		ELISIO™- (11H, 13H, 15H, 17H, 19H, 21H) REFERENCIA: CATÁLOGO ELISIO MARCA: NIPRO REFERENCIA: CATÁLOGO ELISIO PÁGINA 1 REGISTRO SANITARIO: 2359C2018 SSA FABRICANTE: NIPRO INDIA CORPORATION PVT. LTD.
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 DE LA MARCA CORRESPONDIENTE, CON DIFERENTES VOLÚMENES DE CEBADO PARA ADULTO Y PEDIÁTRICO. CAT. NOVALINE BAXTER. - PAG 1 Y 2 FICHA TÉCNICA LÍNEAS NOVALINE NOVALINE: JUEGO DE LÍNEAS PARA HEMODIÁLISIS PARA MÁQUINA AK98. CÓDIGO: 955419 JUEGO DE LÍNEAS ARTERIAL Y VENOSO, DESECHABLE, ESTÉRIL REFERENCIA: CATÁLOGO BLOOD TUBING SET, PÁGINA 1 CON CONECTORES, CON PROTECTORES DE TRANSDUCTOR DE PRESIÓN REFERENCIA: CATÁLOGO BLOOD TUBING SET, PÁGINA 1 COMPATIBLE CON LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS DE LA MARCA CORRESPONDIENTE. REFERENCIA: CATÁLOGO BLOOD TUBING SET, PÁGINA 2 CON DIFERENTES VOLÚMENES DE CEBADO

FOLIO 0008

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		REFERENCIA: CATÁLOGO BLOOD TUBING SET, PÁGINA 2 MODELOS: A003(M1)-V612 (M1) ADULTO A009 (M2)/ V603 (M2) PEDIÁTRICO REFERENCIA: CATÁLOGO BLOOD TUBING SET, PÁGINA 2 Marca: Bellco Modelo: IB0681700/F Registro Sanitario: 1354C2019 SSA 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.	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. FICHA TÉCNICA ÁCIDO EN SOLUCIÓN (AQUACID) AQUACID®-200, 0,0 K (SIN POTASIO): SOLUCIÓN A BASE DE ÁCIDO ACÉTICO, QUE CONTIENE DIFERENTES ELECTROLITOS Y SUSTANCIAS DILUIDAS, QUE FORMAN UNA SOLUCIÓN DIALIZANTE CON SISTEMA PROPORCIONADOR 45X. CÓDIGO AC24014A (MARCA AQUA MEDICA) AQUACID®-100, 2,0 K (CON POTASIO): SOLUCIÓN A BASE DE ÁCIDO ACÉTICO, QUE CONTIENE DIFERENTES ELECTROLITOS Y SUSTANCIAS DILUIDAS, QUE FORMA UNA SOLUCIÓN DIALIZANTE CON SISTEMA PROPORCIONADOR 45X. CÓDIGO: AC24064A MARCA: AQUA MEDICA **CAT. AQUACID.- PAG. 1 Y 2** 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

FOLIO 0009

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91397, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		2.0 Y CALCIO DE 2.5 O 3.5 MEQ/L. CAT. HD DIAMAX PAG 1 Y 2 ; CAT. AQUAMEDICA, PAG. 1 Y 2.
4	BICARBONATO DE SODIO EN POLVO O SOLUCIÓN. PARA USO NO PARENTERAL; PARA CONDUCTIVIDAD DE ACUERDO A LA MARCA DE LA MÁQUINA; PARA ÁCIDO ESPECÍFICO, PRESENTACIÓN EN PAQUETE O BOLSA QUE SE ADECUE A LA MÁQUINA PROPUESTA.	BICARBONATO DE SODIO EN POLVO O SOLUCIÓN. PARA USO NO PARENTERAL; PARA CONDUCTIVIDAD DE ACUERDO A LA MARCA DE LA MÁQUINA; PARA ÁCIDO ESPECÍFICO, PRESENTACIÓN EN PAQUETE O BOLSA QUE SE ADECUE A LA MÁQUINA PROPUESTA. **CAT. BICART. PAG. 1 Y 2** FICHA TÉCNICA DE BICART CADA CARTUCHO BICART® CONTIENE 720 G POLVO (CALIDAD FARMACOPEA DE ESTADOS UNIDOS Y FARMACOPEA EUROPEA). CADA CARTUCHO BICART®, JUNTO A UN CONCENTRADO ÁCIDO ADECUADO, APORTA SUFICIENTE SOLUCIÓN DE BICARBONATO SÓDICO COMO PARA PRODUCIR 200 L DE LÍQUIDO DE DIÁLISIS CON UNA CONCENTRACIÓN DE BICARBONATO DE 34 MMOL/L. FLUJO DE LÍQUIDO DE DIÁLISIS 500 ML/MIN 6 H 45 MIN. 700 ML/MIN 4 H 50 MIN. ALMACENAR POR DEBAJO DE +40°C CONSULTE LA ETIQUETA Y LA CAJA DEL PRODUCTO BICARBONATO DE SODIO EN POLVO O SOLUCIÓN. PARA USO NO PARENTERAL; PARA CONDUCTIVIDAD DE ACUERDO A LA MARCA DE LA MÁQUINA; PARA ÁCIDO ESPECÍFICO, PRESENTACIÓN EN PAQUETE O BOLSA QUE SE ADECUE A LA MÁQUINA PROPUESTA. CAT. QUABIC.
5	CÁNULA PARA PUNCIÓN DE FÍSTULA 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 16 017 G. PEDIÁTRICO. Y CON ORIFICIO POSTERIOR AL BISEL; UN LUMEN.	CÁNULA PARA PUNCIÓN DE FÍSTULA 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 16 017 G. PEDIÁTRICO. Y CON ORIFICIO POSTERIOR AL BISEL; UN LUMEN.

FOLIO 0010

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		CAT. HD AGUJAS.- PAG. Y 2 FISTULA NEEDLE GAMBRO: 15G (1.8MM), 16G (1.6MM), 17G (1.5MM) Y LONGITUD DE 25MM CON OJO POSTERIOR Y EJE GIRATORIO. TUBO DE 30 CM. CÓDIGO (15G) 100767/ (16G) 101240/ (17G) 100959 AGUJA ARTERIAL PARA PUNCIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA Catálogo Cánula de seguridad para fistula arteriovenosa Argyle, pág. 4 Calibre:15 o 16G Adulto y 16 o 17G con longitudes de 30 mm y 38 mm Marca: Medtronic Modelos: 1530VSVS, 1630VSVS, 1730VSVS Registro sanitario: 0495C2018 SSA Marca Allmed Catalogo Reg Sanitario: 2603C2015 SSA
6	MATERIAL ESTÉRIL NECESARIO PARA CONEXIÓN Y DESCONEXIÓN PARA CATÉTER O FISTULA, SEGÚN CORRESPONDA, CONTENIENDO AL MENOS: MATERIAL ESTÉRIL PARA CONEXIÓN DE CATÉTER: 2 PARES DE GUANTES 2 JERINGAS DESECHABLES 8 GASAS 1 CAMPO DE TELA ABSORBENTE MATERIAL ESTÉRIL PARA DESCONEXIÓN DE CATÉTER: 1 PAR DE GUANTES 6 GASAS 2 TAPONES DE LUER LOCK PARA CATÉTER. 1 APÓSITO ESPECIAL PARA CATÉTER MATERIAL ESTÉRIL PARA CONEXIÓN DE FÍSTULA: 1 PAR DE GUANTES 5 GASAS 2 CAMPOS DE TELA ABSORBENTE MATERIAL ESTÉRIL PARA DESCONEXIÓN DE FÍSTULA: 1 PAR DE GUANTES 6 GASAS 2 APÓSITOS CIRCULARES	MATERIAL ESTÉRIL NECESARIO PARACONEXIÓN Y DESCONEXIÓN PARA CATÉTER O FISTULA, SEGÚN CORRESPONDA, CONTENIENDO AL MENOS: KIT DE CONEXIÓN Y DESCONEXIÓN. CAT. EQ. MARCA KIT CC- CD PÁG. 1,2,3 Y 4.; KIT DE CONEXIÓN Y DESCONEXIÓN. GIFYT. MARCA KCC. PAG. 1. MATERIAL ESTÉRIL PARA CONEXIÓN DE CATÉTER: 2 PARES DE GUANTES, 2 JERINGAS DESECHABLES 8 GASAS 1 CAMPO DE TELA ABSORBENTE MATERIAL ESTÉRIL PARA DESCONEXIÓN DE CATÉTER: 1 PAR DE GUANTES 6 GASAS 2 TAPONES DE LUER LOCK PARA CATÉTER CON MATERIAL ANTISÉPTICO. 1 APÓSITO ESPECIAL PARA CATÉTER

FOLIO 0011

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		MATERIAL ESTÉRIL PARA CONEXIÓN DE FÍSTULA: 1 PAR DE GUANTES 5 GASAS 2 CAMPOS DE TELA ABSORBENTE MATERIAL ESTÉRIL PARA DESCONEXIÓN DE FÍSTULA: 1 PAR DE GUANTES 6 GASAS 2 APÓSITOS CIRCULARES

Anexo T 2 (T-dos)
D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL COMPENDIO NACIONAL DE INSUMOS PARA LA SALUD.

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
1	DESCRIPCIÓN (SE DESCRIBEN PARA PRESENTACIÓN DE OFERTA TÉCNICA)	
2	060.345.0149 PARA HEMODIÁLISIS, PEDIATRICO. INSERCIÓN EN SUBCLAVIA, YUGULAR O FEMORAL, DOBLE LUMEN. CONTIENE: UNA CÁNULA, UNA JERINGA DE 5 ML, UNA GUÍA DE ACERO INOXIDABLE. UN CATÉTER DOBLE LUMEN CALIBRE DE 8 A 10 FR, LONGITUD 130 A 150 MM, CON OBTURADOR, UN DILATADOR Y EXTENSIONES CURVAS. TIPO: MAHURKAR. ESTÉRIL Y DESECHABLE	060.345.0149 PARA HEMODIÁLISIS, PEDIÁTRICO. INSERCIÓN EN SUBCLAVIA, YUGULAR O FEMORAL, DOBLE LUMEN. CONTIENE: UNA CÁNULA, UNA JERINGA DE 5 ML, UNA GUÍA DE ACERO INOXIDABLE. UN CATÉTER DOBLE LUMEN CALIBRE DE 8 A 10 FR, LONGITUD 130 A 150 MM, CON OBTURADOR, UN DILATADOR Y EXTENSIONES CURVAS. TIPO: MAHURKAR MARCA MEDCOMP RS: 1685C2019 SSA DESECHABLE MARCA: Kendall/Covidien RS: 0422C2011 SSA JERINGA DENTILAB 5ML
3	060.345.2301PARA HEMODIÁLISIS. ADULTO. DE INSERCIÓN EN SUBCLAVIA, YUGULAR O FEMORAL DOBLE LUMEN, INCLUYE: UNA CÁNULA,	060.345.2301PARA HEMODIÁLISIS. ADULTO. DE INSERCIÓN EN SUBCLAVIA,

FOLIO 0012

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91397, VERACRUZ, VER.

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
	UNA JERINGA DE 5 ML, UNA GUIA DE ACERO INOXIDABLE. UN CATÉTER DOBLE LUMEN CALIBRE DE 11 A 12 FR, LONGITUD DE 185 A 205 MM CON OBTURADOR Y UN DILATADOR CON EXTENSIONES CURVAS. TIPO: MAHURKAR. ESTÉRIL Y DESECHABLE	YUGULAR O FEMORAL DOBLE LUMEN, INCLUYE: UNA CÁNULA, UNA JERINGA DE 5 ML, UNA GUÍA DE ACERO INOXIDABLE. UN CATÉTER DOBLE LUMEN CALIBRE DE 11 A 12 FR, LONGITUD DE 185 A 205 MM CON OBTURADOR Y UN DILATADOR CON EXTENSIONES CURVAS. TIPO: MAHURKAR. ESTÉRIL Y DESECHABLE **CAT. TEMPORAL NIPRO / MEDCOM 2 PAG1** **RS: 1462C2006** **JERINGA DENTILAB 5 ML** **RS: 01166C99 SSA**
4	060.166.0533 CATÉTER PERMANENTE, PARA HEMODIÁLISIS. 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: CATÉTER DE DOBLE LUMEN. AGUJA INTRODUCTORA CALIBRE 18 G. INTRODUCTOR CON CAMISA DESPRENDIBLE. GUÍA DE ALAMBRE DE 0.038", CON LONGITUD DE 68.0 CM COMO MÍNIMO. JERINGA DE 5 ML Y 2 TAPONES DE INYECCIÓN. ESTÉRIL Y DESECHABLE PIEZA	060.166.0533 CATÉTER PERMANENTE, PARA HEMODIÁLISIS. 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: CATÉTER DE DOBLE LUMEN. AGUJA INTRODUCTORA CALIBRE 18 G. INTRODUCTOR CON CAMISA DESPRENDIBLE. GUÍA DE ALAMBRE DE 0.038", CON LONGITUD DE68.0 CM COMO MÍNIMO. JERINGA DE 5 ML Y 2 TAPONES DE

FOLIO 0013

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
		INYECCIÓN. ESTÉRIL Y DESECHABLE PIEZA **CAT. CATETER TEMPORAL NIPRO/MEDCOM** **PAG: 2** RS: 1462C2006 JERINGA DENTILAB 5 ML RS: 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: CATÉTER DE DOBLE LUMEN. AGUJA INTRODUCTORA CALIBRE 18 G. INTRODUCTOR CON CAMISA DESPRENDIBLE. GUÍA DE ALAMBRE DE 0.038", CON LONGITUD DE 68.0 CM COMO MÍNIMO. JERINGA DE 5 ML Y 2 TAPONES DE INYECCIÓN. 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: CATÉTER DE DOBLE LUMEN. AGUJA INTRODUCTORA CALIBRE 18 G. INTRODUCTOR CON CAMISA DESPRENDIBLE. GUÍA DE ALAMBRE DE 0.038", CON LONGITUD DE 68.0 CM COMO MÍNIMO. JERINGA DE 5 ML Y 2 TAPONES DE INYECCIÓN. ESTÉRIL Y DESECHABLE. **CAT. CATETER NIPRO / MEDCOM** **PAG. 2** **CAT JERINGA.** **JERINGA DENTILAB 5 MIL**
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, Ó O PTFE, ESTÉRIL Y DESECHABLE. LONGITUD 40 A 60 CM., X 5, MM., DE DIÁMETRO. **CAT. GORE. PAG. 1 Y 2**
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 40 A 60 CM., X 6 MM., DE DIÁMETRO. **CAT. GORE. PAG. 1 Y 2**
8	INJERTOS, TUBULAR Y ANILLADO PARA HEMODIÁLISIS, DE POLIURETANO, O PTFE,	INJERTOS, TUBULAR Y ANILLADO PARA HEMODIÁLISIS, DE

FOLIO 0014

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
	ESTÉRIL Y DESECHABLE. LONGITUD 40 A 60 CM., X 8 MM., DE DIÁMETRO.	POLIURETANO, O PTFE, ESTÉRIL Y DESECHABLE. LONGITUD 40 A 60 CM., X 8 MM., DE DIÁMETRO. **CAT. GORE. PAG. 1 Y 2**

ANEXO T 2 (T-DOS)
E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO

NO.	DESCRIPCIÓN	PROPUESTA DEL PROVEEDOR
1	RECLINABLES QUE LOGREN UN DECÚBITO DORSAL ADECUADO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS DURANTE LA SESIÓN.	CATÁLOGO SILLON PARA HEMODIALISIS. HOJA 1. CATALOGO NIPPRO CATALOGO BBRAUN CATÁLOGO SILLON PARA HEMODIALISIS. HOJA 1
2	SEGUROS PARA EL PACIENTE Y PERSONAL DE ENFERMERÍA	CATALOGO SILLON PARA HEMODIALISIS. HOJA 1CATALOGO NIPRO CATALOGO BBRAUN
3	VIDA MEDIA PROMEDIO DE USO DE UN AÑO	VIDA PROMEDIO DE USO DE UN AÑO CATALOGO NIPRO CATALOGO BBRAUN
4	DE FÁCIL LIMPIEZA	CATÁLOGO SILLON PARA HEMODIALISIS. HOJA 1CATALOGO NIPPRO CATALOGO BBRAUN
5	ERGONÓMICAMENTE DISEÑADO QUE PERMITA EL TRENDELEMBURG POR CADA MÁQUINA	CATÁLOGO SILLON PARA HEMODIALISIS. HOJA 1. CATALOGO:NIPRO CATALOGO BBRAUN
6	CON SISTEMA DE FRENO CON ALETAS LATERALES EN AMBOS LADOS.	

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL BAJO TRATADOS PRESENCIAL NO. AA-050GYR014-E81-2022 SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA.

XALAPA, VER. A 17 DE FEBRERO DEL 2022.

ATENTAMENTE
Protesto lo necesario

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

FOLIO 0015

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

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

A) Las características de la máquina de hemodiálisis deberán apegarse al Compendio Nacional de Insumos para la Salud clave 531.340.0169.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
	DESCRIPCIÓN: 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.	Manual del Operador máquina AK98 V3 A:22, 1.3.1. DESCRIPCIÓN: El equipo de diálisis AK 98 de Baxter está indicado para utilizarse, por Prescripción facultativa, en tratamientos de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal o sobrecarga de líquido. El equipo de hemodiálisis AK 98 está indicado para su uso en pacientes con un peso corporal de 25 kg o más. Manual del operador AK98 V3 , A:23 1.3.1 El tratamiento de pacientes con un peso inferior a 25 kg se debe realizar bajo la supervisión del médico. En estos casos, se recomienda tomar medidas adicionales para controlar la pérdida de peso del paciente según el tratamiento de referencia para pacientes con bajo peso corporal, de lo contrario, podrían producirse graves consecuencias adversas, como hipovolemia e hipotensión. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 1. PROPOSITO DE ESTA MÁQUINA Y CONTRAINDICACIÓN. SUBINDICE 1.1 PROPOSITO ENTENDIDO DE ESTA MAQUINA Hoja 1-1 **FABRICANTE:**

FOLIO 0016

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		YAC ELEX CO LTD **MARCA:** NIPRO **MODELO:** DIAMAX **Registro Sanitario:** 0754E2008 SSA
	1.- Máquina de hemodiálisis con tecnología basada en microprocesadores.	Manual del operador 1.3 Uso previsto. (A:22 Equipo de diálisis AK 98 - Antes de empezar 1) 1.3.1 Uso previsto . El equipo de diálisis AK 98 está indicado para utilizarse por prescripción facultativa en un solo paciente para la realización de tratamientos de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal o sobrecarga de líquido. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. Foja 7-1, PUNTO 7, SUBINDICE 26
	2.- Con capacidad de administración de datos a través de un sistema de cómputo.	Manual del operador AK98V3, A:19 ,1.2.6. El equipo de diálisis AK 98 está equipado con tres contactos de interfaz en la parte posterior: un conector D-Sub de 25 pines, un conector USB y un conector de Ethernet. Puerto Ethernet Este puerto debe utilizarlo un técnico autorizado. Consulte la Sección 1.2.6 "Conexión de equipos eléctricos externos" en la página A:19. Puerto USB Este puerto debe utilizarlo un técnico autorizado. Consulte la Sección 1.2.6 "Conexión de equipos eléctricos externos" en la página A:19. Manual del operador AK98V3,

FOLIO 0017

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		A.54,A:55 Contactos del panel remoto Solamente un técnico de mantenimiento autorizado puede utilizar estos contactos. Puerto de comunicación externa Este puerto debe utilizarlo un técnico autorizado. Puede utilizarse para mantenimiento y conexión de sistemas informáticos externos y alarmas externas. Manual del operador AK98V3 A:184 12.1 El equipo de diálisis AK 98 se puede configurar para que se comunique con el SIC, Sistema de información clínica. Si se configura, el equipo de diálisis AK 98 enviará periódicamente datos de tratamiento al SIC. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 9, Configuración del panel de operación SUBINDICE 9.6. Nombres y funciones de la sección de la fuente de energía, Hoja 9-5 TABLA Numeral 161. CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Funciones. Puerto de conexión a computadora para visualizar los parámetros de tratamiento.
	3.- Que trabaje con bicarbonato en polvo, cartucho o en solución (para uso no parenteral).	Manual del operador AK98V3, A : 27, tabla 1-5 Concentrado de bicarbonato en polvo para la preparación de líquido de diálisis con bicarbonato junto con el concentrado A líquido adecuado. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 7, ESPECIFICACIONES SUBINDICE 7.1 Funciones principales de la máquina

FOLIO 0018

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		Hoja 7-2
	4.1.- Temperatura del líquido dializante dentro del rango de 35 a 38 grados centígrados.	Manual del Operador AK98 V3, A:198, 14.1.5 Precisión: +1,0/-2,5 °C en la salida del líquido de diálisis del equipo, con la condición de que la temperatura del líquido de diálisis sea igual o superior a la temperatura ambiente. Seleccionable por el usuario de 33 a 40 °C Manual del operador AK98V3, A: 204, 14.2.4 Límites de alarma Alarma de temperatura alta (fija) 40 °C (±0,5 °C) Alarma de temperatura baja (fija) 32,5 °C (±0,5 °C) MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 14, FUNCIONAMIENTO DE LA MAQUINA CON PACIENTE SUBINDICE 14.3.4 Proceso de preparación de diálisis Hoja 14-10 PARAMETROS VISUALIZABLES EN LOS TRES BOTONES DE LA PANTALLA CENTRAL. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 7, ESPECIFICACIONES SUBINDICE 7.9.8 Temperatura del Dializado. Hoja 7-7 TABLA. CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Temperatura de dializado.
	4.2.- Flujo del líquido dializante dentro del rango de 300 a 800 ml/min o mayor.	anual del operador AK98V3, A:198, 14.1.5 tabla 14-6 Seleccionable por el usuario de 300 a 800 mL/min Precisión: ±10 % o 50 mL/min, el mayor de los dos. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 7, ESPECIFICACIONES SUBINDICE 7.9.9. Velocidad de Flujo de Dializado Hoja 7-7 TABLA

FOLIO 0019

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 15, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Flujo de dializado.
	4.3.- Flujo de sangre dentro del rango de 15 ml/min a 500 ml/min.	Manual del operador AK98 V3 , A:196, 14.1.1 Velocidad de flujo del segmento de la bomba de 8 mm ,Seleccionable por el usuario entre 20 y 600 mL/min Velocidad de flujo del segmento de la bomba de 3,9 mm Seleccionable por el usuario entre 20 y 225 mL/min MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 7, Especificaciones. SUBINDICE 7.10.4. Bomba de sangre Hoja 7-9 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.	Manual del Operador AK98 V3, A:198, 14.1.5 tabla 14-8 Seleccionable por el usuario HCO3- de 20 a 40 mmol/L MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 7, Especificaciones. SUBINDICE 7.9.7. Diálisis de Bicarbonato Hoja 7-6 TABLA
	4.5.- Nivel de sodio programable durante el proceso de la hemodiálisis dentro del rango de 130 a 150 mEq/l o 130 a 150 mmol/l o 12.8 a 15.7 ms/cm.	Manual del Operador AK98 V3 A:25 tabla 1-2 140 rango configurable 130-150 mmol/l MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 7, Especificaciones. SUBINDICE 7.9.7. Diálisis de Bicarbonato Hoja 7-6 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.	Manual del Operador AK98 V3 A:198 14.1.6 Seleccionable por el usuario hasta un máximo de 10,00 L Precisión: ±50 mL o ±50 mL/h x duración del tratamiento transcurrida (h) o ±2,5 % del volumen de UF acumulado, el mayor de los dos. Coeficiente de UF del dializador: Máximo 85 mL/h/mmHg Tasa de UF: 0,0 a 4,0 L/h.

FOLIO 0020

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2590 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		determinado por la duración del tratamiento y el volumen de UF seleccionable por el usuario. **MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.** **CAPITULO 7, Especificaciones** **SUBINDICE 7.9.4. Ultrafiltración.** **Hoja 7-5** **TABLA** **CATÁLOGO DIAMAX.** **Hoja 4.** **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:** **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 9.9 ml/h en incrementos de 0.1ml/h.	Manual del Operador AK98 V3 A:37 2.1.2 detalles de los componentes de la parte de flujo sanguíneo Bomba de heparina La bomba de heparina incluye una jeringa que contiene solución de heparina. La bomba distribuye heparina por la línea de sangre para evitar coágulos sanguíneos. Manual del Operador AK98 V3 A:196, 14.1.2 Velocidad de flujo de la bomba de heparina: Seleccionable por el usuario de 0 a 10 mL/h en incrementos de 0,1 mL Precisión:±1 mL/5 h o ±5 % a una contrapresión máxima de 400 mmHg, la que sea mayor Volumen de bolo: Seleccionable por el usuario de 0 a 10 mL Precisión: ± 0,2 mL/5 h o ±5 % a una contrapresión máxima de 400 mmHg, la que sea mayor. **MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.** **CAPITULO 7, Especificaciones.** **SUBINDICE 7.10.5 Bomba de Heparina** **Hoja7-9** **TABLA** **CATÁLOGO DIAMAX.** **Hoja 4.** **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:**

FOLIO 0021

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		Bomba de heparina.
	5.- Que cuente dentro del sistema con alarmas críticas:	
	5.1.- Presión arterial no invasiva.	Manual de alarmas 1.2 Alarmas de prioridad alta (B:29, B:30, B:32, B:35, B:36, B:38, B:47 Equipo de diálisis AK 98 – Alarmas 1) 110 Presión de sangre diastólica alta 111Presión sanguínea media alta 113 Presión de sangre sistólica alta 116 Presión de sangre diastólica baja 117 Presión sanguínea media baja 119 Presión de sangre sistólica baja 223 Sin valores de BPM. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 10, ACTIVACION DE ALARMAS Y SU METODO DE RESETEO. Hoja 10-1 MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 17. Monitor de Presión Sanguínea No Invasiva (Opción) SUBINDICE 17.5 ALARMAS. Hoja 9 TABLA. ALARMAS No.0300 LIMITE SUPERIOR SISTOLICO ALARMAS No.0301 LIMITE INFERIOR SISTOLICO. ALARMAS No.0302 LIMITE SUPERIOR DIASTOLICO ALARMAS No.0303 LIMITE INFERIOR DIASTOLICO. CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. Alarma del monitor de presión sanguínea no invasiva (BPM).
	5.2.- Detector de aire.	Manual del Operador AK98 V3 A:36 2.1.2 detalles de los

FOLIO 0022

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		componentes de la parte de flujo sanguíneo Detector de aire El detector de aire alberga una cámara de goteo venosa. Para abrir la tapa del detector de aire: tire de la pestaña de apertura hacia usted al tiempo que presiona con fuerza el centro de la tapa. Se emite una alarma si el nivel de sangre en la cámara de goteo disminuye por la presencia de aire o espuma. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de reseteo. SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información Hoja 10-21 TABLA ALARMAS 0100 BURBUJA DETECTADA EN LA LINEA CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales Detector de Burbuja de Aire.
	5.3.- Detector de fugas sanguíneas.	anual del Operador AK98 V3 A:47 2.2.2 componentes de la parte de flujo de líquido Detector de fugas de sangre El detector de fugas de sangre comprueba si hay sangre en el líquido de diálisis. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de reseteo. SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información Hoja 10-22 TABLA ALARMAS 0110 FUGA DE SANGRE DETECTADA. CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4.

FOLIO 0023

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. Detector de Fuga de Sangre.
	6.- Pantalla LCD o plasma o tecnología superior integrada a la máquina.	Manual del Operador AK98 V3 A:61 3.4.1 Descripción general de la pantalla La pantalla táctil contiene los menús y botones necesarios para preparar, poner en marcha, finalizar y mantener el equipo de diálisis. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 9 CONFIGURACIÓN DEL PANEL DE OPERACIÓN, SUBINDICE 9.2. Nombres y funciones del panel de operación. Hoja 9-2 TABLA Numeral 18 Numeral 30 CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Funciones. Pantalla LCD a color de 12 pulgadas con panel sensible al tacto. CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 3. PANTALLA LCD DE 12 PULGADAS CON PANEL TÁCTIL.
	7.- Con capacidad de ingresar al menos tres tipos de perfiles de sodio.	Manual del Operador AK98 V3 A:198, 14.1.7 Perfiles Tasa de UF: Seleccionable por el usuario hasta un máximo de 4,0 L/h Modo Na+,Bicarbonato: Seleccionable por el usuario entre 130 y 150 mmol/L Modo HCO3-,Bicarbonato: Seleccionable por el usuario entre 20 y 40 mmol/L MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 7, Especificaciones. SUBINDICE 7.13. Especificaciones de Software.

FOLIO 0024

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		Hoja 7-13, PUNTO (3) Perfiles INCISO (B) Perfil A MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 14, Funcionamiento de la Maquina con Paciente. PUNTO 14.17. Perfiles de la maquina DIAMAX, SUBINDICE 14.17.1 Perfiles de Sodio y Bicarbonato. Hoja 14-38 CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 3. PERFILES PROGRAMABLES.
	8.- Con despliegue en pantalla de:	
	8.1.- Presión arterial del circuito	Manual del Operador AK98 V3 A:62, A.63 3.4.2 Controles de presión venosa y arterial Los controles de presión indican la presión en la línea de sangre procedente del paciente y la resistencia de la sangre que retorna a él. En los controles de presión se muestran también los límites de alarma correspondientes. Pulse el control de presión venosa o arterial para abrir la ventana de control de presión. Utilice la ventana de control de presión para ajustar los límites de alarma para la presión venosa y la presión arterial. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA. SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal Hoja 12-3 TABLA Numeral 1 Numeral 2
	8.2.- Presión venosa del circuito.	Manual del Operador AK98 V3 A:63 3.4.2 Controles de presión venosa y arterial Los controles de presión indican la presión en

FOLIO 0025

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		la línea de sangre procedente del paciente y la resistencia de la sangre que retorna a él. En los controles de presión se muestran también los límites de alarma correspondientes. Pulse el control de presión venosa o arterial para abrir la ventana de control. **MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.** **CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.** **SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,** **Hoja 12-3** **TABLA** **Numeral 1** **Numeral 2**
	8.3.- Presión transmembrana.	Manual del Operador AK98 V3 A:204 14.2.5 TMP se define como la diferencia de Pb out - Pd out, donde Pb out es la presión venosa y Pd out es la presión medida en el líquido de diálisis, donde entra en el equipo después del dializador. El valor de PTM que se muestra se compensa para la diferencia vertical entre los puntos de medición. Límites de alarma.seleccionable por el usuario: entre -200 y 500 mmHg (límite de alarma mínimo predeterminado -100 mmHg; límite de alarma máximo predeterminado 400 mmHg) Precisión: ±10 mmHg o ±6 %, el mayor de los dos (dentro del rango ±500 mmHg) **MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.** **CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.** **SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,** **Hoja 12-3** **TABLA** **Numeral 2**
	8.4.- Flujo de líquido dializante.	Manual del Operador AK98 V3 A:198 tabla 16-6 14.1.5

FOLIO 0026

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		Seleccionable por el usuario de 300 a 800 mL/min Precisión: ±10 % o 50 mL/min, el mayor de los dos. **MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.** **CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.** **SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,** **Hoja 12-3** **TABLA** **Numeral 2**
	8.5.- Flujo de sangre.	Manual del Operador AK98 V3 A:65 3.4.10 Visión General del Tratamiento En los campos de visión general del tratamiento se muestran los valores reales del tratamiento. Estos campos son indicadores del progreso del tratamiento. Pulse un campo para abrir el menú que contiene la función correspondiente. FS: velocidad de flujo de sangre en mL/min. Pulse el campo para abrir el Menú Sangre. **MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.** **CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.** **SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,** **Hoja 12-3** **TABLA** **Numeral 5**
	8.6.- Tasa de infusión de heparina.	Manual del Operador AK98 V3 A:65 3.4.10. HEP AC. volumen de heparina acumulado en mL desde el inicio del tratamiento. **MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.** **CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.** **SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,** **Hoja 12-3** **TABLA** **Numeral 5**
	8.7.- Tasa de ultrafiltración.	Manual del Operador AK98 V3 A:65 3.4.10

FOLIO 0027

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		Tasa de UF: tasa de ultrafiltración en L/h. Pulse el campo para abrir el Menú Líquido. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA. SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal, Hoja 12-3 TABLA Numeral 6
	8.8.- Conductividad del dializante.	Manual del Operador AK98 V3 A:70 y A:72, 3.4.19 Conductividad calculada (C/P): conductividad del líquido de diálisis calculada (valores de control/protección C/P) basándose en los valores de sodio y bicarbonato. • Conductividad real (C/P): lectura de la conductividad real del líquido de diálisis (valores de control/protección C/P). MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA. SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal, Hoja 12-3 TABLA Numeral 2
	8.9.- Volumen de sangre procesada.	Manual del Operador AK98 V3 A:65 3.4.10 Visión General del Tratamiento . FS AC.: volumen de sangre acumulado en L desde el comienzo del tratamiento. pulse el campo para abrir el Menú Sangre MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA. SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal, Hoja 12-3 TABLA Numeral 2
	8.10.- Temperatura del líquido dializante.	Manual del Operador AK98 V3 A: 198 , 14.1.5 Seleccionable por

FOLIO 0028

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		el usuario de 33 a 40 °C Precisión: +1,0/-2,5 °C en la salida del líquido de diálisis del equipo, con la condición de que la temperatura del líquido de diálisis sea igual o superior a la temperatura ambiente. Límites de alarma: Seleccionable por el usuario de 32,5 a 40 °C (límite de alarma mínimo predeterminado de 35 °C; límite de alarma máximo predeterminado de 39° C) **MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.** **CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.** **SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,** **Hoja 12-3** **TABLA** **Numeral 2**
	8.11.- Presión arterial no invasiva del paciente (sistólica y diastólica), frecuencia cardiaca.	Manual del Operador AK98 V3 A.144 8.1, 8.2,8.3, 8.4 Monitor de presión sanguínea El monitor de presión sanguínea (BPM) mide la presión sanguínea y la frecuencia de pulso. El BPM se utiliza para supervisar la presión sanguínea del paciente con el finde advertir en caso de hipotensión o hipertensión. Medición directa de la presión sanguínea Procedimiento **MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.** **CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.** **SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,** **Hoja 12-3** **TABLA** **Numeral 2** **MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.** **CAPITULO 14 FUNCIONAMIENTO DE LA MAQUINA CON PACIENTE.** **SUBINDICE 14.9 Procesos de dialisis** **Hoja 14-30** **TABLA**

FOLIO 0029

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		Numeral 1
	8.12.- Tiempo transcurrido o restante de diálisis	1).- Pulse el campo de lectura BPM.Se inicia la medición. El corazón que se muestra. en el campo de lectura empieza a parpadear y BPM parpadea en la barra de estado. **MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.** **CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.** **SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,** **Hoja 12-3** **TABLA** **Numeral 2**
	8.13.- Volumen de ultrafiltración conseguido.	Manual del Operador AK98 V3 A:63 3.4.4 Tiempo El indicador de tiempo muestra el tiempo que queda, por ejemplo, durante un tratamiento en curso o un programa de desinfección. El tiempo se indica en hh:min. Durante el tratamiento, tiempo que queda de la duración total del tratamiento. **MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.** **CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.** **SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,** **Hoja 12-3** **TABLA** **Numeral 6**
	9.- Con sistema de alarmas audibles y visibles de:	Manual del operador AK98 V3 B12 Alarmas 1.1 Generalidades acerca de las alarmas 1.1.1 Indicación de alarma Existen dos niveles de alarma que corresponden a alarma de prioridad alta y alarma de prioridad media. Cuando se emite una alarma, el equipo la indica de la siguiente forma: La pestaña Alarma parpadea. La pestaña Alarma se vuelve de color rojo y se muestra el mensaje de alarma. Si hay un menú abierto, se muestra el

FOLIO 0030

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91397, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		título de la alarma (intermitente) sobre él. La luz indicadora situada sobre la pantalla parpadea. • Una luz roja intermitente (frecuencia 2,5 Hz) indica una alarma de prioridad alta. La luz deja de parpadear cuando se corrige la causa de la alarma. • Una luz amarilla intermitente (frecuencia 0,5Hz) indica una alarma de prioridad media. La luz deja de parpadear cuando se corrige la causa de la alarma. Suena la alarma sonora. Para las alarmas de prioridad alta, la alarma es un sonido recurrente de dos grupos de cinco tonos que se repiten. Se produce una pausa de 1 segundo después de los primeros cinco tonos y una pausa de 3,5 segundos después de los segundos cinco tonos.
	9.1.- Presión arterial del circuito.	Manual del operador AK98 V3 B36 Alarmas 115 Presión arterial baja Aparece: Cuando la presión arterial del paciente llega al límite de alarma mínimo establecido. La presión arterial es la presión en la línea de sangre que viene de un paciente. Acciones de la máquina: • La bomba de sangre se detiene. • La pinza de la línea de sangre venosa se cierra. • La tasa de ultrafiltración se establece en cero. **MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.** **CAPITULO 10 ACTIVACION DE ALARMAS Y SU METODO DE RESETEO.** **Hoja 10-1** **MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.** **CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.** **SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información,**

FOLIO 0031

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		Hoja 10-17, ALARMAS 0072 LIMITE SUPERIOR DE PRESION ARTERIAL PG4a. 0073 LIMITE INFERIOR DE PRESION ARTERIAL PG4a. 0074 MAXIMA PRESION ARTERIAL PG4a. 0075 MINIMA PRESION ARTERIAL PG4a. CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. Alarmas de presión venosa, arterial, transmembrana y de dializado.
	9.2.- Presión venosa del circuito.	Manual del operador AK98 V3 B35 Alarmas 114 Presión venosa alta Aparece: Cuando la presión venosa del paciente llega al límite de alarma máximo establecido. La presión venosa es la resistencia de la sangre que retorna al paciente. Acciones de la máquina: • La bomba de sangre se detiene. • La tasa de ultrafiltración se establece en cero. • La pinza de la línea de sangre arterial se cierra en el modo de una sola aguja. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo. SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información, Hoja 10-19 ALARMAS 0080 LIMITE SUPERIOR DE PRESION VENOSA (PG5) 0081 LIMITE INFERIOR DE PRESION VENOSA (PG5) 0082 MAXIMA PRESION VENOSA (PG5) 0083 MINIMA PRESION VENOSA (PG5) CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

FOLIO 0032

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. Alarmas de presión venosa, arterial, transmembrana y de dializado. Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales
	9.3.- Presión transmembrana.	Manual del operador AK98 V3 B64 Alarmas 217 La PTM es muy alta Aparece: Cuando la presión transmembrana (PTM) ha llegado al límite de alarma máximo establecido. B65 Alarmas 218 La PTM es muy baja Aparece: Cuando la presión transmembrana (PTM) ha llegado al límite de alarma mínimo establecido. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo. SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información, Hoja 10-26 ALARMAS 0150 LIMITE SUPERIOR DE PRESION TRANSMEMBRANA. 0151 LIMITE INFERIOR DE PRESION TRANSMEMBRANA. CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. Alarmas de presión venosa, arterial, transmembrana y de dializado.
	9.4.- Flujo del líquido dializante.	Manual del operador AK98 V3 B28 Alarmas 108 Obstrucción del circuito de líquido Presión del circuito de sangre muy alta. Compruebe el circuito y arranque la bomba de sangre. Aparece: Cuando el circuito de líquido está bloqueado. Acciones de la máquina: La bomba de sangre se detiene. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.

FOLIO 0033

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2590 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo. SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información Hoja 10-24 ALARMAS 0123 FALLA DE SENSOR DE FLUJO 2 (DIALIZADO) 0124 TIEMPO EXCEDIDO EN SENSOR DE FLUJO 2 (DIALIZADO). 0125 TIEMPO EXCEDIDO EN SENSOR DE FLUJO 2 (DIALIZADO).
	9.5.- Flujo de sangre.	Manual del operador AK98 V3 B116 Atenciones 536 Obstrucción del circuito de líquido Presión del circuito de sangre muy alta. Compruebe el circuito y arranque la bomba de sangre. Aparece: Cuando el equipo detecta una obstrucción en el circuito extracorpóreo (líneas de sangre y dializador) o en el circuito de líquido. Acciones de la máquina: La bomba de sangre se detiene. Acción del operador: Compruebe que no haya obstrucciones en el circuito extracorpóreo; por ejemplo, líneas de sangre retorcidas o coágulos en el dializador y/o en las líneas de sangre. Vuelva a arrancar la bomba de sangre cuando se haya corregido la obstrucción. Tiempo de silencio: 2 minutos. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo. SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información, Hoja 10-29 ALARMAS 0210 FALLA DE BOMBA DE SANGRE ARTERIAL. 0211 PROBLEMA EN BOMBA DE SANGRE ARTERIAL. 0212 BOMBA DE SANGRE ARTERIAL DETENIDA. Hoja 10-30

FOLIO 0034

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		ALARMA 0213 BOMBA DE SANGRE ARTERIAL DETENIDA.
	9.6.- Ultrafiltración.	Manual del operador AK98 V3 B67 Alarmas 220 Desviación del volumen de UF La UF real puede diferir de la UF establecida en {0} mL. Compruebe la pérdida de peso del paciente. Interrumpa el tratamiento. Aparece: Cuando las mediciones del volumen de ultrafiltración no están dentro de las especificaciones del equipo de diálisis. Esto puede ocurrir cuando: • el control de UF no está calibrado o está calibrado incorrectamente. • el control de UF no funciona correctamente. • el sensor de UF de protección no funciona correctamente. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo. SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información, Hoja 10-25 ALARMAS 0140 FALLA DE TASA DE UF 0141 FALLA EN BOMBA DE UF 0142 LIMITE SUPERIOR DE TASA DE UF.
	9.7.- Conductividad.	Manual del operador AK98 V3 B57 Alarmas 211 Conductividad fuera de límites Aparece: Cuando la conductividad del líquido de diálisis está fuera de los límites de alarma establecidos. Acciones de la máquina: • El sonido de alarma se retrasa durante 30 segundos. • Si la conductividad es igual o superior a 9 mS/cm, el líquido de diálisis se desvía al dializador (TAVA abierto). • Cuando la conductividad es demasiado alta, el líquido de diálisis se desvía al dializador. • Cuando la conductividad del líquido de

FOLIO 0035

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91397, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		diálisis es inferior a 9 mS/cm, el líquido de diálisis se desvía hacia y desde el dializador (incluido el cierre de EVVA). • Cuando la conductividad del líquido de diálisis vuelve a estar dentro de los límites de alarma establecidos, el líquido de diálisis entra automáticamente en el dializador. • El circuito de flujo que se muestra en pantalla se vuelve de color amarillo. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 10 Activación de Alarmas y su método de Reseteo. SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información, Hoja 10-13, ALARMAS 0040 FALLA DE DIFERENCIAL DE CONDUCTIVIDAD CD2-CD4 0041 FALLA DIFERENCIAL DE CONDUCTIVIDAD CD1-CD3 0042 LIMITE SUPERIOR DE CONDUCTIVIDAD AG+B. 0043 LIMITE INFERIOR DE CONDUCTIVIDAD AG+B. Hoja 10-14 ALARMAS 0044 FALLA EN EL CONTROL DE CONDUCTIVIDAD AG+B. 0045 FALLA DIFERENCIAL DE SOLUCION B. 0046 LIMITE SUPERIOR DE CONDUCTIVIDAD TOTAL 0047 LIMITE INFERIOR DE CONDUCTIVIDAD TOTAL Hoja 10-15 ALARMAS 0048 FALLA DE CONTROL DE CONDUCTIVIDAD TOTAL. 0049 FALLA DIFERENCIAL TOTAL DE SOLUCION. CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

FOLIO 0036

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91397, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. Alarma de conductividad del líquido de diálisis.
	9.8.- Temperatura del líquido dializante.	Manual del operador AK98 V3 B59 Alarmas 212 Temperatura del líquido de diálisis baja Aparece: Cuando la temperatura del líquido de diálisis ha llegado al límite de alarma mínimo . establecido para la temperatura. Acciones de la máquina: El líquido de diálisis se desvía al dializador. Cuando la temperatura del líquido de diálisis vuelve a estar dentro de los límites de alarma establecidos, el líquido de diálisis entra automáticamente en el dializador. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo. SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información Hoja 10-12 ALARMAS 0030 TEMPERATURA DE DIALIZADO EXCEDIDA. 0031 LIMITE SUPERIOR DE TEMPERATURA DE DIALIZADO. 0032 LIMITE INFERIOR DE TEMPERATURA DEL DIALIZADO. CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. Alarma de temperatura del líquido de diálisis
	9.9.- Detector de fugas sanguíneas.	Manual del operador AK98 V3 B19 Alarmas 101 Sangre detectada en el circuito de líquido Para arrancar la bomba de sangre durante {0}seg. para aclarar el detector, pulse el botón Temporizador. Aparece: Cuando ha entrado sangre en el circuito de líquido del equipo

FOLIO 0037

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		después del dializador. Acciones de la máquina: • La bomba de sangre se detiene. • Se cierran las pinzas de las líneas de sangre venosa y arterial. • La tasa de ultrafiltración se establece en cero. • El líquido de diálisis se desvía del dializador (cuando se detecta sangre). • Parte del circuito de flujo de líquido que se muestra en pantalla parpadea. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo. SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información Hoja 10-22, ALARMA 0110 FUGA DE SANGRE DETECTADA. CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. Detector de fuga de Sangre.
	9.10.- Detector de aire.	Manual del operador AK98 V3 B17 Alarmas 1.2 Alarmas de prioridad alta 100 Aire en cámara de goteo venosa Pulse el botón Temporizador y, a continuación, gire el botón para aumentar el nivel en la cámara de goteo. Aparece: Cuando ha entrado aire en el cámara de goteo venosa. Acciones de la máquina: • La bomba de sangre se detiene. • Se cierran las pinzas de las líneas de sangre venosa y arterial. • La tasa de ultrafiltración se establece en cero. • El líquido de diálisis se desvía del dializador. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.

FOLIO 0038

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91397, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo. SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información Hoja 10-21, ALARMA 0100 BURBUJA DETECTADA EN LA LINEA. CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. Detector de burbuja de aire
	9.11.- Falla en el suministro de agua.	Manual del operador AK98 V3 B55 Alarma 209 Presión del agua de entrada insuficiente Comprobar suministro agua. Aparece: Cuando la presión del suministro de agua es demasiado baja. Acciones de la máquina: El flujo de líquido se desvía hacia y desde el dializador. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo. SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información Hoja 10-32 ALARMA 0840-0842 FALLA EN PRUEBA DE PRESION DE ENTRADA DE AGUA PG1 Y PG3. CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. Alarma de suministro de agua y suministro eléctrico.
	9.12.- Falla en el suministro de energía eléctrica.	Manual del operador AK98 V3 B60 Alarmas 213 Fallo corriente Batería utilizada durante {0} minutos. Aparece: Inmediatamente después de un fallo de alimentación

FOLIO 0039

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		eléctrica cuando se utiliza la batería de reserva. Los minutos que se muestran indican la duración del fallo de alimentación eléctrica. Acciones de la máquina: Durante un fallo de alimentación eléctrica solo funciona la unidad de sangre. Acción del operador: Compruebe la fuente de alimentación y el cable de red. **MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.** **CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.** **SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información** **Hoja 10-7,** **ALARMAS** **0002 FALLA DE ALIMENTACION ELECTRICA.** **0003 FALLA EN LA UNIDAD ELECTRICA.** **CATÁLOGO DIAMAX.** **Hoja 4.** **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:** **Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales.** **Alarma de suministro de agua y suministro eléctrico.**
	9.13.- Presión arterial no invasiva.	Manual del operador AK98 V3 B31 Alarmas 110 Presión de sangre diastólica alta Para borrar la alarma, pulse Confirmar. Aparece: Cuando la presión sanguínea diastólica del paciente está fuera del límite de alarma máximo establecido. Acciones de la máquina: Ninguna. B34 113 Presión de sangre sistólica alta Para borrar la alarma, pulse Confirmar. Aparece: Cuando la presión sanguínea sistólica del paciente llega al límite de alarma máximo establecido. Acciones de la máquina: Ninguna. B37 116 Presión de sangre diastólica

FOLIO 0040

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		baja. Para borrar la alarma, pulse Confirmar. Aparece: Cuando la presión sanguínea diastólica del paciente está fuera del límite de alarma mínimo establecido. Acciones de la máquina: Ninguna. B40 119 Presión de sangre sistólica baja. Para borrar la alarma, pulse Confirmar. Aparece: Cuando la presión sanguínea sistólica del paciente llega al límite de alarma mínimo establecido. Acciones de la máquina: Ninguna. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 17. Monitor de Presión Sanguínea No Invasiva (Opción) SUBINDICE 17.5 ALARMAS. Hoja 9 TABLA. ALARMAS No.0300 LIMITE SUPERIOR SISTOLICO No.0301 LIMITE INFERIOR SISTOLICO. No.0302 LIMITE SUPERIOR DIASTOLICO No.0303 LIMITE INFERIOR DIASTOLICO. CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. Alarmas del monitor de presión sanguínea no invasiva (BPM).
	10.- Con sistema automático para desinfección química.	Manual del operador AK98 V3 A: 165 Desinfección y limpieza. 10.4 Desinfección química 10.4.1 Acerca de la desinfección química Durante el programa de desinfección química, el equipo se llena de desinfectante concentrado. El desinfectante concentrado se mezcla con agua hasta la concentración correcta en el equipo. La solución diluida llena todas las partes del circuito de líquido. Transcurrido

FOLIO 0041

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		un tiempo determinado (tiempo de parada), el circuito de líquido se aclara y se vacía. La desinfección térmica se puede sustituir por desinfección química. Sin embargo, tenga en cuenta que la descalcificación (cartucho CLEANCART C o ácido cítrico líquido) no se puede sustituir por una desinfección química. **MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.** **CAPITULO 7, Especificaciones.** **SUBINDICE 7.11. Lavados y desinfecciones** **Hoja 7-11** **CATÁLOGO DIAMAX.** **Hoja 3.** **MODOS DE LAVADO.**
	11.- Con sistema automático para remoción de sales y/o con sistema automático de desinfección térmica.	Manual del operador AK98 V3 A162 Desinfección y limpieza. 10.3.2 Limpieza y descalcificación Los programas de desinfección térmica pueden incluir una limpieza y una descalcificación. La solución de limpieza o descalcificación se mezcla con agua, se calienta y recorre el circuito de líquido durante el programa de desinfección térmica. Un programa de descalcificación (cartucho CLEANCART C o ácido cítrico líquido) no se puede sustituir por un programa de desinfección química. La solución de limpieza puede ser una solución de limpieza de cartucho CLEANCART A o hipoclorito de sodio. Estas alternativas eliminan las grasas, las proteínas y el material orgánico. La solución de descalcificación puede ser una solución de cartucho CLEANCART C o ácido cítrico líquido.Estas alternativas

FOLIO 0042

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		eliminan los depósitos de carbonato cálcico. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 7, Especificaciones. SUBINDICE 7.11. Lavados y desinfecciones Hoja 7-11 CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 3. MODOS DE LAVADO.
	12.- Gabinete con las siguientes características: superficies de material lavable, con base rodable, con sistema de frenos.	Manual del Operador AK98 V3 A:41 Bandeja superior Para proteger el equipo contra los vertidos, la bandeja superior debe estar siempre correctamente colocada sobre el equipo. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 8, Configuración de la Maquina. SUBINDICE 8.2. Nombres y funciones de los componentes de la máquina, Hoja 8-2 TABLA Numeral 2 Numeral 3
	13.- Capacidad para guardar la información del tratamiento en caso de falla de energía eléctrica.	Manual del Operador AK98 V3 A:77, A:78,3.6.1 Fallo de alimentación eléctrica con batería de reserva Si el equipo de diálisis se queda sin corriente, cuenta con una batería de reserva que proporciona energía temporalmente a la unidad de sangre. Se conservan todos los ajustes y valores reales. La bomba de sangre continúa funcionando alimentada por la batería. No se proporciona calentamiento del líquido de diálisis. La batería de reserva tiene una duración 30 minutos. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 7, Especificaciones SUBINDICE 7.1 Funciones principales de la máquina Hoja 7-2

FOLIO 0043

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
	14.- Con capacidad para realizar el retorno sanguíneo en forma manual en caso de falla eléctrica.	Manual del Operador AK98 V3 A.35 y A:37 2.1.2 detalles de los componentes de la parte del flujo sanguíneo Durante un fallo de alimentación eléctrica, puede activar el rotor de la bomba manualmente (hacia la izquierda) utilizando el asa para hacer circular la sangre. **MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.** **CAPITULO 7, Especificaciones.** **SUBINDICE 7.1 Funciones principales de la máquina** **Hoja 7-2** **CATÁLOGO DIAMAX.** **Hoja 4.** **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:** **Funciones.** **Batería de respaldo (autonomía de más de 30 minutos a un QB = 300ml / min y QH = 5.0ml / hr).**
	15.- ACCESORIOS Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.	Manual del operador A.24, 1.4 Concentrados, desinfectantes químicos, accesorios y materiales desechables Baxter rechaza toda responsabilidad por el uso del equipo de diálisis con concentrados, desinfectantes químicos, accesorios o materiales desechables distintos de los especificados en esta sección. El uso de otros materiales puede reducir las garantías de Baxter para el equipo de diálisis.. **Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.**
	16.- CONSUMIBLES Soluciones para hemodiálisis: con concentraciones variables de calcio y potasio según requerimientos del usuario	Manual del Operador AK98 V3 A:25 ,1.4.2 Concentrados Concentrados no líquidos: El cartucho BICART (NaHCO3 en polvo) se puede utilizar en combinación con concentrados A líquidos adecuados para

FOLIO 0044

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		hemodiálisis. Concentrados líquidos: • Los concentrados B líquidos, adecuados para hemodiálisis, pueden usarse en combinación con concentrados A líquidos adecuados para hemodiálisis (consulte la tabla a continuación). • Pueden usarse concentrados A líquidos, adecuados para hemodiálisis, que contienen NaCl, KCl, $MgCl_2$, $CaCl_2$, con o sin $C_6H_{12}O_6$ (glucosa) y ya sea $C_6H_5O_7$ (ácido cítrico) o CH_3COOH (ácido acético) • Pueden usarse concentrados B líquidos, adecuados para hemodiálisis, que contengan $NaHCO_3$ con o sin NaCl Los concentrados líquidos recomendados adecuados para uso de hemodiálisis son concentrados que cumplen con la norma ISO 13958 o equivalente. **Soluciones para hemodiálisis: con concentraciones variables de calcio y potasio según requerimientos del usuario,**
	17.- Bicarbonato de sodio para preparación manual o automática (para uso no parenteral).	Manual del Operador AK98 V3 A:23 1-3-1 Uso previsto Cuando el equipo de diálisis AK 98 se utiliza para producir líquido de diálisis con bicarbonato originado a partir de concentrados no líquidos, el equipo de diálisis AK 98 está diseñado y validado para su uso con el cartucho BICART. Baxter no acepta ninguna responsabilidad por el uso de otros recipientes de concentrados no líquidos, ya que no puede garantizar un funcionamiento adecuado. Manual del Operador AK98 V3 A:24 ,1.3.6 Preparación del líquido de diálisis El equipo de

FOLIO 0045

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		diálisis puede preparar el líquido de diálisis con agua de entrada, concentrado ácido (A) y concentrado de bicarbonato en polvo (cartucho BiCART). **CATÁLOGO AQUACID** **AQUAMEDICA** **HOJA 1** **CATÁLOGO QUABIC** **AQUAMEDICA** **HOJA 1**
	18.-Líneas arterial y venosa con protector de transductor de presión, desechable y adaptable o integrado a las líneas arterial y venosa (neonatal, pediátrica, adulto).	Manual del operador A:27 1.4.4 y en la Ficha Técnica líneas Novaline. Líneas de sangre Los accesorios mencionados en esta sección están aprobados y es obligatorio utilizarlos con el equipo de diálisis AK 98. Novaline: Juego de líneas para hemodiálisis para máquina AK98. Código: 955419 Los protectores del transductor de presión son componentes cruciales en las líneas de sangre; además de ser un importante punto de conexión para medir la presión, son una defensa contra la contaminación sanguínea. Ofrecemos conexiones de transductor depresión seguras con un protector de dos membranas **JUEGO DE LÍNEAS ARTERIAL Y VENOSO, DESECHABLE, ESTÉRIL** **Referencia: Catálogo Blood Tubing Set, página 1** **CON CONECTORES, CON PROTECTORES DE TRANSDUCTOR DE PRESIÓN** **Referencia: Catálogo Blood Tubing Set, página 1**

FOLIO 0046

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		COMPATIBLE CON LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS DE LA MARCA CORRESPONDIENTE. Referencia: Catálogo Blood Tubing Set, página 2 CON DIFERENTES VOLÚMENES DE CEBADO Referencia: Catálogo Blood Tubing Set, página 2 MODELOS: A003(M1)-V612 (M1) Adulto A009 (M2)/ V603 (M2) Pediátrico Referencia: Catálogo Blood Tubing Set, página 2 Marca: Bellco Modelo: IB0681700/F Registro Sanitario: 1354C2019 SSA Catálogo Líneas de Circulación extracorpórea libres de DEHP, págs. 1 y 3.
	19.-Agujas para punción de fístula arterio-venosa.	Manual del operador A:83 y A:84 4.1 Funcionamiento básico 4.2 Inicio de un tratamiento con aguja doble. Ficha técnica agujas para punción fistula arteriovenosa Ficha Técnica agujas para fistula Fistula Needle Gambro: 15G (1.8mm), 16G (1.6mm), 17G (1.5mm) y longitud de 25mm con ojo. posterior y eje giratorio. Tubo de 30 cm. Código (15G) 100767/ (16G) 101240/ (17G) 100959 . AGUJA ARTERIAL PARA PUNCIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA Catálogo Cánula de seguridad para fistula arteriovenosa Argyle, pág. 4 Calibre:15 o 16G Adulto y 16 o 17G con longitudes de 30 mm y 38 mm

FOLIO 0047

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 13, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		Marca: Medtronic **Modelos: 1530VSVS, 1630VSVS, 1730VSVS** **Registro sanitario: 0495C2018 SSA**
	20.- Filtros para hemodiálisis o hemodializadores a partir de 0.2 m2 de cualquier material sintético.	Manual del Operador AK98 V3 A: 29 1.4.8 dializadores Baxter ha determinado que los dializadores incluidos en la lista cumplen las especificaciones y las instrucciones de uso proporcionadas para el equipo de diálisis AK 98 relativas, por ejemplo, al procedimiento de cebado recomendado; además, los conectores y los puertos de los dializadores cumplen las normas ISO 8637 y EN 1283. Con superficies corporales desde .2, .6 a 1,2 m2 Dializadores Polyflux Dializadores Revaclear Estos dializadores de fibras huecas han sido validados por Gambro para su uso con el equipo de diálisis AK 98. **FB™-U Dializador de Fibra Hueca de Triacetato, Nipro** **FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA (celulosa modificada)** **Referencia: Catálogos FB™-U, páginas 1 y 2** **ÁREAS EFECTIVAS DE 0.5m² A 2.1m²** **Referencia: Catálogos FB™-U, página 2** **MODELOS:**

FOLIO 0048

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		FB-(05U, 07U, 09U, 11U, 13U, 15U, 17U, 19U, 21U, 50U, 70U, 90U, 110U, 130U, 150U, 170U, 190U, 210U) Referencia: Catálogos FB™-U, páginas 1 y 2 MARCA:Nipro Referencia: Catálogos FB™-U, página 1 REGISTRO SANITARIO: 0778C2013 SSA FABRICANTE: Nipro Corporation Odate Factory Dializador Sintético de Fibra Hueca Nipro ELISIO™ FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA (membrana sintética) Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR, páginas 1 y 2 ÁREAS EFECTIVAS DE 1.1m² A 2.1m² Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR, página 2 MODELOS: ELISIO (11H, 13H, 15H, 17H, 19H, 21H, 110H, 130H, 150H, 170H, 190H, 210H, 110HR, 130HR, 150HR, 170HR, 190HR y 210HR) Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR, páginas 1 y 2 MARCA: Nipro

FOLIO 0049

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR, página 1 REGISTRO SANITARIO: 1378C2008 SSA FABRICANTE: Nipro Corporation Odate Factory Dializador de fibra hueca sintética Nipro ELISIO FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA (membrana sintética) Referencia: Catálogo ELISIO páginas 1 y 2 ÁREAS EFECTIVAS DE 1.1m² A 2.1m² Referencia: Catálogo ELISIO página 2 MODELOS: ELISIO™- (11H, 13H, 15H, 17H, 19H, 21H) Referencia: Catálogo ELISIO MARCA: Nipro Referencia: Catálogo ELISIO página 1 REGISTRO SANITARIO: 2359C2018 SSA FABRICANTE: Nipro India Corporation Pvt. Ltd.
	21.-Líquido desinfectante y desincrustante según sea el caso.	Manual del Operador AK98 V3 A:67, A:68, 3.4.17, Calor corto cítrico: inicia el programa de desinfección corto con ácido cítrico líquido que está conectado en la parte posterior

FOLIO 0050

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		del equipo. • Cítrico 20 %: inicia el programa de desinfección corto con ácido cítrico líquido que está conectado en la parte posterior del equipo. • Calor: inicia el programa de desinfección con agua caliente • Hipoclorito 10 %: inicia un programa de desinfección con hipoclorito. **Cat. Aquamedica. Marca Aquacid. Pag 1.;**
	22.- Las cantidades serán determinadas de acuerdo a las necesidades operativas de las unidades médicas, asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo.	Manual del Operador AK98 V3 A:67, A.68, 3.4.17, Calor corto cítrico: inicia el programa de desinfección corto con ácido cítrico líquido que está conectado en la parte posterior del equipo. • Cítrico 20 %: inicia el programa de desinfección corto con ácido cítrico líquido que está conectado en la parte posterior del equipo. • Calor: inicia el programa de desinfección con agua caliente • Hipoclorito 10 %: inicia un programa de desinfección con hipoclorito . **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	
	23.-Monitor de Kt/V.	Manual del Operador AK98 V3 A:153 , 9.4 Medición de Kt/V El equipo de diálisis puede calcular el valor de Kt/V en una sola medición o a intervalos. Si es necesario realizar la medición de Kt/V, el volumen de distribución tiene que establecerse antes de realizar la comprobación de medición. El volumen de distribución está relacionado con el paciente (se

FOLIO 0051

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		basa en el peso en seco del paciente) y el operador debe calcularlo y establecerlo adecuadamente para obtener un valor de Kt/V correcto. **C Monitor Kt/V** **MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.** **CAPITULO 14, Funcionamiento de la Maquina con Paciente.** **SUBINDICE 14.8. Programación Automático del KT/V** **Hoja 14-27**
	24.- Computadora con software de hemodiálisis para obtención y administración de datos.	No aplica. **Conforme a lo solicitado en Anexo ANEXO NÚMERO TI 2 (TI DOS) REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR POR EL SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS DEL PROVEEDOR, PARA EL REGISTRO DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA** **ANEXO NÚMERO TI 5 (TI CINCO) DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE**
	24.- Impresora.	No aplica. **Conforme a lo solicitado en Anexo ANEXO NÚMERO TI 2 (TI DOS) REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR POR EL SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS DEL PROVEEDOR, PARA EL REGISTRO DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA** **ANEXO NÚMERO TI 5 (TI CINCO) DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE.**
	25.- Sistema de preparación en línea del bicarbonato.	Manual del Operador AK98 V3 A:23 y A:24 1-3-1 Uso previsto Cuando el equipo de diálisis AK 98 se utiliza para producir líquido de diálisis con bicarbonato originado a partir de concentrados no líquidos, el equipo de diálisis AK 98 está diseñado y validado para su uso con el cartucho BICART. Baxter no acepta ninguna responsabilidad por el uso de otros recipientes de

FOLIO 0052

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91397, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		concentrados no líquidos, ya que no puede garantizar un funcionamiento adecuado. Manual del Operador AK98 V3 A:24 ,1.3.6 Preparación del líquido de diálisis El equipo de diálisis puede preparar el líquido de diálisis con agua de entrada, concentrado ácido (A) y concentrado de bicarbonato en polvo (cartucho BICART). **PARA CONDUCTIVIDAD DE ACUERDO A LA MARCA DE LA MÁQUINA; PARA ÁCIDO ESPECÍFICO, PRESENTACIÓN EN PAQUETE O BOLSA QUE SE ADECUE A LA MÁQUINA PROPUESTA. CAT. QUABIC.**
	26.- Monitor de niveles de hematocrito.	No aplica. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. **CAPITULO 14, Funcionamiento de la Maquina con Paciente. SUBINDICE 14.8. Programación Automático del KT/V Hoja 14-27**
	27 .- Monitoreo en tiempo real de aclaramiento de la urea.	Manual del Operador AK98 V3 A:152, 9.3 La función DIASCAN mide el aclaramiento. El equipo de diálisis puede medir el aclaramiento (K) y calcular el valor de Kt en una sola medición o a intervalos. El equipo de diálisis necesita un tiempo determinado para realizar la medición. No inicie una medición única si quedan menos de 30 minutos de la duración del tratamiento. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. **CAPITULO 14, Funcionamiento de la Maquina con Paciente. SUBINDICE 14.8. Programación Automático del KT/V Hoja 14-27**
	28.- Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su	Según marca y modelo. Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su

FOLIO 0053

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
	compatibilidad con la marca y modelo del equipo.	compatibilidad con la marca y modelo del equipo. **Según marca y modelo.** **MARCA:** **NIPRO** **MODELO:** **DIAMAX**
	28.1 REFACCIONES:	
	Según marca y modelo. Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.	Según marca y modelo. Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo. **Según marca y modelo.** **MARCA:** **NIPRO** **MODELO:** **DIAMAX**
	29.-INSTALACION Corriente eléctrica de 120V ±10% o 220V ±10% / 60 Hz, tierra física.	Manual del operador A:201 y A:202 14.1.16 Fuente de alimentación Voltaje de red 115 V CA, 50 Hz 115 V CA, 60 Hz **MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.** **CAPITULO 6, Instalación.** **SUBINDICE 6.1 Suministro de Energía.** **Hoja 6-1**
	30.- OPERACIÓN Por personal especializado de acuerdo a la NOM- 003-SSA3-2010 y manual de operación.	Manual del Operador AK98 V3 A:15 y A:16 , 1.2, 1.2.1 advertencias y precauciones generales previo al uso Para evitar un procedimiento inadecuado, el equipo de diálisis AK 98 debe ser utilizado únicamente por personas con formación en hemodiálisis y que hayan estudiado las instrucciones proporcionadas en este manual. El usuario/operador debe prestar una atención especial al texto válido relativo a la política de seguridad del equipo. Consulte la Sección 1.2.8 Compruebe que el primer

FOLIO 0054

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		dígito de la versión del programa del equipo coincide con el del manual. Si el equipo de diálisis AK 98 no funciona según lo descrito en este manual, no deberá utilizarse hasta que se haya rectificado la situación. Manual del Operador AK98 V3 A:23 ,1.3 Uso previsto 1-3-2 formación Para evitar un procedimiento inadecuado, el equipo de diálisis AK 98 debe ser utilizado únicamente por personas con formación en hemodiálisis y que hayan estudiado las instrucciones proporcionadas en este manual. El usuario/operador debe prestar una atención especial al texto válido relativo a la política de seguridad del equipo. Consulte la Sección 1.2.8 "en la página A:19. Compruebe que el primer dígito de la versión del programa del equipo coincide con el del manual. Si el equipo de diálisis AK 98 no funciona según lo descrito en este manual, no deberá utilizarse hasta que se haya rectificado la situación. **Por personal especializado de acuerdo a la NOM-003- SSA3-2010 y manual de operación.**
	31.- MANTENIMIENTO Preventivo y correctivo por personal calificado y certificado por personal autorizado por el fabricante.	Manual del Operador AK98 V3, A:15 y A.17, 1.2 y 1.2.1 Advertencias y precauciones generales previas al uso Para asegurar un funcionamiento correcto, las inspecciones, calibración y mantenimiento preventivos del equipo de diálisis AK 98 debe realizarlas un técnico de mantenimiento autorizado con una formación completa de acuerdo con el manual de mantenimiento de AK 98, que puede solicitarse a un

FOLIO 0055

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		representante de Baxter. El mantenimiento preventivo debe realizarse obligatoriamente en años alternos como mínimo. Se recomienda realizar mantenimiento todos los años. El intervalo entre los procedimientos de mantenimiento preventivo puede variar en función de diferencias del entorno de funcionamiento. Preventivo y correctivo por personal calificado y certificado por personal autorizado por el fabricante.

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL BAJO TRATADOS PRESENCIAL NO. AA-050GYR014-E81-2022 SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA.

XALAPA, VER. A 17 DE FEBRERO DEL 2022

ATENTAMENTE
Protesto lo necesario

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

FOLIO 0056

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

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA PARA UTILIZARSE EN CUATRO O MAS MÁQUINAS, Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico vigente, clave: 531.829.0235

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

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

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

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

FOLIO 0057

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

No	Descripción	Propuesta del licitante
1	Sistema central de tratamiento de agua con ósmosis inversa para hemodiálisis.	Sistema central de tratamiento de agua con ósmosis inversa para hemodiálisis. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" – INTRODUCCION - Pág. 1. No requiere Registro Sanitario, Oficio COFEPRIS 103300EL621053
2	Pre-tratamiento de agua:	Pre–tratamiento agua:
2.1	Equipo electro hidráulico que opera a base de diferentes filtros, resinas y membranas para eliminar las impurezas químicas y microbiológicas del agua que se utiliza para los procedimientos de hemodiálisis, para ser utilizada en unidades de hemodiálisis.	Equipo electro hidráulico que opera a base de diferentes filtros, resinas y membranas para eliminar las impurezas químicas y microbiológicas del agua que se utiliza para los procedimientos de hemodiálisis, para ser utilizada en unidades de hemodiálisis. MARCA WATER TEC. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" – INTRODUCCION - Pág. 1. No requiere Registro Sanitario, Oficio COFEPRIS 103300EL621053
2.2	Interconectada con tubería de PVC cédula 80.	Interconectada con tubería de PVC cédula 80. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - CONEXIONES DE PVC CEDULA 80 - Pág. 28 y 29.
2.3	Válvulas de muestreo de agua a la salida de cada etapa filtrante.	Válvulas de muestreo de agua a la salida de cada etapa filtrante. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" – Nota al pie de página No. 8.
2.4	Con sistema de bypass en cada etapa filtrante.	Con sistema de bypass en cada etapa filtrante. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Pág. 4 Filtro Multimedia, Filtro de Carbón Activado y Suavizador.
2.5	Manómetros de acero inoxidable de fácil lectura instalados a la salida de cada etapa filtrante.	Manómetros de acero inoxidable de fácil lectura instalados a la salida de cada etapa filtrante. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" – Nota al pie de página No. 8.
2.6	Bomba centrífuga multietapa	Bomba centrífuga multietapa
2.6.1	Con sistema hidroneumático garantizando la presión y flujo del agua cruda	Con sistema hidroneumático garantizando la presión y flujo del agua cruda
2.6.2	Con impulsor de plástico o acero inoxidable	Con impulsor de plástico o acero inoxidable Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Pág. 4 Hidroneumático y Pág. 13.

FOLIO 0058

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91397, VERACRUZ, VER.

2.7	Filtro de arena o multimedia con cabezal electrónico para su regeneración, y la eliminación de partículas asentadas o suspendidas de hasta 10 micrómetros de diámetro.	Filtro de arena o multimedia con cabezal electrónico para su regeneración, y la eliminación de partículas asentadas o suspendidas de hasta 10 micrómetros de diámetro. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Pág. 4 Filtro multimedia y Páginas. 15, 16, 17, 18 y 19.
2.8	Dos filtros de carbón activado con cabezal electrónico para su regeneración, para la eliminación de cloro y cloraminas, para obtención de cantidades menores de 0.1 partes por millón de estas sustancias.	Dos filtros de carbón activado con cabezal electrónico para su regeneración, para la eliminación de cloro y cloraminas, para obtención de cantidades menores de 0.1 partes por millón de estas sustancias. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Pág. 4 Filtro de carbón activado y Páginas. 15, 16, 17, 18 y 20.
2.9	Filtros suavizador(es), con cabezal electrónico para la regeneración de resina por medio de solución de salmuera, con tanque para preparación de salmuera, para eliminación de calcio y magnesio, con capacidad de remoción de acuerdo a la calidad del agua de entrada, que asegure obtener rangos de 1 a 5 partes por millón de carbonato de calcio como dureza total.	Filtros suavizador(es), con cabezal electrónico para la regeneración de resina por medio de solución de salmuera, con tanque para preparación de salmuera, para eliminación de calcio y magnesio, con capacidad de remoción de acuerdo a la calidad del agua de entrada, que asegure obtener rangos de 1 a 5 partes por millón de carbonato de calcio como dureza total. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Pág. 4 Suavizador y Páginas. 15, 16, 17, 18, 21 y 22.
3	Ósmosis inversa:	Ósmosis inversa:
3.1	Motor *con impulsor* de acero inoxidable o plástico.	Motor *con impulsor* de acero inoxidable o plástico. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Págs. 5
3.2	Con capacidad mínima de producción de un litro / min. de agua grado hemodiálisis por cada máquina de hemodiálisis instalada (análisis químico microbiológico de acuerdo a lo indicado en la NOM-003-SSA3-2010).	Con capacidad mínima de producción de un litro / min. de agua grado hemodiálisis por cada máquina de hemodiálisis instalada (análisis químico microbiológico de acuerdo a lo indicado en la NOM-003-SSA3-2010). Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Págs. 5 y 6 Sistema de Osmosis Inversa y Páginas 10, 11 y 12.
3.3	Con sistema de monitoreo:	Con sistema de monitoreo:
3.3.1	Presión de trabajo del equipo.	Presión de trabajo del equipo.
3.3.2	Medición del flujo de agua de rechazo.	Medición del flujo de agua de rechazo.
3.3.3	Medición del flujo de agua producto	Medición del flujo de agua producto
3.3.4	Medición del flujo de agua de recirculación.	Medición del flujo de agua de recirculación.

FOLIO 0059

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

3.3.5	Medición de sólidos totales disueltos o conductividad.	Medición de sólidos totales disueltos o conductividad. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Págs. 5 y 6
3.4	Con sistema para procedimientos de desinfección.	Con sistema para procedimientos de desinfección. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Págs. 6
3.5 3.5.1 3.5.2	Alarmas visuales y audibles: Bajo nivel de presión de entrada. Sólidos totales disueltos o conductividad.	Alarmas visuales y audibles: Bajo nivel de presión de entrada. Sólidos totales disueltos o conductividad. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Págs. 6
4	Red de distribución del agua tratada:	Red de distribución del agua tratada:
4.1	Tanque de almacenamiento de agua, de plástico, cónico, cerrado y venteado a través de filtro de bacterias.	Tanque de almacenamiento de agua, de plástico, cónico, cerrado y venteado a través de filtro de bacterias. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Pág. 7 Tanque de almacenamiento y Pág. 23.
4.2	Doble bomba centrífuga multietapa, que garantiza la presión de agua suficiente para el trabajo adecuado de las máquinas de hemodiálisis. Con impulsor de plástico o de acero inoxidable.	Doble bomba centrífuga multietapa, que garantiza la presión de agua suficiente para el trabajo adecuado de las máquinas de hemodiálisis. Con impulsor de plástico o de acero inoxidable. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Pág. 7 Bombas de recirculación y Pág. 14.
4.3	Lámpara de luz ultravioleta, para eliminación de bacterias, una instalada después del tanque almacenador, con capacidad de manejo del flujo de agua necesario para la alimentación de agua para la unidad de hemodiálisis.	Lámpara de luz ultravioleta, para eliminación de bacterias, una instalada después del tanque almacenador, con capacidad de manejo del flujo de agua necesario para la alimentación de agua para la unidad de hemodiálisis. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Páginas 7 y 8 Lámparas de rayos ultravioleta y Páginas 26 y 27.
4.4	Ultrafiltro(s) para la retención de endotoxinas de 0.2 micras, para agua tratada.	Ultrafiltro(s) para la retención de endotoxinas de 0.2 micras, para agua tratada. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Pág. 8 Filtros pulidores y Pág. 24 y 25 Filtros Pulidores Hydronix, Especificaciones Técnicas.
4.5	Que mantenga en forma continua el flujo de agua tratada de recirculación, ya que ésta se distribuye en un circuito cerrado de constante movimiento, mismo que se logra con las bombas de distribución.	Que mantenga en forma continua el flujo de agua tratada de recirculación, ya que ésta se distribuye en un circuito cerrado de constante movimiento, mismo que se logra con las bombas de distribución.
4.6	Material P.V.C cédula 80.	Material P.V.C cédula 80.

FOLIO 0060

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
SANTA LUCIA VERACRUZ
AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

4.7	Manómetro de acero inoxidable.	Manómetro de acero inoxidable. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Pág. 8 Red de distribución y Páginas 28 y 29.
5	Tablero de control e indicadores:	Tablero de control e indicadores:
5.1	Control de las bombas de distribución	Control de las bombas de distribución
5.2	Control de llenado de reservorio del agua de hemodiálisis.	Control de llenado de reservorio del agua de hemodiálisis.
5.3	Indicadores visuales	Indicadores visuales
5.3.1	Operación de bomba	Operación de bomba
5.3.2	Niveles de reservorio del agua de hemodiálisis	Niveles de reservorio del agua de hemodiálisis
5.4	Alarmas visuales y audibles:	Alarmas visuales y audibles:
5.4.1	Nivel de agua alto y bajo del reservorio.	Nivel de agua alto y bajo del reservorio.
5.4.2	Falla en el suministro de agua cruda.	Falla en el suministro de agua cruda. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Pág. 6 Tablero de Control
	ACCESORIOS : Tomas de salida necesarias de acuerdo al número de máquinas de hemodiálisis, para preparación de bicarbonato y con sistema que no disminuya el flujo y la presión de agua para las máquinas. Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.	**ACCESORIOS:** Tomas de salida necesarias de acuerdo al número de máquinas de hemodiálisis, para preparación de bicarbonato y con sistema que no disminuya el flujo y la presión de agua para las máquinas. Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Pág. 8 Red de distribución.

FOLIO 0061

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

	CONSUMIBLES: Sacos de Sal peletizada libre de yodo. Agente desinfectante. Filtro para entrada de ósmosis inversa de 1 5 micras. Las cantidades serán determinadas de acuerdo a las necesidades operativas de las unidades médicas, asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo.	CONSUMIBLES: Sacos de Sal peletizada libre de yodo. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Pág. 30 Salmuera. Agente desinfectante. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Pág. 31 Hipoclorito de sodio. Filtro para entrada de ósmosis inversa de 5 micras. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Pág. 8 Filtros pulidores y Pág. 24 y 25 Filtros Pulidores Hydronix, Especificaciones Técnicas. 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: Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.	ACCESORIOS OPCIONALES: Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.
	INSTALACIÓN. Área sugerida para instalación de tratamiento de agua. 3 x 4 m2 para un rango de 3 a 12 máquinas de hemodiálisis. 4 x 5 m2 para un rango de 13 a 20 máquinas de hemodiálisis. 6 x 5 m2 para un rango de 21 a 40 máquinas de hemodiálisis. Agua potable de acuerdo a lo establecido en la NOM-003-SSA3-2010. Flujo de entrada de agua de acuerdo a requerimientos de la unidad de hemodiálisis. Temperatura del agua de entrada de 5 a 20°C. Corriente eléctrica 120 V +/- 10%, 60 Hz. o 220 V / 60 Hz. Drenaje central con pendiente de 2% con capacidad de manejo de flujo de acuerdo a la unidad de ósmosis, tubería PVC cédula 40 con diámetro de 2" como mínimo.	INSTALACIÓN. Área sugerida para instalación de tratamiento de agua. 3 x 4 m2 para un rango de 3 a 12 máquinas de hemodiálisis. 4 x 5 m2 para un rango de 13 a 20 máquinas de hemodiálisis. 6 x 5 m2 para un rango de 21 a 40 máquinas de hemodiálisis. Agua potable de acuerdo a lo establecido en la NOM-003-SSA3-2010. Flujo de entrada de agua de acuerdo a requerimientos de la unidad de hemodiálisis. Temperatura del agua de entrada de 5 a 20°C. Corriente eléctrica 120 V +/- 10%, 60 Hz. o 220 V / 60 Hz. Drenaje central con pendiente de 2% con capacidad de manejo de flujo de acuerdo a la unidad de ósmosis, tubería PVC cédula 40 con diámetro de 2" como mínimo.

FOLIO 0062

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

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2590 LOC DEL 7 AL 16, COL. FORMANDO HOGAR C.P. 91397, VERACRUZ, VER.

	OPERACIÓN. Por personal especializado y de acuerdo al manual de operación.	OPERACIÓN. Por personal especializado y de acuerdo al manual de operación.
	MANTENIMIENTO. Preventivo y correctivo por personal calificado.	MANTENIMIENTO. Preventivo y correctivo por personal calificado.

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL BAJO TRATADOS PRESENCIAL NO. AA-050GYR014-E81-2022 SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA.

XALAPA, VER. A 17 DE FEBRERO DEL 2022.

ATENTAMENTE
Protesto lo necesario

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

FOLIO 0063

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

F) FACTURA DE AMBULANCIA PARA DAR EL SERVICIO DE TRASLADO

Ambulancias Médica del Futuro A.C.
TERAPIA INTENSIVA

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

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE AMBULANCIA

Convenio de prestación de servicios de traslado en ambulancia y asistencia médica en trayecto a pacientes discapacitados, accidentados y/o enfermos, que celebran por una parte **Médica del Futuro A.C.** que es representada legalmente por el L.A.E. Arturo Santibáñez Góngora, a quien en lo sucesivo y para efectos de este contrato se denominara **"Ambulancias"** y por la otra, parte **OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA SA DE CV,** que es representado legalmente con uso de sus plenos poderes por **C.P. Víctor Alarcón Peláez** que en lo sucesivo se le denominara **UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA,** con domicilio para recibir todo tipo de notificaciones en la ubicación de **Avenida Miguel Ángel de Quevedo, Número exterior 2690, Local del 7 al 16, Colonia Formando Hogar, Veracruz, Veracruz. C.P. 91897** personas que al ser consideradas con capacidad legal para contratar y obligarse sin que conste nada en contrario, han manifestado querer tener por escrito un contrato de prestación de servicios profesionales, que formalizan al tenor de las siguientes declaraciones y cláusulas.

DECLARACIONES

DECLARA: AMBULANCIAS

1.- Ser una Asociación civil dedicada a la prestación de servicios de traslado en ambulancias y asistencia médica en trayecto a pacientes discapacitados, accidentados y/o enfermos legalmente constituida conforme a las leyes de los Estados Unidos Mexicanos.

2.- Tener su domicilio en la Privada Volcán De Colima 2705 Colonia Volcanes C.P. 72410, en la Ciudad de Puebla. Pue. Debidamente inscrita en el registro federal de contribuyentes MFU961213L63. Contando con domicilio en Veracruz en la calle Juan Enriquez864-10 Colonia Zaragoza C.P. 91917 Veracruz Ver.

3.- Que al L.A.E Arturo Santibáñez Góngora. No se le ha revocado, modificado o sustituido de manera alguna el poder que le fue conferido por la asociación civil para representarla. Teniendo a Francisco Alberto Islas Monsalvo como Coordinador Operativo en Veracruz.

4.- Tener la experiencia profesional, capacidad y equipos de transporte necesarios para obligarse de conformidad con el presente contrato.

PRIV. VOLCÁN DE COLIMA 2705 COL. VOLCANES C.P. 72410 TEL. 01-222-237-1975 FAX. 01222-294-3955 PUEBLA PUE.
Teléfono en Veracruz 1-21-68-05 ID NEXTEL 132134*9

Ambulancias MEDICA del FUTURO A.C.
TERAPIA INTENSIVA

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

DECLARA: LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

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

2.- Tener su domicilio en **Avenida Miguel ángel de Quevedo, Número exterior 2690, Local del 7 al 10 Colonia Formando Hogar, Veracruz, Veracruz. C.P. 91897** Y estar inscrita en el registro federal de contribuyentes OSS080331528

3.- Que a la **C.P. Víctor Alarcón Peláez** [illegible] le ha revocado, modificado o sustituido de manera alguna el poder que le fue conferido por la sociedad mexicana para representarla.

4.- Tener la experiencia de conformidad con el presente contrato.

DECLARAN AMBAS PARTES:

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

CLAUSULAS

Objeto

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

PRIV. VOLCÁN DE COLIMA 2705 COL. VOLCANES C.P. 72410 TEL. 01-222-237-1975 FAX. 01222-294-3955 PUEBLA PUE.
Teléfono en Veracruz 1-21-68-05 ID NEXTEL 132134*9
01-800-847-95-03

Ambulancias MÉDICA del FUTURO A.C.
TERAPIA INTENSIVA

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

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

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

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

De la prestación de servicios de traslados.

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

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

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

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

PRIV. VOLCAN DE COLIMA 2705 COL. VOLCANES C.P. 72410 TEL. 01-222-237-1975 FAX. 01222-294-3955 PUEBLA PUE.
Teléfono en Veracruz 1-21-68-05 ID NEXTEL 132134*9

Ambulancia MÉDICA del FUTURO A.C.
TERAPIA INTENSIVA

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

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

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

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

De la prestación de servicios de traslados.

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

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

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

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

PRIV. VOLCÁN DE COLIMA 2705 COL. VOLCANES C.P. 72410 TEL. 01-222-237-1975 FAX. 01222-294-3955 PUEBLA PUE.
Teléfono en Veracruz 1-21-68-05 ID NEXTEL 132134*8

Ambulancias Médica del Futuro A.C.
TERAPIA INTENSIVA

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

Del cobro de los servicios

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

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

Del suministro de insumos y material medico

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

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

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

PRIV. VOLCÁN DE COLIMA 2705 COL. VOLCANES C.P. 72410 TEL. 01-222-237-1975 FAX. 01222-294-3955 PUEBLA PUE.
Teléfono en Veracruz 1-21-68-05 ID NEXTEL 132134*9
01-800-847-95-03

MEDICA DEL FUTURO S.A.C.
TERAPIA INTENSIVA

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

Interpretación

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

No habiendo dolo, mala fe, violencia, o lesión. Ambas partes lo firman de conformidad en:
Veracruz Ver. A 01 de noviembre del 2020.

"Ambulancias"

L.A.E. Arturo Santiago Góngora
Director General de [illegible]
Ambulancias Medica Del Futuro
Representante legal

"Unidad de Hemodiálisis Santa Lucia"

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

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

Francisco Navarrete Pioquinto
Área Administrativa

G) SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO

No. V006-TAM-2411/2020

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

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

I. Declara "EL LABORATORIO":

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

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

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

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

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

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

II. Declara "EL CLIENTE":

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

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

LISTER LABORATORIO DE REFERENCIA S.A. DE C.V. [redacted]

FOLIO 1728

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO

No. V006-TAM-2411/2020

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

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

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

Expuesto lo anterior, las partes otorgan las siguientes:

CLAUSULAS

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

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

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

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

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

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

LISTER LABORATORIO DE REFERENCIA S.A. DE C.V. [redacted]

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO

No. V006-TAM-2411/2020

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

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

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

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

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

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

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

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

LISTER LABORATORIO DE REFERENCIA S.A. DE C.V. [redacted]

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO

No. V006-TAM-2411/2020

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

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

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

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

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

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

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

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

Si son para: **"EL LABORATORIO" LABORATORIO LISTER CENTRO MEDICO DE TAMPICO S.A. DE C.V.**
Av. 16 de Septiembre # 955 Zona Centro
Veracruz, Veracruz
C.P.91700
Atención: Responsable de Sucursal

Si son para el **"EL CLIENTE": OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA S.A. DE C.V.**
Vasco N de Balboa # 1003, Col. Hornos Acapulco, Guerrero C.P. 39355.
Atención: Sr. Víctor Alarcón Peláez
o a cualquier domicilio distinto que fuera señalado mediante aviso por escrito a la otra parte.

LISTER LABORATORIO DE REFERENCIA S.A. DE C.V. [redacted]

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO

No. V006-TAM-2411/2020

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

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

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

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

Este Contrato se firma por duplicado en la ciudad de Tampico, Tamaulipas, siendo el 23 de Noviembre de 2020, entregándose un ejemplar a cada una de las partes.

"EL LABORATORIO"

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

"EL CLIENTE"

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

LISTER LABORATORIO DE REFERENCIA S.A. DE C.V. [redacted]

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 m^2	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 T1 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. • Cuentan con recipientes rojos rígidos herméticos para residuos peligrosos punzo cortantes, en su caso con bolsas de color rojo y/o amarillo translúcido. • 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			
1.10	Los pasillos y áreas comunes cuentan con los señalamientos	O			

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

No.	Especificación o criterio a verificar	P	SC	NC	NA
	necesarios para la adecuada circulación.				
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 fistula	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 abastecimiento de la unidad.	I			

No.	Especificación o criterio a verificar	P	SC	NC	NA
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			
9.2	Báscula	I			
9.3	Esfigmomanómetro.	I			

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

No.	Especificación o criterio a verificar	P	SC	NC	NA
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 BIMESTRAL DEL ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO DE LA CALIDAD DEL			VALIDAR EL RESULTADO DE LAS PRUEBAS BACTERIOLÓGICAS DE LA CALIDAD DEL AGUA.	

NO.	CRITERIO A VERIFICAR	SI CUMPLE	NO CUMPLE	INSTRUCCIONES PARA EL SUPERVISOR	OBSERVACIONES
	AGUA, DE LA PLANTA DE TRATAMIENTO Y MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS.				
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 TRATAMIENTOS SUSPENDIDOS Y SUS CAUSAS.			VALIDAR REGISTRO DE TRATAMIENTOS SUSPENDIDOS Y SUS CAUSAS.	
12	REGISTRO DE			VALIDAR REGISTRO DE	

NO.	CRITERIO A VERIFICAR	SI CUMPLE	NO CUMPLE	INSTRUCCIONES PARA EL SUPERVISOR	OBSERVACIONES
	PACIENTES SEGÚN TIPO DE SEROLOGÍA POSITIVA			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	**POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**
NOMBRE Y FIRMA **JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS / 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	**NOMBRE Y FIRMA**

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

OOAD: _____

UNIDAD MÉDICA: _____

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

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: _____

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

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
3	UMAA	242	TEJERÍA	CARRETERA VERACRUZ – XALAPA KM 13,	DR. JOSE LUIS RIVERO FRANCO	JOSE.RIVEROF@ IMSS.GOB.MX

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

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

IMSS

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 ☐

(10) **TIPO DE SUBROGACIÓN**

ÚNICA	MÚLTIPLE	HEMODIÁLISIS SUBROGADA

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

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.

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

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

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

PROPUESTA ECONOMICA

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SANTA LUCIA VERACRUZ

AV. MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NO. 2690 LOC DEL 7 AL 16, COL FORMANDO HOGAR, C.P. 91897, VERACRUZ, VER.

ANEXO A9 (A nueve) PROPUESTA ECONÓMICA

PROPUESTA ECONÓMICA DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL BAJO TRATADOS PRESENCIAL NO. AA-050GYR014-E81-2022 SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA.	Fecha. 17/FEBRERO/2022
Razón Social: Operadora de Servicios de Salud Santa Lucía S.A. de C.V.	Domicilio: AVENIDA MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO NUMERO EXTERIOR 2690, LOCAL DEL 7 AL 16 COLONIA FORMANDO HOGAR. C.P. 91897 IGNACIO DE LA LLAVE VERACRUZ, VERACRUZ
Núm. Proveedor IMSS: 0000127573	RFC: OSS080331525
Teléfonos 7444659721	Correo Electrónico: valarcon@hospitalsantalucia.net
Estratificación de la Razón Social	Micro | Pequeña XX | Mediana | Grande
OOADR VERACRUZ NORTE	

NO PART.	DESCRIPCIÓN	TIPO Y NUMERO DE UNIDAD MEDICA	LOCALIDAD	CANTIDAD MINIMA	CANTIDAD MÁXIMA	PRECIO UNITARIO (SIN IVA)	IMPORTE MÁXIMO TOTAL (SIN IVA)
3	SESIONES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA	UMAA 242	TEJERÍA, VER	923	1,000	1,095.00	1,095,000.00
						SUBTOTAL	1,095,000.00
						IVA	175,200.00
						TOTAL	1,270,200.00

Importe Total con letra IVA INCLUIDO: (Un millon doscientos setenta mil doscientos un 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
VICTOR ALARCON PELAEZ	REPRESENTANTE LEGAL	

FOLIO 0002

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