



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

CONTRATO ABIERTO PARA LA PRESTACION DEL **SERVICIO MÉDICO SUBROGADO DE HEMODIÁLISIS PARA LA UMAA 242 TEJERÍA, VER., DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO, PARA UN PERÍODO DE CONTRATACIÓN DEL 16 DE AGOSTO AL 15 DE OCTUBRE DEL EJERCICIO FISCAL 2025, CON CARÁCTER INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE LOS TRATADOS QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN ADELANTE "EL INSTITUTO", REPRESENTADO POR LA DRA. EDITH JIMENEZ MARTINEZ, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE Y APODERADA LEGAL, EN ADELANTE "EL INSTITUTO" Y, POR LA OTRA, CORPORATIVO DE HOSPITALES, S.A. DE C.V., EN LO SUCESIVO "EL PROVEEDOR", REPRESENTADA POR EL C. ULISES MEJÍA LADRÓN DE GUEVARA, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, Y EN FORMA CONJUNTA CON "EL INSTITUTO" SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", AL TENOR DE LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:**

#### DECLARACIONES

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

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

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


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

I.4 El **Dr. Jose Guadalupe Gutierrez Marquez**, con R.F.C. [REDACTED] Titular de la Jefatura de Prestaciones Médicas, de **"El Instituto"**, interviene en la firma del presente instrumento jurídico, como **Área Requiriente**, 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.5 De conformidad con los artículos 2, fracción III Bis y 84, penúltimo párrafo del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, suscribe el presente instrumento la **Dra. María de los Ángeles Quiroz García**, con R.F.C. [REDACTED] Coordinador de Prevención y Atención a la Salud; como **Administradora** del contrato, **designado para dar seguimiento y verificar** el cumplimiento de las obligaciones que deriven del objeto del presente contrato, quien podrá ser sustituido en cualquier momento, bastando para tales

L.A.N.T. MLVA/L.D. AGL/L.A.PMPB

DEPARTAMENTO DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p>	<p style="text-align: center;">ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p style="text-align: center;">AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS SUBROGADA</p> <p style="text-align: center;">CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</p>
<p><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>		

efectos un comunicado por escrito y firmado por el servidor público facultado para ello, informando a **"El Proveedor"** para los efectos del presente contrato.

I.6 La adjudicación del presente contrato se realizó mediante el procedimiento de Adjudicación Directa de carácter Internacional Bajo la Cobertura de los Tratados Electrónica, número **AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025**, al amparo de lo establecido en los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 35 fracción III, 36, 39 fracción II, 53, 54, fracción V, 62, 65, 66, 67, 68 y 69 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y los correlativos de su Reglamento y en términos del Acta de Asignación de fecha **15 de agosto de 2025**, suscrita por la LANI. Mary Lú Villicaña Acosta, Encargada del Departamento de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios, procedimiento de contratación requerido por la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.

I.7 **"El Instituto"** cuenta con suficiencia presupuestaria otorgada mediante el Certificado de Disponibilidad Presupuestal Previo con cuenta número 51331002 y folio **0000025525-2025**, de fecha 04 de Agosto de 2025, emitido por el Departamento de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios.

I.8 Cuenta con el Registro Federal de Contribuyentes N° **IMS-421231-I45**.

I.9 Tiene establecido su domicilio en **Calle Lomas del Estadio S/N, Colonia Centro, C.P. 91000, de la Ciudad de Xalapa, Ver.**, mismo que señala para los fines y efectos legales del presente contrato.

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

II.1 Es una persona **moral**, legalmente constituida conforme a las Leyes de la República Mexicana, tal y como lo acredita con la Escritura Pública Número **11,644**, de fecha **03 de abril de 2003**, protocolizada ante la fe del Notario Público Número **15**, de la ciudad de **Córdoba, Ver.**, **Lic. Andrea Guzmán López de Vera**, denominada **Corporativo de Hospitales, S.A. de C.V.**, cuyo objeto social es **Prestación de servicios médicos especializados y generales, así como en la hospitalización, elaboración de análisis y estudios clínicos, radiológicos, de ultrasonido, de tomografía y en general de todos los servicios que intervengan en el área de medicina que coadyuven al tratamiento y mejoramiento de la salud humana**, entre otros, inscrita en el Registro Público de la Propiedad y Comercio, bajo la folio **91**, de fecha **14 de abril de 2003**.

II.2.- El C. **Ulises Mejía Ladrón de Guevara**, en su carácter de **Representante Legal** cuenta con facultades suficientes para suscribir el presente contrato y obligar a su representada, como lo acredita con la Escritura Pública Número **1,332** de fecha **27 de febrero de 2015**, pasada ante la fe del Notario Público Número **26**, **Lic. Joao Gilberto López Hernández**, de **Fortín de las Flores, Ver.**, y mismo que bajo protesta de decir verdad, manifiesta no le ha sido limitado ni revocado en forma alguna.

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

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

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

Asimismo, manifiesta que ni él ni ninguno de los socios o accionistas desempeñan un empleo, cargo o comisión en el servicio público, ni se encuentran inhabilitados para ello, o en su caso que, a pesar de desempeñarlo, con la



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

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

formalización del presente contrato no se actualiza un conflicto de interés, en términos del artículo 49, fracción IX de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

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

II.6 Cuenta con su Registro Federal de Contribuyentes **CHO-030403-KE0**, asimismo tiene número de Registro Patronal [REDACTED] y número de proveedor 0000076068.

II.7 Acredita el cumplimiento de sus obligaciones fiscales en términos de lo dispuesto en el artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación vigente, incluyendo las de Aportaciones Patronales y Entero de Descuentos, ante el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores y las de Seguridad Social ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme a las Opiniones de Cumplimiento de Obligaciones Fiscales emitidas por el SAT, INFONAVIT e IMSS, respectivamente.

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

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

II.9 Tiene establecido su domicilio en [REDACTED] mismo que señala para los fines y legales del presente contrato.

II.12 Conforme a lo previsto en los artículos 87 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 107 de su Reglamento, **"El Proveedor"**, en caso de auditorías, visitas o inspecciones que practique la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno y el Órgano Interno de Control en **"El Instituto"** y cualquier otra entidad fiscalizadora, deberá proporcionar la información relativa al presente contrato que en su momento se requiera, generada desde el procedimiento de adjudicación hasta la conclusión de la vigencia, a efecto de ser sujetos a fiscalización de los recursos de carácter federal.


### III. De "Las Partes":

III.1 Que es su voluntad celebrar el presente contrato y sujetarse a sus términos y condiciones, por lo que de común acuerdo se obligan de conformidad con las siguientes:

## CLÁUSULAS

### PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO.

**"El Proveedor"** acepta y se obliga a proporcionar a **"El Instituto"** la prestación del servicio médico integral de hemodiálisis subrogado, en los términos y condiciones establecidos en la Solicitud de cotización, este contrato y los anexos que forman parte integrante del mismo y se enuncian a continuación:

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO	ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA  AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025  SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS SUBROGADA
	<b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b>	CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

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

## SEGUNDA. MONTO DEL CONTRATO.

"El Instituto" pagará a "El Proveedor" como contraprestación por los servicios objeto de este contrato, la cantidad mínima de **\$3,313,728.00 (TRES MILLONES, TRESCIENTOS TRECE MIL, SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS 00/100 M.N.)** más impuestos por \$530,196.48 (QUINIENTOS TREINTA MIL, CIENTO NOVENTA Y SEIS PESOS 48/100 M.N.) y un monto máximo de **\$8,284,320.00 (OCHO MILLONES, DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL, TRESCIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M.N.)**, más impuestos que asciende a \$1,325,491.20 (UN MILLON TRESCIENTOS VEINTICINCO MIL, CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS 20/100 M.N.).

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

## TERCERA. ANTICIPO

Para el presente contrato "El Instituto" no otorgará anticipo a "El Proveedor".

## CUARTA. FORMA Y LUGAR DE PAGO.

El Proveedor deberá presentar a la fecha del corte de los servicios, la representación impresa del comprobante fiscal digital (factura electrónica), opinión de cumplimiento positiva y vigente del IMSS, 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 de sesiones otorgadas en el periodo, ambos documentos deberán estar previamente autorizados por el administrador del Contrato, 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 (4-30-2/03) y documento que incluya la fecha, nombre y firma de recepción de los servicios por el derechohabiente y/o acompañante, en el área de Trámite de Erogaciones del OOADRVN en donde se haya prestado el servicio, de lunes a viernes en un horario 9:00 a 14:00 horas, previa validación y autorización que para tal efecto realice el (INDICAR EL CARGO DEL TITULAR QUE ADMINISTRA EL CONTRATO) en su carácter del Administrador.

	<p style="text-align: center;"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b>  <b>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE</b>  <b>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b>  <b>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;"> <b>ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL</b>  <b>BAJO COBERTURA DE TRATADOS</b>  <b>ELECTRONICA</b> </p> <p style="text-align: center;"> <b>AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</b> </p> <p style="text-align: center;"> <b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS</b>  <b>SUBROGADA</b> </p> <p style="text-align: center;"> <b>CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</b> </p>
---	--	--

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

El pago se realizará mediante transferencia electrónica de fondos, a través del esquema electrónico interbancario que el Instituto tiene en operación, para tal efecto el proveedor se obliga a proporcionar en su oportunidad el número de cuenta, CLABE, Banco y Sucursal a nombre del 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 interbancario si la cuenta bancaria del 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.

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

Asimismo, el Instituto podrá aceptar a solicitud del 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 al Instituto con un mínimo de cinco días naturales anteriores a la fecha de pago programada, entregando invariablemente los documentos sustantivos de dicha cesión. Asimismo El 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 del Instituto

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

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

El proveedor se obliga a no cancelar ante el SAT los CFDI a favor del IMSS 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 CFDI, en su caso.

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;">ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO COBERTURA DE TRATADOS          ELECTRONICA</p> <p style="text-align: center;">AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS          SUBROGADA</p> <p style="text-align: center;">CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</p>
---	---	---

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

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

El tiempo que **"El Proveedor"** utilice para la corrección del CFDI y/o documentación soporte entregada, no se computará para efectos de pago, de acuerdo con lo establecido en el artículo 51 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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

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

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

Para el caso de que se presenten pagos en exceso, se estará a lo dispuesto por el artículo 51, párrafo tercero de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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


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

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

El tiempo que **"El Proveedor"** utilice para la corrección del CFDI y/o documentación soporte entregada, no se computará para efectos de pago, de acuerdo con lo establecido en el artículo 73 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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

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

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p>	<p>ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO COBERTURA DE TRATADOS          ELECTRONICA</p> <p>AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</p> <p>SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS          SUBROGADA</p> <p>CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</p>
<p><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>		

“El Proveedor” deberá presentar la información y documentación que “El Instituto” le solicite para el trámite de pago, atendiendo a las disposiciones legales e internas de “El Instituto”.

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

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

La prestación de los servicios, se realizará conforme a los plazos, condiciones y entregables establecidos por “El Instituto” en el **Anexo 2 (dos)**.

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

El horario de servicio será de las 7:00 a las 21:00 horas de lunes a sábado; incluso días festivos, de conformidad con el apartado denominado “LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES PUNTOS” del **Anexo 2 (dos)**.

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

**SEXTA. VIGENCIA.**

“Las Partes” convienen en que la vigencia del presente contrato será del **16 de agosto de 2025 al 15 de octubre de 2025**.

**SÉPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO.**

“Las Partes” están de acuerdo que “El Instituto” por razones fundadas y explícitas podrá ampliar el monto o la cantidad de los servicios, de conformidad con lo establecido en el artículo 74 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, siempre que dichas modificaciones no rebasen en su conjunto el 20% (veinte por ciento) de los establecidos originalmente, el precio unitario sea igual al originalmente pactado y el contrato esté vigente, pudiendo si se considera necesario efectuar la ampliación de la vigencia de este contrato. La modificación se formalizará mediante la celebración de un Convenio Modificatorio.


“El Instituto” podrá ampliar la vigencia del presente instrumento, siempre y cuando, no implique incremento del monto contratado o de la cantidad del servicio, siendo necesario que se obtenga el previo consentimiento de “El Proveedor”.

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

De presentarse caso fortuito o fuerza mayor, o por causas atribuibles a “El Instituto”, se podrá modificar el plazo del presente instrumento jurídico, debiendo acreditar dichos supuestos con las constancias respectivas. La modificación del plazo por caso fortuito o fuerza mayor podrá ser solicitada por cualquiera de “Las Partes”.

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




	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;">ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO COBERTURA DE TRATADOS          ELECTRONICA</p> <p style="text-align: center;">AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS          SUBROGADA</p> <p style="text-align: center;">CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</p>
---	---	---

Cualquier modificación al presente contrato deberá formalizarse por escrito, y deberá suscribirse por el servidor público de **“El Instituto”** que lo haya hecho, o quien lo sustituya o esté facultado para ello, para lo cual **“El Proveedor”** realizará el ajuste respectivo de la garantía de cumplimiento, en términos del artículo 91, último párrafo del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, salvo que por disposición legal se encuentre exceptuado de presentar garantía de cumplimiento.

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

**OCTAVA. GARANTÍA DE LOS SERVICIOS.**

Para la prestación de los servicios materia del presente contrato, no se requiere que **“El Proveedor”** presente una garantía por la calidad de los mismos.

**NOVENA. GARANTÍAS.**

**A. CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

Conforme a los artículos 69, fracción II, 70, fracción II de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 85, fracción III, 103 de su Reglamento, 166 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y en el numeral 5.5.5.1 de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del IMSS, **“El Proveedor”** se obliga a constituir, se obliga a constituir una garantía **divisible** y en este caso se hará efectiva en proporción al incumplimiento de la obligación principal, mediante fianza expedida por compañía afianzadora mexicana autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, a favor del “Instituto Mexicano del Seguro Social”, por un importe equivalente al 10% (diez por ciento) del monto total del contrato, sin incluir el I.V.A.


Dicha fianza deberá ser entregada a **“El Instituto”**, a más tardar dentro de los 10 días naturales posteriores a la firma del presente contrato.

En caso de que **“El Proveedor”** incumpla con la entrega de la garantía en el plazo establecido, **“El Instituto”** podrá rescindir el contrato y dará vista al Órgano Interno de Control para que proceda en el ámbito de sus facultades.

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

En caso de incremento al monto del presente instrumento jurídico o modificación al plazo, **“El Proveedor”** se obliga a entregar a **“El Instituto”**, dentro de los 5 (cinco días) naturales siguientes a la formalización del mismo, de conformidad con el último párrafo del artículo 91, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, los documentos modificatorios o endosos correspondientes, debiendo contener en el documento la estipulación de que se otorga de manera conjunta, solidaria e inseparable de la garantía otorgada inicialmente.

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

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p>	<p>ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO COBERTURA DE TRATADOS          ELECTRONICA</p> <p>AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</p> <p>SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS          SUBROGADA</p> <p>CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</p>
<p><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>		

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

- a) que la fianza se otorga atendiendo a todas las estipulaciones contenidas en el contrato;
- b) que para cancelar la fianza, será requisito contar con la constancia de cumplimiento total de las obligaciones contractuales;
- c) que la fianza permanecerá vigente durante el cumplimiento de la obligación que garantice y continuará vigente en caso de que se otorgue prórroga al cumplimiento del contrato, así como durante la substanciación de todos los recursos legales o de los juicios que se interpongan y hasta que se dicte resolución definitiva que quede firme, y
- d) que la afianzadora acepta expresamente someterse a los procedimientos de ejecución previstos en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas para la efectividad de las fianzas, aún para el caso de que proceda el cobro de indemnización por mora, con motivo del pago extemporáneo del importe de la póliza de fianza requerida. Tratándose de dependencias, el procedimiento de ejecución será el previsto en el artículo 282 de la citada Ley, debiéndose atender para el cobro de indemnización por mora lo dispuesto en el artículo 283 de dicha Ley.

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

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

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

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

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

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

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

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;">ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO COBERTURA DE TRATADOS          ELECTRONICA</p> <p style="text-align: center;">AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS          SUBROGADA</p> <p style="text-align: center;">CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</p>
---	---	---

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

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

“El Proveedor” deberá responder por los defectos, vicios ocultos y por la calidad de los bienes, así como de cualquier otra responsabilidad en que hubiere incurrido, en los términos señalados en este Contrato, convenios modificatorios respectivos y en la legislación aplicable, de conformidad con los artículos 75, párrafo segundo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 96, párrafo segundo de su Reglamento.

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

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

“El Proveedor”, se obliga a:

- a) Prestar los servicios en las fechas o plazos y lugares establecidos conforme a lo pactado en el presente contrato y anexos respectivos.
- b) Cumplir con las especificaciones técnicas y de calidad y demás condiciones establecidas en el presente contrato y sus respectivos anexos.
- c) Asumir la responsabilidad de cualquier daño que llegue a ocasionar a “El Instituto” o a terceros con motivo de la ejecución y cumplimiento del presente contrato.
- d) Proporcionar la información que le sea requerida por la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno y el Órgano Interno de Control, de conformidad con el artículo 107 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
- e) Entregar bimestralmente, las constancias de cumplimiento de la inscripción y pago de cuotas al Instituto Mexicano del Seguro Social del personal que utilice para la prestación de los servicios.

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

“El Instituto”, se obliga a:

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



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

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

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

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

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

Los servicios se tendrán por recibidos previa revisión del administrador del presente contrato, la cual consistirá en la verificación del cumplimiento de las especificaciones establecidas y en su caso en los anexos respectivos, así como las contenidas en la propuesta técnica.

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

“El Instituto”, a través administrador del contrato o a través del personal que para tal efecto designe, rechazará los servicios, que no cumplan las especificaciones establecidas en este contrato y en sus Anexos, obligándose “El Proveedor” en este supuesto a realizarlos nuevamente bajo su responsabilidad y sin costo adicional para “El Instituto”, sin perjuicio de la aplicación de las penas convencionales o deducciones al cobro correspondientes.

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

## DÉCIMA TERCERA. PENAS CONVENCIONALES.

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

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

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

ELIMINADO: R.F.C. FUNDAMENTO LEGAL: ARTS. 115 PARRAFO PRIMERO Y 120 DE LA LGTAIP MOTIVACION: SE CONSIDERA INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICADA O IDENTIFICABLE, CUYA DIFUSION PUEDE AFECTAR LA ESFERA JURIDICA DE LA MISMA



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

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

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

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

Dónde:

**Pca** = pena convencional aplicable

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

**nda** = número de días de atraso.

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

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

Concepto	Unidad de medida	Penalización	Responsable de reportar el incumplimiento	Administrador del contrato será el Responsable del cálculo, notificación de la pena
Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010  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	Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas
Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI. 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	Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas
El participante adjudicado establecerá contacto con la División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud (DSDICDS), dependiente de la CSDISA, a efecto de establecer la estrategia de cumplimiento de los siguientes puntos: Firma del Acuerdo de Confidencialidad Designación de contacto responsable con sus datos a) Designación de sistema y empresa soporte	Por cada día natural de atraso a partir de que se exceda el plazo establecido de los diez días naturales siguientes a la fecha de emisión de la asignación.	1%, sobre el valor que representa el costo de las sesiones realizadas en mes de incidencia, sin incluir el IVA.	División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud (DSDICDS)	Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas



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

**CONTRATO No. SEIA25311002-0049**

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

Concepto	Unidad de medida	Penalización	Responsable de reportar el incumplimiento	Administrador del contrato será el Responsable del cálculo, notificación de la pena
b) Solicitud de Pruebas de funcionalidad				
Instalación y puesta en operación, del Sistema de Información e instrumentos necesarios para el otorgamiento de del servicio	Por cada día natural de atraso a partir de que se exceda el plazo de los 30 (treinta) días contados a partir de la emisión de la asignación.	2.5% diario sobre el valor que representa el costo de las sesiones solicitadas en el mes de incidencia, sin incluir el IVA.	Coordinador Delegacional de Informática	Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas
El 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 de Prestaciones Médicas
Registro de la información de la sesión realizada, en la base de datos central del Instituto, conforme a la (ETIMSS), 5640-023-004 Especificación Técnica del Sistema de Información de Hemodiálisis Extramuros, necesario para la transmisión de datos a la base de datos central del Instituto.	Por cada día natural de atraso a partir de que se exceda el plazo establecido de las 24 horas posteriores al otorgamiento de la sesión	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)	Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas

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

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


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

#### DÉCIMA CUARTA. DEDUCCIONES.

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

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

En ningún caso las deducciones podrán negociarse en especie.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO	ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA  AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025  SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS SUBROGADA
	<b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b>	CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

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

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

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

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

Concepto	Niveles de servicio	Unidad de medida para la deducción	Deducción	Límite de incumplimiento motivo de rescisión del contrato	Responsable de reportar el incumplimiento	Administrador del contrato será Responsable del cálculo, notificación de la deducción
La transición del acceso vascular temporal por un acceso vascular definitivo para los pacientes con permanencia en el programa, no deberá ser por un tiempo mayor de:	3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada.	Falta en el cambio, a algún paciente(s) del acceso vascular temporal por el definitivo en el plazo establecido	El 5% sobre el valor total de la factura mensual más el IVA, cuando ocurra que a algún paciente(s) no se le haya realizado el cambio.	El límite de la deducción será de hasta el 10% del monto máximo del contrato	Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad Médica en OOAD	Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas
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	Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas
Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI. 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	Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas
Dotación del mismo número de catéteres	Dotación del mismo número de catéteres	Por cada día natural a partir	2.5% diario, sobre el valor	El límite de la deducción será de	Jefe de Servicio de Nefrología,	Jefe de Servicios de Prestaciones



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

**CONTRATO No. SEIA25311002-0049**

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

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
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	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	de la fecha en que debió ser entregada la totalidad de dotación de catéteres.	total de la factura mensual sin incluir IVA	hasta el 10% del monto máximo del contrato Médico	de Medicina Interna O Director de Unidad Médica en OOAD	Médicas

#### DÉCIMA QUINTA. LICENCIAS, AUTORIZACIONES Y PERMISOS.

“El Proveedor” se obliga a observar y mantener vigentes las licencias, autorizaciones, permisos o registros requeridos para el cumplimiento de sus obligaciones.

#### DÉCIMA SEXTA. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

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

#### DÉCIMA SEPTIMA. TRANSPORTE.

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


#### DÉCIMA OCTAVA. IMPUESTOS Y DERECHOS.

Los impuestos, derechos y gastos que procedan con motivo de la prestación de los servicios, objeto del presente contrato, serán pagados por “El Proveedor”, mismos que no serán repercutidos a “El Instituto”.

“El Instituto” sólo cubrirá, cuando aplique, lo correspondiente al Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.), en los términos de la normatividad aplicable y de conformidad con las disposiciones fiscales vigentes.

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

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

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;">ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO COBERTURA DE TRATADOS          ELECTRONICA</p> <p style="text-align: center;">AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS          SUBROGADA</p> <p style="text-align: center;">CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</p>
---	---	---

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

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

**VIGESIMA. DERECHOS DE AUTOR, PATENTES Y/O MARCAS.**

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

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

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

En caso de que “El Instituto” tuviese que erogar recursos por cualquiera de estos conceptos, “El Proveedor” se obliga a reembolsar de manera inmediata los recursos erogados por aquella.

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


**VIGÉSIMA PRIMERA. CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.**

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

Para el tratamiento de los datos personales que “Las Partes” recaben con motivo de la celebración del presente contrato, deberá de realizarse con base en lo previsto en los Avisos de Privacidad respectivos.

Por tal motivo, “El Proveedor” asume cualquier responsabilidad que se derive del incumplimiento de su parte, o de sus empleados, a las obligaciones de confidencialidad descritas en el presente contrato.

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

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;">ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO COBERTURA DE TRATADOS          ELECTRONICA</p> <p style="text-align: center;">AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS          SUBROGADA</p> <p style="text-align: center;">CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</p>
---	---	---

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

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

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

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

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

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


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

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

Con fundamento en el artículo 80 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 102, fracción II, de su Reglamento, **“El Instituto”** en el supuesto de caso fortuito o de fuerza mayor o por causas que le resulten imputables, podrá suspender la prestación de los servicios, de manera temporal, quedando obligado a pagar a **“El Proveedor”**, aquellos servicios que hubiesen sido efectivamente prestados, así como, al pago de los gastos no recuperables previa solicitud y acreditamento, para lo cual **“El Proveedor”** deberá presentar dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de la notificación del término de la suspensión, el CFDI y documentación de los gastos no recuperables en que haya incurrido, siempre que estos sean razonables, estén debidamente comprobados y se relacionen directamente con el presente contrato.

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

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

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;">ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO COBERTURA DE TRATADOS          ELECTRONICA</p> <p style="text-align: center;">AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS          SUBROGADA</p> <p style="text-align: center;">CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</p>
---	---	---

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

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

**VIGÉSIMA TERCERA. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.**

De conformidad con lo establecido en el artículo 78 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 102 de su Reglamento, cuando concurren razones de interés general, o bien, cuando por causas justificadas se extinga la necesidad de requerir los bienes originalmente contratados y se demuestre que de continuar con el cumplimiento de las obligaciones pactadas, se ocasionaría algún daño o perjuicio a **“El Instituto”**, o se determine la nulidad total o parcial de los actos que dieron origen al presente contrato, con motivo de la resolución de una inconformidad o intervención de oficio, emitida por la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno, podrá dar por terminado anticipadamente el presente contrato sin responsabilidad alguna para éste y sin necesidad de que medie resolución judicial alguna.

Cuando **“El Instituto”** determine dar por terminado anticipadamente el contrato, lo notificará a **“El Proveedor”** hasta con 30 (treinta) días naturales anteriores al hecho, debiendo sustentarlo en un dictamen fundado y motivado, en el que, se precisarán las razones o causas que dieron origen a la misma y pagará a **“El Proveedor”** la parte proporcional de los servicios prestados, así como los gastos no recuperables en que haya incurrido, previa solicitud por escrito, siempre que éstos sean razonables, estén debidamente comprobados y se relacionen directamente con el presente contrato, limitándose según corresponda a los conceptos establecidos en la fracción I, del artículo 102 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

**VIGÉSIMA CUARTA. RESCISIÓN.**

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

1. Contravenir los términos pactados para la prestación de los servicios, establecidos en el presente contrato;
2. Transferir en todo o en parte las obligaciones que deriven del presente contrato a un tercero ajeno a la relación contractual;
3. Ceder los derechos de cobro derivados del contrato, sin contar con la conformidad previa y por escrito de **“LA DEPENDENCIA O ENTIDAD”**;
4. Suspender total o parcialmente y sin causa justificada la prestación de los servicios del presente contrato;
5. No realizar la prestación de los servicios en tiempo y forma conforme a lo establecido en el presente contrato y sus respectivos anexos;
6. No proporcionar a los Órganos de Fiscalización, la información que le sea requerida con motivo de las auditorías, visitas e inspecciones que realicen;
7. Ser declarado en concurso mercantil, o por cualquier otra causa distinta o análoga que afecte su patrimonio;
8. En caso de que compruebe la falsedad de alguna manifestación, información o documentación proporcionada para efecto del presente contrato;
9. No presentar bimestralmente, las constancias de la inscripción y pago de cuotas al Instituto Mexicano del Seguro Social del personal que utilice para la prestación de los servicios;
10. No entregar dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha de firma del presente contrato, la garantía de cumplimiento del mismo;



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

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

11. Cuando la suma de las penas convencionales exceda el monto total de la garantía de cumplimiento del contrato;
12. Cuando la suma de las deducciones al pago, excedan el límite máximo establecido para las deducciones;
13. Divulgar, transferir o utilizar la información que conozca en el desarrollo del cumplimiento del objeto del presente contrato, sin contar con la autorización de **"El Instituto"** en los términos de lo dispuesto en la **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES** del presente instrumento jurídico;
14. Impedir el desempeño normal de labores de **"El Instituto"**;
15. Cambiar su nacionalidad por otra e invocar la protección de su gobierno contra reclamaciones y órdenes de **"El Instituto"**, cuando sea extranjero, y
16. Incumplir cualquier obligación distinta de las anteriores y derivadas del presente contrato.

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

- a) Para el caso de optar por la rescisión del contrato, **"El Instituto"** comunicará por escrito a **"El Proveedor"** el incumplimiento en que haya incurrido, para que en un término de 5 (cinco) días hábiles, contados a partir del día siguiente de la notificación, exponga lo que a su derecho convenga y aporte en su caso las pruebas que estime pertinentes.
- b) Transcurrido dicho término **"El Instituto"** en un plazo de 15 (quince) días hábiles siguientes, tomando en consideración los argumentos y pruebas que hubiere hecho valer **"El Proveedor"**, determinará de manera fundada y motivada dar o no por rescindido el contrato, y comunicará a **"El Proveedor"** dicha determinación dentro del citado plazo.

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

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

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

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

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

De no rescindirse el contrato, **"El Instituto"** establecerá, con **"El Proveedor"**, otro plazo, que le permita subsanar el incumplimiento que hubiere motivado el inicio del procedimiento, aplicando las sanciones correspondientes. Lo anterior se llevará a cabo a través de un convenio modificatorio en el que se atenderá a las condiciones previstas en los dos últimos párrafos del artículo 74 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

	<p style="text-align: center;">           INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL            ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA            DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE            JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS            COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO         </p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;"> <b>ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL            BAJO COBERTURA DE TRATADOS            ELECTRONICA</b> </p> <p style="text-align: center;"> <b>AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</b> </p> <p style="text-align: center;"> <b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS            SUBROGADA</b> </p> <p style="text-align: center;"> <b>CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</b> </p>
---	---	---

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

Si se llevara a cabo la rescisión del contrato, y en el caso de que a **“El Proveedor”** se le hubieran entregado pagos progresivos, éste deberá de reintegrarlos más los intereses correspondientes, conforme a lo indicado en el artículo 73, párrafo cuarto, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Los intereses se calcularán sobre el monto de los pagos progresivos efectuados y se computarán por días naturales desde la fecha de su entrega hasta la fecha en que se pongan efectivamente las cantidades a disposición de **“El Instituto”**.

#### **VIGÉSIMA QUINTA. RELACIÓN Y EXCLUSIÓN LABORAL.**

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

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

Para cualquier caso no previsto, **“El Proveedor”** exime expresamente a **“El Instituto”** de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal o de cualquier otra especie que en su caso pudiera llegar a generarse, relacionado con el presente contrato.

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


#### **VIGÉSIMA SEXTA. DISCREPANCIAS.**

**“Las Partes”** convienen que, en caso de discrepancia entre la Solicitud de cotización, y el presente contrato, prevalecerá lo establecido en la Solicitud de cotización, junta de aclaraciones respectiva, en caso de aplicar, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 81 fracción IV, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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

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

La solicitud de conciliación se presentará mediante escrito, el cual contendrá los requisitos contenidos en el artículo 15 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, además, hará referencia al número de contrato, al servidor público encargado de su administración, objeto, vigencia y monto del contrato, señalando, en su caso, sobre la

	<p style="text-align: center;"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b>  <b>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE</b>  <b>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b>  <b>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;"> <b>ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL</b>  <b>BAJO COBERTURA DE TRATADOS</b>  <b>ELECTRONICA</b> </p> <p style="text-align: center;"> <b>AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</b> </p> <p style="text-align: center;"> <b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS</b>  <b>SUBROGADA</b> </p> <p style="text-align: center;"> <b>CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</b> </p>
---	--	--

existencia de convenios modificatorios, debiendo adjuntar copia de los instrumentos consensuales debidamente suscritos.

**VIGÉSIMA OCTAVA. RESPONSABILIDAD.**

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

**VIGÉSIMA NOVENA. SANCIONES ADMINISTRATIVAS.**

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

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

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

**TRIGÉSIMA PRIMERA. DOMICILIOS.**

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

**TRIGÉSIMA SEGUNDA. LEGISLACIÓN APLICABLE.**

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

**TRIGÉSIMA TERCERA. JURISDICCIÓN.**

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



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

**CONTRATO No. SEIA25311002-0049**




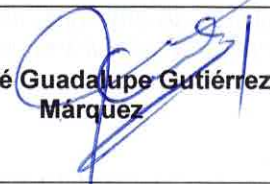
ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

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 Xalapa, Veracruz, el **05 de septiembre de 2025**, quedando un ejemplar en poder de "El Proveedor" y los restantes en poder de "El Instituto".

NOMBRE	CARGO	R.F.C.
 <b>Dra. Edith Jiménez Martínez</b>	Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional en Veracruz Norte	██████████
 <b>Lic. Ana Laura Ruiz Lagunes</b>	Área Contratante  Titular de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento en el Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional en Veracruz Norte	██████████
 <b>Dra. Maria de los Angeles Quiroz García</b>	<b>Administrador del Contrato</b>  Coordinador de Prevención y Atención a la Salud	██████████
 <b>Dr. José Guadalupe Gutiérrez Márquez</b>	Área Requirente  Titular de la Jefatura de Prestaciones Médicas	██████████

Por "El Proveedor"

NOMBRE	R.F.C.
<b>C. Ulises Mejía Ladrón de Guevara</b> Representante Legal de Corporativo de Hospitales, S.A. de C.V.	<b>CHO-030403-KE0</b>



ELIMINADO: R.F.C. FUNDAMENTO LEGAL: ARTS. 115 PARRAFO PRIMERO Y 120 DE LA LGTAIP MOTIVACION: SE CONSIDERA INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICADA O IDENTIFICABLE, CUYA DIFUSION PUEDE AFECTAR



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

Anexo 1 (uno)

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



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

BOLSA/CLAVE: 000000025- 2025

Dependencia Solicitante: 0001 Delegación Veracruz Norte  
 SEI Servicios Integrales  
 3103000 Oficina del DGAD VERACRUZ NORTE

Descripción:

Servicio: Hemodialisis Extracorpóreas

Fecha Impresión: 04/09/2025 Fecha Validación: 04/09/2025

Total Comprometido (en pesos): \$ 8,610,000.00  
 Cuenta: 31331902 Partida presupuestal: 3390102


COMPROMISOS PRESUPUESTALES (en millones de pesos)											
ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	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-Milenium, 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, 29 y 45 fracción III de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 24 y 46 fracción III de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, 8ª, 144 y 146 del Reglamento Interior del IMSS y el numeral 7.2.10 de la Norma Presupuestaria del IMSS.

CERTIFICADO PREVIO

CONTRATO PREI: \_\_\_\_\_  
 CONTRATO IMSS: \_\_\_\_\_

IMPORTE: NUEVE MILLONES SEISCIENTOS DIEZ MIL PESOS 00/100 MN \$ 9,610,000.00

  
 \_\_\_\_\_  
 ENC. DEL DEPTO DE ACQ DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;">ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO COBERTURA DE TRATADOS          ELECTRONICA</p> <p style="text-align: center;">AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS          SUBROGADA</p> <p style="text-align: center;">CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</p>
---	---	---

**Servicio Médico Integral de Hemodiálisis Subrogada  
 Anexo Técnico**

**Glosario de Términos**

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

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

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

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

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

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

**AST:** Aspartato aminotransferasa.

**CBI:** Cuadro Básico Institucional.

**CDI:** Coordinador Delegacional de Informática.

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

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

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

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

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

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

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

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

**CUCOP:** Clasificador Único de Contrataciones Públicas

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

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

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

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

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

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

	<p style="text-align: center;"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b>  <b>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE</b>  <b>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b>  <b>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;"> <b>ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL</b>  <b>BAJO COBERTURA DE TRATADOS</b>  <b>ELECTRONICA</b> </p> <p style="text-align: center;"> <b>AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</b> </p> <p style="text-align: center;"> <b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS</b>  <b>SUBROGADA</b> </p> <p style="text-align: center;"> <b>CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</b> </p>
---	--	--

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**SSA:** Secretaría de Salud.

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

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

	<p style="text-align: center;"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b>  <b>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE</b>  <b>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b>  <b>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;"> <b>ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL</b>  <b>BAJO COBERTURA DE TRATADOS</b>  <b>ELECTRONICA</b> </p> <p style="text-align: center;"> <b>AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</b> </p> <p style="text-align: center;"> <b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS</b>  <b>SUBROGADA</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</b></p>
---	--	--

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

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

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

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

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

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

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

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

**Clave del Catálogo CPIM del Servicio de hemodiálisis Subrogada: 30.02.001**  
**Hemodiálisis Sesiones Externas**

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

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


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

**Clave:**

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


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

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

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p>	<p>ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO COBERTURA DE TRATADOS          ELECTRONICA</p> <p>AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</p> <p>SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS          SUBROGADA</p> <p>CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</p>
<p><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>		

**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, en caso de que la unidad de hemodiálisis subrogada no cuente con ambulancia propia; y factura en caso de que sea propia la ambulancia) para los caso que se requieran para:
  - Pacientes graves o que presenten complicaciones (pre, trans y post tratamiento) en el área de la unidad de hemodiálisis subrogada, hasta conseguir la estabilización hemodinámica del paciente para el traslado a la unidad médica de referencia.
- Contar con las áreas descritas en el apartado "*Infraestructura, Equipamiento y Suministro*" del presente documento, en apego a la NOM-003-SSA3-2010, "Para la práctica de la hemodiálisis".
- Central(es) de enfermeras con visibilidad de los pacientes.
- Área de aislamiento equipada destinada a pacientes con enfermedades infecto-contagiosas como: VIH o Hepatitis B o C.
- El área de aislamiento destinada a pacientes con COVID-19, deberá estar equipada con lo siguiente:
  - Máquina de hemodiálisis
  - Ventilador volumétrico
  - Monitor de signos vitales
  - Bomba de infusión de 3 canales
  - Carro rojo
  - Desfibrilador
  - Aspirador
  - Toma de oxígeno
  - Tubos endotraqueales
  - Cánulas de aspiración
- El área para cada estación de hemodiálisis deberá ser de por lo menos 1.5 x 2.0 mts., la cual se calculará con base a los metros cuadrados del área de tratamiento de hemodiálisis (área gris) y el número de máquinas que tenga la unidad subrogada de hemodiálisis.
- Toma o tanque portátil de oxígeno y aspirador de secreciones (en caso de optar por el uso de tanque portátil de oxígeno y aspirador de secreciones, deberá contar con uno por cada 5 (cinco) máquinas instaladas).
- Área de lavado, desinfección y esterilización de material de curación y médico-quirúrgico, en caso de no contar con material desechable.

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCENTRALADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;">ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO COBERTURA DE TRATADOS          ELECTRONICA</p> <p style="text-align: center;">AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS          SUBROGADA</p> <p style="text-align: center;">CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</p>
---	--	---


- 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 proveedor deberá coordinar acciones con las unidades médicas asignadas para prestar el servicio en tiempo y forma.

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

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

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

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

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p>	<p>ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO COBERTURA DE TRATADOS          ELECTRONICA</p> <p>AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</p> <p>SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS          SUBROGADA</p> <p>CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</p>
<p><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>		

**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.

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

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

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

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

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

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

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

- En caso necesario de transfusión de componentes sanguíneos, que provoque descompensación aguda, el paciente deberá ser trasladado a la unidad hospitalaria de adscripción correspondiente sin costo adicional.

	<p style="text-align: center;"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b>  <b>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE</b>  <b>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b>  <b>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;"> <b>ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL</b>  <b>BAJO COBERTURA DE TRATADOS</b>  <b>ELECTRONICA</b> </p> <p style="text-align: center;"> <b>AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</b> </p> <p style="text-align: center;"> <b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS</b>  <b>SUBROGADA</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</b></p>
---	--	--

- Considerar como pacientes de alto riesgo a aquellos que se encuentran seropositivos con hepatitis B o C y VIH, y a los que en condiciones de urgencia, no se haya podido determinar su panel viral.
- Los pacientes que se encuentren con hepatitis B o C y VIH con prueba confirmatoria positivos, deben dializarse en riñón artificial exclusivo para este tipo de pacientes y en área aislada, siguiéndose las técnicas internacionales establecidas.
- Los pacientes con hepatitis B y C y VIH deben dializarse utilizando en ellos material y equipo exclusivo. En estos pacientes no debe reutilizarse el dializador. Se deberá seguir el procedimiento de técnica de aislamiento aplicando la NOM 010-SSA2-2010 "Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana".
- El material desechable utilizado en los procedimientos de hemodiálisis, deberá ser exclusivo para cada paciente.
- El proveedor deberá presentar escrito libre donde señale que cumple con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
- Aseo exhaustivo de las áreas al menos una vez por semana, utilizando detergente en todas las superficies como pisos, paredes, puertas y ventanas y/o de acuerdo a cultivos bacteriológicos realizados en el área.
- Fumigar todas las áreas de la unidad al menos una vez al mes, con plaguicidas o pesticidas y en su caso aplicar soluciones bactericidas.
- Asear y desinfectar la máquina de hemodiálisis después de cada procedimiento, de igual forma el demás mobiliario que haya sido utilizado, deberá ser aseado y sanitizado al término de cada día de uso.
- En la detección de casos nuevos de Hepatitis B, C y VIH, por la unidad de hemodiálisis subrogada, ésta deberá dar aviso al director y médico tratante del hospital de referencia, a través de nota médica de la presencia de esta patología.

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

**Responsabilidades del Instituto:**

- a) El Instituto a través del servicio de (Medicina Interna o Nefrología), enviará al paciente con solicitud de subrogación (**4-30-2/03**) debidamente acreditada por el director de la unidad y/o subdirector médico y jefe de servicio, con resumen médico, con vigencia actualizada y los estudios complementarios de laboratorio y gabinete siguientes: Biometría hemática completa, pruebas de coagulación, química sanguínea glucosa, urea y creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, calcio, fósforo TGO, TGP, proteínas totales, albúmina panel de hepatitis B y C, VIH y placa de tórax.
- b) El Instituto será responsable de extender las recetas de medicamentos, incapacidades, solicitudes de interconsulta, de laboratorio y gabinete en caso necesario para cada paciente incluido en el servicio de hemodiálisis subrogada materia del presente documento.
- c) El Instituto, ratificará la continuidad del servicio de cada paciente, a través de la verificación de la vigencia de derechos actualizada.
- d) El Instituto dará continuidad a la atención de complicaciones propias de la hemodiálisis de cada paciente, que haya requerido traslado de la unidad de hemodiálisis subrogada a la unidad hospitalaria del Instituto.

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;">ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO COBERTURA DE TRATADOS          ELECTRONICA</p> <p style="text-align: center;">AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS          SUBROGADA</p> <p style="text-align: center;">CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</p>
---	---	---

- e) A través de personal autorizado por el Instituto, realizará visitas de supervisión a la unidad de hemodiálisis subrogada, a efecto de verificar la debida prestación del servicio en forma integral, ininterrumpida a lo descrito en el **Anexo T4 (T-cuatro)** Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada, de la invitación.
- f) Para pacientes seronegativos aplicar vacunación contra hepatitis B con doble dosis al ingresar al programa de hemodiálisis subrogada, en caso de no tenerla y completar su esquema de vacunación.
- g) Procedimiento de transfusión en caso necesario y previa valoración médica.
- h) En el caso de los accesos vasculares el Instituto será responsable de enviar al paciente a la unidad de hemodiálisis subrogada con un acceso vascular temporal o definitivo funcional.

**Responsabilidades del proveedor:**

1. Prestar el servicio subrogado de hemodiálisis en los términos y condiciones establecidos en este contrato y conforme a lo señalado en los apartados *de este Anexo Técnico, los Términos y Condiciones y sus Anexos; Anexos T1 (T-uno) Requerimiento y T2 (T-dos) Propuesta de la Descripción de las especificaciones del equipo médico y bienes de consumo para realizar los tratamientos hemodialíticos, "ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS, A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES, C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE y E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO, T3 Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas, T4 Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada, T5 Calendario para entrega de las pruebas de la calidad del agua de hemodiálisis subrogada, T6 Calendario para entrega mensual de catéteres, T7 Tabla cifras de control de registro nominal hemodiálisis subrogado, T8 Directorio de unidades médicas los cuales forman parte de este documento.*
2. Atender de manera adecuada y oportuna las complicaciones o emergencias propias del procedimiento, (en el pre, trans y post hemodiálisis) utilizando todos los recursos humanos, materiales y equipo que se requieran, hasta conseguir la estabilización hemodinámica del paciente y su traslado a la unidad de adscripción, sin costo adicional para el Instituto.

Deberá entender por complicaciones:

- Hipotensión arterial severa, cuadro de cardiopatía isquémica aguda, descompensación metabólica aguda, bacteriemia, arritmias 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;

	<p style="text-align: center;"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b>  <b>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE</b>  <b>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b>  <b>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;"> <b>ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL</b>  <b>BAJO COBERTURA DE TRATADOS</b>  <b>ELECTRONICA</b> </p> <p style="text-align: center;"> <b>AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</b> </p> <p style="text-align: center;"> <b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS</b>  <b>SUBROGADA</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</b></p>
---	--	--

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

**Cantidad de sesiones de hemodiálisis requeridas:**

La cantidad mínima y máxima de sesiones de hemodiálisis a contratar se establece en el Anexo 1 (uno) del presente documento, para un período de contratación a partir del 16 de agosto al 15 de octubre de 2025.

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

**Personal**

- Deberá ajustarse a lo descrito en la NOM-003-SSA3-2010 "Para la práctica de hemodiálisis", particularmente a lo descrito en los numerales 5.1 y 5.2 de dicha Norma.
- El responsable de la unidad de hemodiálisis deberá ser un médico especialista en nefrología, con certificado de especialización, cédula profesional, el horario en que se deberá encontrar en la Unidad de Hemodiálisis Subrogada se acordará con las autoridades de la OOAD /UMAE que le corresponde
- El personal de enfermería con especialidad en nefrología o personal profesional y técnico con capacitación y adiestramiento en hemodiálisis demostrará documentalmente haber recibido la especialidad en nefrología o en su caso, haber recibido cursos de capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un período mínimo de seis meses impartidos en un centro de atención médica o unidad de hemodiálisis certificada. El servicio deberá contar con al menos una enfermera por cada 3 (tres) máquinas de hemodiálisis.

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p>	<p>ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO COBERTURA DE TRATADOS          ELECTRONICA</p> <p>AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</p> <p>SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS          SUBROGADA</p> <p>CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</p>
<p><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>		

- El personal de la unidad de hemodiálisis subrogada deberá estar capacitado sobre el manejo de sangre, material y equipos contaminados con virus de Hepatitis B y C y VIH.
- Deberá realizarse vacunación para Hepatitis B a los seronegativos y, determinación de aspartatoaminotransferasa (AST), antígeno de superficie (Hbs Ag) y anti-HVC cada seis meses.

**Infraestructura, Equipamiento y Suministros**

**A. Área Física**

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


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

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

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

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

- El proveedor deberá ajustarse a lo descrito en la NOM-003-SSA3-2010 "Para la práctica de hemodiálisis".
- Los bienes de consumo se deberán apegar a lo descrito en el **Anexo T2** (T dos).
- Las máquinas de hemodiálisis deberán apegarse al Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico vigente, clave 531.340.0169. y a la Clave 531.340.0227, en caso de optar por reprocesamiento de los dializadores.
- La unidad de hemodiálisis deberá contar con máquinas exclusivas y en área aislada para pacientes con seropositividad a hepatitis B, C y VIH.
- Las máquinas utilizadas para las sesiones de hemodiálisis deberán estar en óptimas condiciones de mantenimiento y funcionamiento y haber sido ensambladas de manera integral en el país de origen.
  - o No deberán contener leyendas "Only Export" ni "Only Investigation", ser modelos discontinuados o de uso no autorizado en el país de origen, contar con alertas médicas tipo I y II que sean reconocidas por organismos internacionales y por las OOAD de los ministerios de salud de cada país de origen durante los últimos 3 años.

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;">ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO COBERTURA DE TRATADOS          ELECTRONICA</p> <p style="text-align: center;">AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS          SUBROGADA</p> <p style="text-align: center;">CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</p>
---	---	---

- En el caso de que los equipos hayan presentado alerta médica el proveedor debe contar con el alta o resolución de la misma.
- Dializador de fibra hueca de membrana sintética o semisintética, biocompatibles, específicos para pacientes adultos o pediátricos según corresponda.
- Ácido y bicarbonato en concentraciones de acuerdo a los equipos de hemodiálisis propuestos para la prestación del servicio.
- Línea arteriovenosa.
- Aguja fistula para punción de acceso venoso y arterial.
- Catéter temporal o permanente o injerto vascular heterólogo.
- Material estéril necesario para conexión y desconexión de fistula o catéter.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**D. Verificación física o visitas de supervisión**

Durante la prestación del servicio, la unidad de hemodiálisis subrogada estará sujeta a una verificación visual y documental mediante las visitas de supervisión semestrales o las que determine el Instituto necesarias, que realizarán por personal

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p>	<p>ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO COBERTURA DE TRATADOS          ELECTRONICA</p> <p>AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</p> <p>SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS          SUBROGADA</p> <p>CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</p>
<p><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>		

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

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

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

Durante la vigencia de la prestación del servicio del contrato, el Administrador del Contrato verificará en la página de internet del Consejo de Salubridad General (<http://www.csg.gob.mx/>), que las clínicas en donde se presten los servicios se 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.

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

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

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

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

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

Todas las gestiones relacionadas con el Sistema de Información y envío de mensajería HL7, se realizarán en las oficinas de la Coordinación de Servicios Digitales y de Información para la Salud y Administrativos (CSDISA) o la Coordinación Técnica de

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCENTRALIZADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;">ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO COBERTURA DE TRATADOS          ELECTRONICA</p> <p style="text-align: center;">AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS          SUBROGADA</p> <p style="text-align: center;">CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</p>
---	--	---

Servicios Digitales y de Información para la Salud, ubicadas en la calle de Tokio 80, 4° piso, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, C.P. 06600 o donde el Instituto designe.

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

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

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

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

**Certificación del Sistema de Información**

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

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

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

**a) Firma de Acuerdo de Confidencialidad**

El proveedor del Servicio se compromete con el Instituto a firmar un acuerdo de confidencialidad, Anexo **T12** (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 **T13** (TI tres) "Designación de contacto responsable".

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

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

**d) Pruebas de funcionalidad**

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

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</b></p>
---	---	--

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

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

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

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

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

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

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


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

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

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

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

- **Norma Oficial Mexicana NOM 003-SSA3-2010**, Para la práctica de la hemodiálisis, fecha de publicación en el DOF 08/06/2010.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico, que establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, de fecha de publicación en el DOF 15/10/2012
- **Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012**, Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud, Fecha de Publicación en el DOF 30/11/2012.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. Fecha de Publicación en el DOF 1/11/2001
- **Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010**, para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Fecha de Publicación en el DOF. 10/11/2010
- **Norma Oficial mexicana NOM-001-SEDE-2012**, Instalaciones Eléctricas. Fecha de Publicación en el DOF 29/11/2012

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;">ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO COBERTURA DE TRATADOS          ELECTRONICA</p> <p style="text-align: center;">AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS          SUBROGADA</p> <p style="text-align: center;">CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</p>
---	---	---

- **Norma Oficial mexicana NOM-002-STPS-2010**, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo. Fecha de Publicación en el DOF 12 /11/ 2010
- **Norma Oficial mexicana NOM-001-STPS-2008**, edificios, locales, instalaciones y áreas en los centros de trabajo-condiciones de seguridad. Fecha de Publicación en el DOF 2/10/ 2008
- **Norma Oficial mexicana NOM-025-STPS-2008**, Condiciones de iluminación en los centros de trabajo. Fecha de Publicación en el DOF 12/12/ 2008
- **Norma Oficial mexicana NOM-026-STPS-2008**, colores y señales de seguridad e higiene, e identificación de riesgos por fluidos conducidos en tuberías. Fecha de Publicación en el DOF 2 /10/ 2008
- **Norma Oficial mexicana NOM-029-STPS-2011**, mantenimiento de las instalaciones eléctricas en los centros de trabajo-condiciones de seguridad. Fecha de Publicación en el DOF 29/12/2011
- **Norma Oficial mexicana NOM-003-SEGOB-2011**, señales y avisos para protección civil, colores, formas y símbolos a utilizar. Fecha de Publicación en el DOF 23/12/2011
- **NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013**, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria, Fecha de Publicación en el DOF: 23/09/2014
- **Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015**, Personas con discapacidad.- Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre. Fecha de Publicación en el DOF 12/08/2016
- **NOM-223-SSA1-2003**. Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. Fecha de Publicación en el DOF 16/12/2003
- **2000-001-006** norma que establece las disposiciones generales para la planeación, obtención y el control de los servicios subrogados de atención médica vigente.

### Servicio de Hemodiálisis Subrogada

#### Términos y Condiciones

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

#### Vigencia de la prestación del servicio:

El plazo para la prestación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada será a partir del 16 de agosto al 15 de octubre de 2025.

#### Plazo de entrega:

#### Condiciones de la Prestación del Servicio

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

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

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

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

	<p style="text-align: center;"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b>  <b>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE</b>  <b>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b>  <b>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;"> <b>ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL</b>  <b>BAJO COBERTURA DE TRATADOS</b>  <b>ELECTRONICA</b> </p> <p style="text-align: center;"> <b>AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</b> </p> <p style="text-align: center;"> <b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS</b>  <b>SUBROGADA</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</b></p>
---	--	--

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

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

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

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

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

Esto será acumulable, con el propósito de contar con un stock para garantizar la atención oportuna de los pacientes referidos por primera vez a las unidades subrogadas, los catéteres se entregarán al almacén de la unidad médica correspondiente o en donde lo indique el Director Médico de la Unidad dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes en el horario de 9 a 15 horas, de lunes a viernes, debiendo anotar nombre, matrícula y cargo de quien los recibe y debiendo notificar al administrador del contrato, en su caso, la falta de entrega de los catéteres.

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

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

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

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

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

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

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

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO	ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA  AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025  SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS SUBROGADA
	<b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b>	<b>CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</b>

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

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

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

**Visita a las Instalaciones**

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

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

Asimismo, durante la vigencia del contrato, la verificación se realizará, con base al Anexo T4 (T cuatro) CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, misma que estará a cargo del personal designado por en el OOADRVN; se llevará a cabo en los domicilios de las instalaciones del proveedor, y en caso de incumplimientos, se iniciará el proceso de rescisión.

**NIVELES DE SERVICIO**

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

Concepto	Niveles de Servicio
La transición del acceso vascular temporal por un acceso vascular definitivo para los pacientes con permanencia en el programa, no deberá ser por un tiempo mayor de:	3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada.
Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI. 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-	Al menos una durante la vigencia del contrato.



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

Concepto	Niveles de Servicio
2010 y las recomendaciones de la AAMI. La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico.	
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 proveedor 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 30 (treinta) días naturales contados a partir de la emisión del fallo.
El proveedor proporcionará un Calendario de Despliegue del Sistema Evaluado considerando todas las Unidades de Hemodiálisis incluidas en el contrato	Dentro de los 5 (cinco) días naturales posteriores a la fecha de aprobación del sistema de información.
Registro de la información de la sesión realizada, en la base de datos central del Instituto, conforme a la (ETIMSS), 5640-023-004 Especificación Técnica del Sistema de Información de Hemodiálisis Extramuros, necesario para la transmisión de datos a la base de datos central del Instituto.	En un plazo no mayor a las 24 (veinticuatro) horas, posteriores a la fecha en que se otorgó la sesión.

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

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

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

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

L.A.N.I. MLVA/L.D. AGL/L.A.PMPB

DEPARTAMENTO DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO	ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA  AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025 SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS SUBROGADA
	<b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b>	CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

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

El participante se obliga a responder por su cuenta y riesgo de los daños y/o perjuicios que por inobservancia o negligencia de su parte, llegue a causar al Instituto y/o a terceros, con motivo de las obligaciones pactadas en este instrumento jurídico, o bien, por los defectos o vicios ocultos en los bienes entregados, de conformidad con lo establecido en el artículo 53 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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

**ANEXO T1 REQUERIMIENTO DE SESIONES PARA PACIENTES EN HEMODIÁLISIS SUBROGADA POR PARTIDA**

TIPO	NUM	LOCALIDAD	A PARTIR DEL 16 AGOSTO AL 15 DE OCTUBRE 2025	
			MÍNIMO SESIONES	MÁXIMO SESIONES
UMAA	242	VERACRUZ, VER.	2,112	5,280

**RELACIÓN DE UNIDADES QUE REQUIEREN EL SERVICIO**

No. PROG.	TIPO	No.	LOCALIDAD	DOMICILIO
1	UMAA	242	VERACRUZ, VER.	CARRETERA VERACRUZ-XALAPA KM. 13, C.P. 91980 TEJERIA, VER.

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

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



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

Formato de Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03)

		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS		FOLIO: 2	
SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS (4-30-2/03)					
1 DELEGACIÓN/UMAE		Fecha:		3	
4 UNIDAD MÉDICA:		PACIENTE:		5	
CLAVE PRESUPUESTAL:		NOMBRE:			
TIPO Y NÚMERO:		SEXO: M <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/>	
LOCALIDAD:					
6 SERVICIO QUE DERIVA:		No. DE SEGURIDAD SOCIAL		AGREGADO	
NOMBRE:		CURP:			
DIRECCIÓN:		9 RAMO DE SEGURO QUE SE AFECTA:			
		RT <input type="checkbox"/>		EG <input type="checkbox"/>	
		MAT <input type="checkbox"/>		TV <input type="checkbox"/>	
		PEND <input type="checkbox"/>		Spf AM <input type="checkbox"/>	
TIPO DE SERVICIO:		10 TIPO DE SUBROGACIÓN			
ORDINARIO: <input type="checkbox"/>		ÚNICA		MÚLTIPLE	
7 URGENCIA: <input type="checkbox"/>		HEMODIÁLISIS SUBROGADA			
MOTIVO DE SUBROGACIÓN:		11 VIGENCIA DE DERECHOS			
CS <input type="checkbox"/>					
FP <input type="checkbox"/>					
8 FE <input type="checkbox"/>					
FI <input type="checkbox"/>					
12 DIAGNOSTICO(S) Y RESUMEN CLÍNICO:					
13 GRUPO A SUBROGAR:					
CONSULTA MEDICINA FAMILIAR: <input type="checkbox"/>		CONSULTA ESPECIALIDADES <input type="checkbox"/>		CONSULTA DENTAL <input type="checkbox"/>	
HOSPITALIZACIÓN MÉDICA <input type="checkbox"/>		HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA <input type="checkbox"/>		MATERNO INFANTIL <input type="checkbox"/>	
AUX DE DX EN LABORATORIO <input type="checkbox"/>		AUX DE DX EN GABINETE <input type="checkbox"/>		AUX DE TRATAMIENTO <input type="checkbox"/>	
14 SERVICIO (S) A SUBROGAR					
ESPECIFICAR					
CANTIDAD					
15 PROVEEDOR					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:				RFC:	
DOMICILIO:				TEL:	
CONTRATO No.:				AL:	
VIGENCIA DEL:					
16 ELABORÓ		17 Vo. Bo. JEFE DE SERVICIO		18 AUT. DIRECTOR UNIDAD	
NOMBRE:					
MATRÍCULA:					
FIRMA					
19 CONSTANCIA DE QUE EL SERVICIO SE RECIBIÓ					
NOMBRE:		FAMILIAR: <input type="checkbox"/>		RESPONSABLE: <input type="checkbox"/>	
PACIENTE: <input type="checkbox"/>				PARENTESCO	
DIRECCIÓN:				TEL:	
FECHA:		FIRMA:			



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

**CONTRATO No. SEIA25311002-0049**

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

### INSTRUCTIVO DE LLENADO

- | No. DATO  | ANOTAR  |
|---|---|
| 1   | <b>Delegación y UMAE</b> El nombre de la Delegación o UMAE de las cuales depende la unidad médica.  |
| 2   | <b>Folio</b> 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   | <b>Fecha</b> 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   | <b>Unidad Médica</b> La clave presupuestal, el tipo, número y su localidad. (Ejem. UMF 4, San Mateo del Mar, Oax.).   |
| 5   | <b>Paciente</b> 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   | <b>Servicio que deriva</b> 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   | <b>Tipo de servicio</b> 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   | <b>Motivo de subrogación</b> CS: carencia del servicio, FP: falta de personal, FE: falta de equipo o equipo descompuesto, FI: falta de insumos.   |
| 9   | <b>Ramo de seguro que se afecta</b> 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  | <b>Tipo de subrogación</b> 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  | <b>Vigencia de derechos</b> 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  | <b>Diagnóstico y Resumen clínico</b> 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  | <b>Grupo a subrogar</b> Con una X en el grupo a subrogar que corresponda el estudio a practicar ejemplo: Tomografía pertenece a Auxiliares de Diagnostico Gabinete.   |
| 14  | <b>Servicio (s) a subrogar</b> La cantidad y el tipo de servicio que se requiere practicar a la o el paciente para su atención.   |
| 15  | <b>Proveedor</b> 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  | <b>Elaboró</b> Nombre, matrícula y firma de la o el responsable de su elaboración.  |
| 17  | <b>Vo. Bo.</b> Jefe de Servicio Nombre, matrícula y firma.  |
| 18  | <b>Aut. del Director de la Unidad</b> Nombre, matrícula y firma de la o el Director de la unidad médica o de quien él designe.  |
| 19  | <b>Constancia de que el servicio se recibió</b> Datos generales de la o el paciente, familiar o responsable que firmará después de recibir el SS.   |



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

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

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



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

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

Anexo 2 (dos)

“Propuesta Técnica de “El Proveedor” y Asignación”



Anexo T 0 (T-cero)  
 Oferta Técnica

Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada

Participante: CORPORATIVO DE HOSPITALES SA DE CV

Unidad de Hemodiálisis Subrogada	GABINETE DE DIAGNOSTICO COVADONGA (UNIDAD DE HEMODIALISIS COVADONGA VERACRUZ)		
Domicilio:	AV. RICARDO FLORES MAGON LOTE 21-11 Y LOTE 21-A ESQ. PEREZ ABASCAL COL. IGNACIO ZARAGOZA C.P.: 91910		
	Teléfono: 2298609812-13-14	Ext:	
Municipio/Alcaldía:	VERACRUZ	Estado:	VERACRUZ
Horario de Atención:	00:00AM-23:59PM		

Nombre Médico Nefrólogo:	[REDACTED]
Número de Cédula Profesional	[REDACTED]

Unidad de Hemodiálisis Subrogada	Total m <sup>2</sup>	Se ubica dentro de un Hospital		
a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris)	396.92	Si	No	
b) Número de máquinas de Hemodiálisis	Total	Máquinas de Hemodiálisis		
		Sero positivo/COVID	Sero negativo	
		63	2	61

Equipamiento	Marca (s):	Modelo (s):
Máquina de Hemodiálisis	B.BRAUN AVITUM AG	DIALOG+
Sistema de tratamiento de agua	JIMAJA	VXL
Equipo de reprocesamiento automático de dializadores (en caso de usarlo)		

Cuenta con:	
Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General (Anexar documento)	No Certificado
EN PROCESO	



Poniente 7 No. 459 Orizaba, Ver. Tel./Fax: (272) 725 0867  
 Av. 9 No. 1415, Córdoba, Ver. Tel./Fax: (271) 714 55 20  
 Av. Flores Magón Esq. Pérez Abascal Tel/Fax: 01 (229) 980 88 12  
 www.corporativodehospitales.com.mx

*[Handwritten signature and date 10/5]*

ELIMINADO: NOMBRE, N° DE CEDULA PROFESIONAL  
 FUNDAMENTO LEGAL: ARTS. 115 PARRAFO PRIMERO Y 120 DE LA LGTAIP  
 MOTIVACION: SE CONSIDERA INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICADA O IDENTIFICABLE, CUYA DIFUSION PUEDE AFECTAR LA ESFERA JURIDICA DE LA MISMA





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

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00



**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	SI		121330051250004
Licencia Sanitaria	si		23-SH-30-193-0002

Responsable Sanitario	Nombre	Número de Folio
De la Unidad de Hemodiálisis		

Fecha: 15 DE AGOSTO DE 2025

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

[Redacted signature area]

ELIMINADO: NOMBRE; N° DE CEDULA PROFESIONAL  
 FUNDAMENTO LEGAL: ARTS. 115 PARRAFO PRIMERO Y 120 DE LA LGTAIP  
 MOTIVACION: SE CONSIDERA INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICADA O IDENTIFICABLE, CUYA DIFUSION PUEDE AFECTAR LA ESFERA JURIDICA DE LA MISMA



Poniente 7 No. 459 Ortzaba, Ver. Tel./Fax: (272) 725 08 67  
 Av. 9 No. 1415, Córdoba, Ver. Tel./Fax: (271) 714 55 20  
 Av. Flores Magón Esq. Pérez Abascal Tel/Fax: 01 (229) 980 89 12  
 www.corporativodehospitales.com.mx

*1975*

L.A.N.I. MLVA/L.D. AGL/L.A.PMPB

DEPARTAMENTO DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00



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 Participante
1	Descripción (se describen para presentación de oferta técnica)	
2	060.345.0149 Para hemodiálisis, pediátrico. Inserción en subclavia, yugular o femoral, doble lumen. Contiene: Una cánula, Una jeringa de 5 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	<b>Catéter para Hemodiálisis PEDIÁTRICO SMART Equipos de Biomedicina de México, S.A. de C.V.</b> Registro Sanitario: 972C94 SSA Catálogo: No. 150P090DLECEP  Equipo para hemodiálisis, <u>pediátrico</u> . 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 de 8 a 10 Fr, longitud de 130 a 150 mm, con obturador, un dilatador y extensiones curvas. Estéril y desechable. Tipo: mahurkar.
3	060.345.2301 Para hemodiálisis. Adulto. De inserción en subclavia, yugular o femoral doble lumen, incluye: Una cánula, Una jeringa de 5 ml, Una guía de acero inoxidable. 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	<b>Catéter para Hemodiálisis ADULTO SMART Equipos de Biomedicina de México, S.A. de C.V.</b> Registro Sanitario: 972C94 SSA Catálogo: No. 200P115DLECEP  Equipo para hemodiálisis <u>Adulto</u> . Inserción en subclavia, 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 185 a 205 mm con obturador y un dilatador con extensiones curvas. Estéril y desechable. Tipo: mahurkar.



Poniente 7 No. 459 Orizaba, Ver. Tel./Fax: (272) 725 08 67  
 Av. 9 No. 1415, Córdoba, Ver. Tel./Fax: (271) 714 55 20  
 Av. Flores Magón Esq. Pérez Abascal Tel/Fax: 01 (229) 980 89 12  
 www.corporativodehospitales.com.mx

*Handwritten signature and date 19/76*

L.A.N.I. MLVA/L.D. AGL/L.A.PMPB

DEPARTAMENTO DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00



4	<p>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</p>	<p><b>Catéter PERMANENTE para Hemodiálisis ADULTO EVOLUTION</b>  <b>Equipos de Biomedicina de México, S.A. de C.V.</b>          Registro Sanitario: <b>0439C2006 SSA</b>          Catálogo: <b>No. 320S125DLEP</b></p> <p>Catéter permanente, para hemodiálisis. <b>Tamaño adulto.</b> 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</p>
5	<p>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.</p>	<p><b>Catéter PERMANENTE para Hemodiálisis PEDIATRICO EVOLUTION</b>  <b>Equipos de Biomedicina de México, S.A. de C.V.</b>          Registro Sanitario: <b>0439C2006 SSA</b>          Catálogo: <b>No. 280S125DLEP</b></p> <p>Catéter permanente, para hemodiálisis. <b>Tamaño pediátrico.</b> 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</p>



Unidades de Hemodiálisis  
 Poniente 7 No. 459 Orizaba, Ver. Tel./Fax: (272) 725 08 67  
 Av. 9 No. 1415, Córdoba, Ver. Tel./Fax: (271) 714 55 20  
 Av. Flores Magón Esq. Pérez Abascal Tel/Fax: 01 (229) 980 89 12  
 www.corporativodehospitales.com.mx

1975



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00



6	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano o pte estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 5 mm., de diámetro	<b>Injerto tubular y anillado GORE – TEX Prótesis Arteriales.</b> Registro Sanitario: 1722C85 SSA Catalogo: SRRT05030040L
7	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano o pte estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 6 mm., de diámetro	<b>Injerto tubular y anillado GORE – TEX Prótesis Arteriales.</b> Registro Sanitario: 1722C85 SSA Catalogo: SRRT06060080L
8	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano o pte estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 8 mm., de diámetro	<b>Injerto tubular y anillado GORE – TEX Prótesis Arteriales.</b> Registro Sanitario: 1722C85 SSA Catalogo: SRRT08040050L

**ATENTAMENTE**  
 ULISES MEJIA LADRON DE GUEVARA  
 REPRESENTANTE LEGAL



Poniente 7 No. 459 Orizaba, Ver. Tel./Fax: (272) 725 08 67  
 Av. 9 No. 1415, Córdoba, Ver. Tel./Fax: (271) 714 55 20  
 Av. Flores Magón Esq. Pérez Abascal Tel/Fax: 01 (229) 980 89 12  
 www.corporativodehospitales.com.mx

19/5

L.A.N.I. MLVA/L.D. AGL/L.A.PMPB

DEPARTAMENTO DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS



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

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA


CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00



Anexo T 2 (T-dos)

E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO

No.	Descripción	Propuesta del participante
1	Reclinables que logren un decúbito dorsal adecuado para procedimientos médicos durante la sesión.	<p><b>Sillón LIKAMED reclinable</b>            Marca LIKAMED / Modelo: SEMA</p> <p>Folleto Sillón LIKASEMA pag 1-4</p> <p>Registro Sanitario: No requiere de acuerdo al DOF fechado el 22/12/2014</p>
2	Seguros para el paciente y personal de enfermería	
3	Vida media promedio de uso de un año	
4	De fácil limpieza	
5	Ergonómicamente diseñado que permita el trendelemburg por cada máquina	
6	Con sistema de freno con aletas laterales en ambos lados.	

  
 REPRESENTANTE LEGAL



Oriente 7 No. 459 Orizaba, Ver. Tel./Fax: (272) 725 08 67  
 Av. 9 No. 1415, Córdoba, Ver. Tel./Fax: (271) 714 55 20  
 Av. Flores Magón Esq. Pérez Abascal Tel/Fax: 01 (229) 980 89 12  
 www.corporativodehospitales.com.mx

1975



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00



Anexo T 2 (T-dos)

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DE PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA

Descripción	Propuesta del licitante
<p>1</p> <p>EQUIPO ELECTRO HIDRAULICO QUE OPERA A BASE DE DIFERENTES FILTROS, RESINAS Y MEMBRANAS PARA ELIMINAR LAS IMPUREZAS QUÍMICAS Y MICROBIOLÓGICAS DEL AGUA QUE SE UTILIZA PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE HEMODIÁLISIS SEGÚN LA NOM-003-SSA3-2010 PARA SER UTILIZADA EN HOSPITALES.</p>	<p>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 hospitales con certificación FDA.</p> <div data-bbox="911 848 1396 936" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><b>Se oferta:</b></p> <p>Se oferta: <b>Sistema Osmosis Inversa modelo VXL JIMAJA</b></p> </div> <div data-bbox="911 977 1396 1058" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Referencia: Guía Mecánica para Planta de Tratamiento de Agua          Numeral: 1</p> </div>
<p>2</p> <p>INTERCONECTADA CON TUBERIA DE PVC CEDULA 80 GRADO SANITARIO DE FACIL ACCESO PARA LABORES DE MANTENIMIENTO</p>	<p>2.- Interconectada con tubería de PVC cédula 80.</p> <div data-bbox="911 1150 1396 1232" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Referencia: Guía Mecánica para Planta de Tratamiento de Agua          Numeral: 2</p> </div>
<p>3</p> <p>CON VÁLVULAS DE MUESTREO DE AGUA A LA SALIDA DE CADA SISTEMA FILTRANTE.</p>	<p>3.- Con válvulas de muestreo de agua a la salida de cada etapa filtrante.</p> <div data-bbox="911 1310 1396 1391" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Referencia: Guía Mecánica para Planta de Tratamiento de Agua          Numeral: 3 / Manual Pág. 6, punto 9 y 10</p> </div>
<p>4</p> <p>CON MANOMETROS DE ACERO INOXIDABLE DE FACIL LECTURA, INSTALADOS EN EL TRAYECTO DE LA RED DEL PRETRATAMIENTO.</p>	<p>4.- Con manómetros de acero inoxidable de fácil lectura instalados a la salida de cada etapa filtrante.</p> <div data-bbox="911 1504 1396 1586" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Referencia: Guía Mecánica para Planta de Tratamiento de Agua          Numeral: 4 / Manual Pág 5 / Punto 2 a 4</p> </div>



Poniente 7 No. 459, Orizaba, Ver. Tel./Fax: (272) 728 08 67  
 Av. 9 No. 1415, Córdoba, Ver. Tel./Fax: (271) 714 55 20  
 Av. Flores Magón Esq. Pérez Abascal Tel/Fax: 01 (229) 980 89 42  
 www.corporativodehospitales.com.mx

*Handwritten signature and date 19/76*



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00



<p>5          CON BOMBA CENTRIFUGA MULTITAPA, CON SISTEMA HIDRONEUMÁTICO QUE GARANTICE LA PRESIÓN DE AGUA SUFICIENTE PARA EL TRABAJO ADECUADO DE LA PLANTA, CONIMPULSOR DE PLÁSTICO O ACEROINOXIDABLE.</p>	<p>5- Con Bomba centrífuga multietapa, con sistema hidroneumático, que garantice la presión de agua suficiente para el trabajo adecuado de la planta. Con impulsor de plástico o acero inoxidable.</p> <p>Referencia: Guía Mecánica para Planta de Tratamiento de Agua          Numeral: 5 / Manual Pág 6 / punto 12</p>
<p>6          CON FILTRO SEDIMENTADOR AUTOMÁTICO PARA ELIMINACIÓN DE PARTÍCULAS ASENTADAS O SUSPENDIDAS MAYOR A 5 MICRAS.</p>	<p>6.- Con filtro sedimentador automático para eliminación de partículas asentadas o suspendidas de hasta 10 micrómetros de diámetro.</p> <p>Referencia: Guía Mecánica para Planta de Tratamiento de Agua          Numeral: 6 / Manual Pág. 18 / punto 1</p>
<p>7          CON FILTROS DE CARBON ACTIVADO, MANUALES O AUTOMÁTICOS PARA LA EUMINACION DE COLOR OLOR, SABOR Y COMO PRINCIPAL FUNCION RETENCION DE CLORO Y CLOROAMINAS PARA CON ELLO ASEGURAR UNA CONCENTRACION NO MAYOR DE 0. 1 PARTES POR MILLON</p>	<p>7.- 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.</p> <p>Referencia: Guía Mecánica para Planta de Tratamiento de Agua          Numeral: 7 / Manual Pág 18 / punto 2</p>
<p>8          CON FILTROS Y SUAVIZADORES AUTOMATICOS PARA REGENERACION DE RESINA POR MEDIO DE SOLUCIÓN DE SALMUERA, CON TANQUE PARA PREPARACIÓN DE SALMUERA, PARA ELIMINACION 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.</p>	<p>8.- Con 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.</p> <p>Referencia: Guía Mecánica para Planta de Tratamiento de Agua          Numeral: 8 / Manual Pág. 18 / punto 3</p>
<p>9          CON EQUIPO DE OSMOSIS INVERSA CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:</p>	<p>9-Con ósmosis inversa:</p> <p>Referencia: Manual Sistema Osmosis VHL JIMAJA          Página: Manual Página 5 / punto 8</p>



Poniente 7 No. 459 Orizaba, Ver. Tel./Fax: (272) 725 08 67  
 Av. 9 No. 1415, Córdoba, Ver. Tel./Fax: (271) 714 55 20  
 Av. Flores Magón Esq. Pérez Abascal Tel/Fax: 01 (229) 980 89 12  
 www.corporativodehospitales.com.mx

*Handwritten signature and date 19/75*



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00



9.1	CON MOTOR DE ACEROINOXIDABLE	9.1.- Motor con impulsor de acero inoxidable o plástico. Referencia: <b>Manual Sistema Osmosis VHL JIMAJA</b> Página: Manual Pág. 6
9.2	CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN DE LOS LITROS NECESARIOS DE AGUA TRATADA DE ACUERDO AL NÚMERO DE MAQUINAS INSTALADAS, GARANTIZADA CON ANÁLISIS QUÍMICOS MICROBIOLÓGICOS DE ACUERDO A NOM-003-SSA3-2010.	9.2.- 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). Referencia: <b>Manual Sistema Osmosis VHL JIMAJA</b> Página: Manual Pág. 14 serie VXL
9.3	CON SISTEMA DE MONITOREO DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS:	9.3.- Con sistema de monitoreo de los siguientes parámetros: Referencia: <b>Manual Sistema Osmosis VHL JIMAJA</b> Página: Manual Pág. 11/ Punto 5
9.3.0	PRESIONES DE TRABAJO DEL EQUIPO	Presión de trabajo del equipo. Referencia: <b>Manual Sistema Osmosis VHL JIMAJA</b> Página: Manual Pág. 5 / punto 1 al 3
9.3.1	MEDICIÓN DEL FLUJO DE AGUA DE DESCARGA.	Medición del flujo de agua de rechazo. Referencia: <b>Manual Sistema Osmosis VHL JIMAJA</b> Página: Manual Pág. 5 / punto 5
9.3.2	MEDICIÓN DEL FLUJO DE AGUA TRATADA	Medición del flujo de agua producto Referencia: <b>Manual Sistema Osmosis VHL JIMAJA</b> Página: Manual Pág. 5 / punto 6
9.3.3	MEDICIÓN DEL FLUJO DE AGUA DE RECIRCULACIÓN	Medición del flujo de agua de recirculación. Referencia: <b>Manual Sistema Osmosis VHL JIMAJA</b> Página: Manual Pág. 5 / punto 7



Unidades de Hemodialisis  
**Covadonga**  
 Orizaba - Córdoba - Veracruz  
 Poniente 7 No. 459 Orizaba, Ver. Tel./Fax: (272) 725 08 67  
 Av. 9 No. 1415, Córdoba, Ver. Tel./Fax: (271) 714 55 20  
 Av. Flores Magón Esq. Pérez Abascal Tel/Fax: 01 (229) 980 89 12  
 www.corporativodehospitales.com.mx

*Handwritten signature and date 19/5*



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00



9.1	CON MOTOR DE ACEROINOXIDABLE	9.1.- Motor con impulsor de acero inoxidable o plástico.  Referencia: Manual Sistema Osmosis VHL JIMAJA Página: Manual Pág. 6
9.2	CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN DE LOS LITROS NECESARIOS DE AGUA TRATADA DE ACUERDO AL NÚMERO DE MAQUINAS INSTALADAS, GARANTIZADA CON ANÁLISIS QUÍMICOS MICROBIOLÓGICOS DE ACUERDO A NOM-003-SSA3-2010.	9.2.- 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).  Referencia: Manual Sistema Osmosis VHL JIMAJA Página: Manual Pág. 14 serie VXL
9.3	CON SISTEMA DE MONITOREO DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS:	9.3.- Con sistema de monitoreo de los siguientes parámetros:  Referencia: Manual Sistema Osmosis VHL JIMAJA Página: Manual Pág. 11/ Punto 5
9.3.0	PRESIONES DE TRABAJO DEL EQUIPO	Presión de trabajo del equipo.  Referencia: Manual Sistema Osmosis VHL JIMAJA Página: Manual Pág. 5 / punto 1 al 3
9.3.1	MEDICIÓN DEL FLUJO DE AGUA DE DESCARGA.	Medición del flujo de agua de rechazo.  Referencia: Manual Sistema Osmosis VHL JIMAJA Página: Manual Pág. 5 / punto 5
9.3.2	MEDICIÓN DEL FLUJO DE AGUA TRATADA	Medición del flujo de agua producto  Referencia: Manual Sistema Osmosis VHL JIMAJA Página: Manual Pág. 5 / punto 6
9.3.3	MEDICIÓN DEL FLUJO DE AGUA DE RECIRCULACIÓN	Medición del flujo de agua de recirculación.  Referencia: Manual Sistema Osmosis VHL JIMAJA Página: Manual Pág. 5 / punto 7



Poniente 7 No. 459 Orizaba, Ver. Tel./Fax: (272) 725 08 67  
 Av. 9 No. 1415, Córdoba, Ver. Tel./Fax: (271) 714 55 20  
 Av. Flores Magón Esq. Pérez Abascal Tel/Fax: 01 (229) 980 89 12  
 www.corporativodehospitales.com.mx

*Handwritten signature and date: 19/05*



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00



11	CON BOMBA CENTRIFUGA MULTITAPA QUE GARANTICE LA PRESION DE AGUA SUFICIENTE PARA EL TRABAJO ADECUADO DE LAS MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS CONIMPULSOR DE PLÁSTICO O ACERO INOXIDABLE.	11 Con Bombas de distribución en acero inoxidable (centrifugas multietapas) que garantice la presión de agua suficiente para el trabajo adecuado de las maquinas de hemodiálisis .  Referencia: Guía Mecánica para Planta de Tratamiento de Agua Numeral: 11
12	CON LAMPARA DE LUZ ULTRAVIOLETA PARA ELIMINACION DE BACTERIAS, UNA INSTALADA DESPUÉS DEL TANQUE ALMACENADOR CON CAPACIDAD DE MANEJO DEL FLUJO DE AGUA NECESARIO PARA LA ALIMENTACIÓN DE AGUA DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.	12 Con lampara de Luz ultravioleta para eliminación de Bacterias, instalada después del tanque almacenador con capacidad de manejo de flujo de agua necesario para la alimentación de agua de la unidad de hemodiálisis.  Referencia: Guía Mecánica para Planta de Tratamiento de Agua Numeral: 12
13	CON ULTRAFILTROS PARA LA RETENCIÓN DE ENDOTOXINAS EN UNA CANTIDAD>98.0%, COLOIDES>98.0%, BACTERIAS>98.0%, PARA AGUA TRATADA, FILTRO ABSOLUTO DE .22 MICRAS	13 Con filtros para la retención de endotoxinas coloides y bacterias > 99.99%,o.22 micras.  Referencia: Guía Mecánica para Planta de Tratamiento de Agua Numeral: 13
14	RED DE DISTRIBUCIÓN DEL AGUA TRATADA CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS :	14 Red de distribución de agua tratada en material PVC cedula 80 grado sanitario con flujo constante  Referencia: Guía Mecánica para Planta de Tratamiento de Agua. Numeral: 14 / Manual Pág. 18
14.1	QUE MANTENGA EN FORMA CONTINUA EL FLUJO DE AGUA DE RECIRCULACIÓN (LOOP).	14.1 Que mantenga en forma continua el flujo de agua de recirculación (Loop)  Referencia: Guía Mecánica para Planta de Tratamiento de Agua Numeral: 14 / Manual Pág. 18
14.2	DE MATERIAL P.V .C. CÉDULA 80,GRADO SANITARIO	14.2 De Material de P.V.C de Cédula 80, Grado Sanitario  Referencia: Guía Mecánica para Planta de Tratamiento de Agua Numeral: 14



Poniente 7 No. 459 Orizaba, Ver. Tel./Fax: (272) 725 08 67  
 Av. 9 No. 1415, Córdoba, Ver. Tel./Fax: (271) 714 55 20  
 Av. Flores Magón Esq. Pérez Abascal Tel/Fax: 01 (229) 980 89 12  
 www.corporativodehospitales.com.mx

*Handwritten signature and date: 29/75*



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00



14.3	CON MANÓMETRO DE ACEROINOXIDABLE	14.3 Con manómetro de Acero Inoxidable Referencia: Guía Mecánica para Planta de Tratamiento de Agua Numeral: 14.3 / Manual Pág. 11
14.4	CON LAS SUFICIENTES LLAVES DE SALIDA DE TIPO BOLA, PARA ALIMENTAR LOS EQUIPOS DE HEMODIÁLISIS	14.4 Con llaves de salida tipo bola, para alimentar los equipos de hemodiálisis Referencia: Guía Mecánica para Planta de Tratamiento de Agua Notas Numeral: 14.4
14.5	CON LAS LLAVES DE SALIDA NECESARIAS DE ACUERDO AL NUMERO DE MAQUINAS DE HEMODIALISIS EXCLUSIVAS PARA EL AGUA PARA PREPARAR EL BICARBONATO CON SISTEMA QUE NO DISMINUYA EL FLUJO Y LA PRESIÓN DE AGUA PARA LAS MÁQUINAS.	14.5 Con las llaves de salida necesarias de acuerdo al número de máquinas de hemodiálisis exclusivas para el agua para preparar del bicarbonato con sistema que nos disminuye el flujo y la presión de agua para las máquinas Referencia: Guía Mecánica para Planta de Tratamiento de Agua Numeral: 14.5
15	INSTALACIÓN	15 Instalación Referencia: Manual Sistema Osmosis VHL JIMAJA Página: 15 Referencia: Guía Mecánica para Planta de Tratamiento de Agua Numeral: 15 / Manual Pág. 15
15.1	ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA 110 V 60 HZ O 220 V, 60 HZ	15.1 Alimentación eléctrica 110 V, 60 Hzo 220V, 60 HZ Referencia: Manual Sistema Osmosis VHL JIMAJA Página: 15 Referencia: Guía Mecánica para Planta de Tratamiento de Agua Numeral: 15.1
15.2	TOMA DE AGUA	15.2 Toma de Agua. Suministro de agua cruda Referencia: Manual Sistema Osmosis VHL JIMAJA Página: 15 Referencia: Guía Mecánica para Planta de Tratamiento de Agua Numeral: 15.2



Poniente 7 No. 459 Orizaba, Ver. Tel./Fax: (272) 725 08 67  
 Av. 9 No. 1415, Córdoba, Ver. Tel./Fax: (271) 714 55 20  
 Av. Flores Magón Esq. Pérez Abascal Tel/Fax: 01 (229) 980 89 12  
 www.corporativohospitales.com.mx

*Handwritten signature and date 19/75*



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00



15.3

DRENAJE

15.3 Drenaje centralizado

Referencia: **Manual Sistema Osmosis VHL JIMAJA**

Página: 15

Referencia: Guía Mecánica para Planta de  
 Tratamiento de Agua

Numeral: 15.3

16

OPERACIÓN  
 MANUAL DE OPERACIÓN EN ESPAÑOL

16. Operación, Manual de operación en Español

Referencia: **Manual Sistema Osmosis VHL JIMAJA**

Página: Manual completo

ATENTAMENTE

ULISES MEJIA LADRON DE GUEVARA  
 REPRESENTANTE LEGAL



Poniente 7 No. 459 Orizaba, Ver. Tel./Fax: (272) 725 08 67  
 Av. 9 No. 1415, Córdoba, Ver. Tel./Fax: (271) 714 55 20  
 Av. Flores Magón Esq. Pérez Abascal Tel/Fax: 01 (229) 980 89 12  
 www.corporativodehospitales.com.mx

1975

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO	ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA  AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025 SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS SUBROGADA
	<b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b>	CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

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

Participante:	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 <sup>2</sup>	Se ubica dentro de un Hospital	
		Si	No
a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris)			
	Total Máquinas	Sero positivo	Sero negativo
b) Número de máquinas de Hemodiálisis			
Metros Cuadrados por máquina de hemodiálisis (a/b)			
Marca (s):			
Modelo (s):			



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

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	<b>Instalaciones físicas</b>				
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Cuentan con recipientes rojos rígidos herméticos para residuos peligrosos punzo cortantes, en su caso con bolsas de color rojo y/o amarillo translúcido.</li> <li>Que los botes para basura municipal cuenten con bolsas y no se encuentren en ellos residuos peligrosos biológicos infecciosos.</li> </ul>	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 necesarios para la adecuada circulación.	O			
1.11	Existe una adecuada distribución y separación de los lugares para efectuar la hemodiálisis y facilitar la vigilancia de la central de enfermería.	I			
1.12	El establecimiento de atención médica cuenta con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y está ubicada en lugares visibles al público.	O			
2	<b>Área de tratamiento dialítico por cada estación- paciente (Unidad)</b>				
2.1	Riñón artificial	I			
2.2	El área mínima para una máquina y sillón clínico será de 3.0 m <sup>2</sup> 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 oxígeno con los accesorios necesarios para su utilización ( puntas nasales, mascarillas)	I			



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

No.	Especificación o criterio a verificar	P	SC	NC	NA
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	<b>Área de lavado y Esterilización</b>				
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	<b>Área de tratamiento de agua para hemodiálisis</b>				
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	<b>Servicios Auxiliares</b>				
5.1	Planta eléctrica de emergencia con capacidad para el abastecimiento de la unidad.	I			
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	<b>Manuales y Registros</b>				
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	<b>Mantenimiento preventivo y correctivo</b>				
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 específica	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			



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

No.	Especificación o criterio a verificar	P	SC	NC	NA
<b>8</b>	<b>Equipamiento de la unidad de hemodiálisis</b>				
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			
<b>9</b>	<b>Área de consulta médica/Sala de procedimientos para las unidades que no se encuentren dentro de un hospital.</b>				
9.1	Mesa de exploración	I			
9.2	Báscula	I			
9.3	Esfigmomanómetro.	I			
9.4	Estetoscopio	I			
9.5	Negatoscopio	O			
9.6	Carro de curaciones	I			
9.7	Tripiés rodables	O			
9.8	Bancos	O			
9.9	Bancos de altura	O			
9.10	Estuche de diagnóstico	O			
<b>10</b>	<b>Recursos Humanos</b>				
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			
<b>11</b>	<b>Insumos</b>				
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			
<b>12</b>	<b>Comités</b>				
12.1	Se cuenta con un Comité y registro de infecciones dentro del establecimiento de atención médica de hemodiálisis.	O			
<b>POR EL INSTITUTO</b>		<b>POR LA UNIDAD DE HEMODIALISIS SUBROGADA</b>			
<b>JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS O DIRECTOR DE UMAE</b>		<b>NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS</b>			
<b>VERIFICADOR POR EL INSTITUTO</b>		<b>PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS</b>			
<b>NOMBRE Y FIRMA</b>					



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

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

### 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 agua, de la planta de tratamiento y máquinas de hemodiálisis.			Validar el resultado de las pruebas bacteriológicas de la calidad del agua.	
6	Sanitización del sistema de agua tratada.			Documento que exhibe el registro de sanitizaciones realizadas al sistema de tratamiento de agua para hemodiálisis y debe contener la fecha, nombre y firma de quien lo efectuó.	
7	Copia de certificado de especialización, cédula profesional del médico nefrólogo responsable de la unidad			Verificar copia de certificado de especialización y cédula profesional del médico nefrólogo responsable de la unidad del médico nefrólogo.	
8	Copia de títulos o certificados que			Verificar copia de títulos o certificados que	



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

**CONTRATO No. SEIA25311002-0049**

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

No.	Criterio a verificar	Si cumple	No cumple	Instrucciones para el supervisor	Observaciones
	comprueben estudios de enfermería.			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 pacientes según tipo de serología positiva			Validar registro de pacientes según tipo de serología positiva	
13	Registro de pacientes con seroconversión			Validar registro de pacientes con seroconversión	
14	Cumplimiento de lavado de manos por parte del personal de enfermería.			Documento que demuestre capacitación en el lavado de manos	
15	Al ingreso al tratamiento de hemodiálisis, los pacientes deberán ingresar con indumentaria limpia, sin objetos que ocasionen contaminación durante la sesión de hemodiálisis			Verificar al ingreso de los pacientes al área gris del tratamiento de hemodiálisis no traigan objetos que pudieran contaminar durante el proceso del tratamiento.	

**POR EL INSTITUTO**

**NOMBRE Y FIRMA**  
**JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS**  
**/ DIRECTOR DE UMAE**

**VERIFICADOR POR EL INSTITUTO**

**NOMBRE Y FIRMA**

**POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**

**NOMBRE Y FIRMA**  
**DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS**

**PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS**

**NOMBRE Y FIRMA**



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

**CONTRATO No. SEIA25311002-0049**

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

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

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

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_

PROVEEDOR:	UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA:
	NÚMERO DE CONTRATO:

AÑO:	PRUEBAS BIOLÓGICAS (BIMESTRAL)		PRUEBAS QUÍMICAS (ANUAL)	
	MES	FECHA MÁXIMA DE ENTREGA	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**



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA  
 AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025  
 SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA  
 CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

**CONTRATO No. SEIA25311002-0049**

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

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

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_

PROVEEDOR:	UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA:
	NÚMERO DE CONTRATO:

AÑO:	CATÉTER PERMANENTE	CATÉTER TEMPORAL	TOTAL
MES	CANTIDAD	CANTIDAD	
ENERO			
FEBRERO			
MARZO			
ABRIL			
MAYO			
JUNIO			
JULIO			
AGOSTO			
SEPTIEMBRE			
OCTUBRE			
NOVIEMBRE			
DICIEMBRE			

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

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

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

DOMICILIO EN DONDE PRESTARÁ EL SERVICIO EL PROVEEDOR: AV. FLORES MAGÓN, SANTOS ABASCAL ESQUINA, IGNACIO ZARAGOZA, C.P. 91910, VERACRUZ, VERACRUZ

L.A.N.I. MLVA/L.D. AGL/L.A.PMPB  
 DEPARTAMENTO DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS





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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

gov.mx

Corrección Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

**Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o Baja**

Nombre del formato: FF-COFEPRIS-02  
 Número de RUFA: [ ]

Uso exclusivo de la COFEPRIS  
 Número de ingreso: 31500 85 36X 1184  
 CIB-35411-1273-2021

Antes de llenar este formato los candidatos al contrato, la guía y el listado de documentos anexos.  
 Llenar con letra de modo legible o a máquina o a computadora.  
 Si formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave: COFEPRIS-05-036 Nombre: Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario del Establecimiento de Servicios de Salud.  
 Modalidad: [ ]

2. Datos del propietario

Persona física

RFC: [ ]  
 CURP: [ ]  
 Nombre(s): [ ]  
 Primer apellido: [ ]  
 Segundo apellido: [ ]  
 Lado: [ ]  
 Teléfono: [ ]  
 Extensión: [ ]  
 Correo electrónico: [ ]

Persona moral

RFC: CH0430409K00  
 Denominación o razón social: Corporativo de Hospitales, S. A. de C. V.  
 Representante legal o apoderado que solicita el trámite  
 RFC: MEL1780804E54  
 CURP: MELU590804HDFJDL00  
 Nombre(s): Ulises  
 Primer apellido: Mejía  
 Segundo apellido: Ledón de Guevara  
 Lado: 271  
 Teléfono: 71 4 55 20  
 Extensión: 502  
 Correo electrónico: ad@guerradongit.com

Domicilio fiscal del propietario

Código postal: 94300  
 Tipo y nombre de vía: Calle Sur 5  
 Número: 368 Número interior: [ ]  
 Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Colonia Centro  
 Localidad: Orizaba  
 Municipio o alcaldía: Orizaba  
 Entidad Federativa: Veracruz de Ignacio de la Llave  
 Entre vía principal (tipo y nombre): Avenida Oriente 6  
 Y vía secundaria (tipo y nombre): Avenida Oriente 6  
 Vía posterior (tipo y nombre): Calle Sur 7  
 Lado: 373  
 Teléfono: 72 5 50 19  
 Extensión: 155

"De conformidad con los artículos 4 y 69-B, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)"



Contacto:  
 Calle Oklahoma No. 14, colonia Nipoatlán,  
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
 C.P. 03610.  
 Teléfono 01-800-093-5000  
 contacto@cofepris.gob.mx

Página 1 de 11



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

gov.mx

002

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

3. Datos del establecimiento

RPC: **CHO630403KE0** Denominación o razón social: **Unidad de Hemodiálisis Covadonga Veracruz**

Indique la clave y descripción del giro que corresponde al establecimiento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte:

Clave SCIAN: **821910** Descripción del SCIAN: **Servicios de ambulancias**

Nota: Si el espacio es insuficiente para las claves SCIAN añada las regiones necesarias.

Horario de operaciones

de	08:00	h	23:00			
de	08:00	h	23:00			
D	L	M	J	V	S	S

Fecha de inicio de operaciones: **08 / 09 / 2021**

Domicilio del establecimiento

Código postal: <b>91910</b>	Localidad: <b>Veracruz</b>
Tipo y nombre de vía: <b>Avenida Ricardo Flores Magón</b>	Municipio o estado: <b>Veracruz</b>
Número exterior: <b>21 11</b> Número interior:	Entidad Federativa: <b>Veracruz de Ignacio de la Llave</b>
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: <b>Colonia Ignacio Zaragoza</b>	Entre vía: <b>Calle Santos Pérez Abascal</b>
	Y vía: <b>Calle Horacio Díaz Correa</b>
	Vía posterior: <b>Avenida Víctimas del 5 y 6 de Julio</b>
	Lado: <b>229</b>
	Teléfono: <b>986913</b>
	Extensión: <b>240</b>

Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s)

Representante legal		Persona autorizada	
CURP (obligatorio):		CURP (obligatorio):	
Nombre(s):	<b>Ulises</b>	Nombre(s):	<b>Ricardo Julio</b>
Primer apellido:	<b>Ngila</b>	Primer apellido:	<b>Fernández</b>
Segundo apellido:	<b>Ladrón de Guevara</b>	Segundo apellido:	<b>Moreno</b>
Lado:	<b>271</b>	Lado:	<b>271</b>
Teléfono:	<b>71 4 95 20</b>	Teléfono:	<b>71 4 95 20</b>
Extensión:	<b>592</b>	Extensión:	<b>514</b>
Correo electrónico:	<b>sd@covadongah.com</b>	Correo electrónico:	<b>dashdani@covadongah.com</b>

Nota: Reproducir los cuadros de representante(s) legal(es) y/o persona(s) autorizada(s), tantas veces como sea necesario.

MEXICO COFOPRIS

Contacto:  
 Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles,  
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
 C.P. 03610.  
 Teléfono 01-505-033-5050  
 contacto@cofopris.gob.mx

Página 2 de 11



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

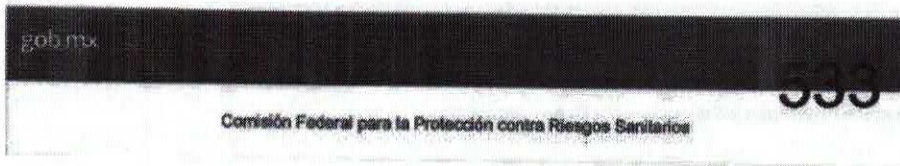
ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00



Representante legal		Persona autorizada	
CURP (obligado):		CURP (obligado):	
Nombre(s):		Nombre(s):	Gerson
Primer apellido:		Primer apellido:	Vera
Segundo apellido:		Segundo apellido:	Rivera
Lado:		Lado:	271
Teléfono:		Teléfono:	71 4 65 20
Extensión:		Extensión:	305
Correo electrónico:		Correo electrónico:	fr@covadongah.com

Representante legal		Persona autorizada	
CURP (obligado):		CURP (obligado):	
Nombre(s):		Nombre(s):	
Primer apellido:		Primer apellido:	
Segundo apellido:		Segundo apellido:	
Lado:		Lado:	
Teléfono:		Teléfono:	
Extensión:		Extensión:	
Correo electrónico:		Correo electrónico:	

*Note: Reproducir los cuadros de representante(s) legal(es) y/o persona(s) autorizada(s), tantas veces como sea necesario.*



4. Datos de la ambulancia

Seleccione el tipo de unidad móvil.  
 En caso de alta o baja de la ambulancia utilice la primera tabla.  
 En caso de modificar los datos de la ambulancia utilice la primera tabla para anotar los datos actuales y la segunda tabla para los datos ya modificados.

Primera tabla				Segunda tabla			
<input type="radio"/> Aérea <input type="radio"/> Marítima <input checked="" type="radio"/> Terrestre <input checked="" type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> A modificar				<input type="radio"/> Aérea <input type="radio"/> Marítima <input type="radio"/> Terrestre <input type="radio"/> Ya modificado			
Características	Ambulancia de ciudades intensivas	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslado	Características	Ambulancia de ciudades intensivas	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslado
Marca	MERCEDES BENZ			Marca			
Modelo	2021			Modelo			
Número de placas	AM-035-XX			Número de placas			
Número de motor	49198325664361			Número de motor			



Contacto:  
 Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles,  
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
 C.P. 03810,  
 Teléfono 01-800-033-9250  
 contacto@cofopris.gob.mx



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

gob.mx

534

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

5. Datos del responsable sanitario (excepto para productos y servicios)

En caso de alta o baja del responsable sanitario utilice la primera columna.  
 En caso de modificar los datos del responsable sanitario utilice la primera columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Primera columna		Segunda columna	
Alta	Baja	Ya modificado	
<input checked="" type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	
RFC:	PESF900928MS7	RFC:	
CURP (actual):		CURP (actual):	
Nombre(s):	Francisco Arturo	Nombre(s):	
Primer apellido:	Pérez	Primer apellido:	
Segundo apellido:	Sotomayor	Segundo apellido:	
Lado:	229	Lado:	
Teléfono:	9809913	Teléfono:	
Extensión:	110	Extensión:	
Correo electrónico:	gmgx@covadongah.com	Correo electrónico:	
Con título profesional de:	Médico Cirujano	Con título profesional de:	
Título profesional expedido por:	Universidad Cristóbal Colón	Título profesional expedido por:	
Número de cédula profesional:	9919001	Número de cédula profesional:	
Con especialidad de:		Con especialidad de:	
Título de especialidad expedido por:		Título de especialidad expedido por:	
Número de cédula de la especialidad:		Número de cédula de la especialidad:	
<b>Horario de operaciones</b> D L M N J V S de 09:00 a 18:00 D L M N J V S de 09:00 a 18:00		<b>Horario de operaciones</b> D L M N J V S de 09:00 a 18:00 D L M N J V S de 09:00 a 18:00	
Firma del responsable sanitario: 		Firma del responsable sanitario: 	

SECRETARÍA DE SALUD DE QUERÉTARO

SECRETARÍA DE SALUD DE QUERÉTARO

DIRECCIÓN DE PROFESIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

30 SEP 2021

JURISDICCION SANITARIA MX, VERACRUZ

RECIBIDO

CIERRE AUTOMÁTICO DE TERCEROS

Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja

Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación o actualización



Contacto:  
 Calle Chihuahua No. 14, Colonia Nápoles,  
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
 C.P. 03810.  
 Teléfono 01-800-033-0090  
 contacto@colepris.gob.mx

Página 1 de 1



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

gov.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

6. Datos del producto o servicio nuevo o a modificar

En caso de alta o baja de productos utilice ambas columnas (un producto por columna).  
 En caso de modificar los datos de productos la primera columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Producto o Servicio	Producto o Servicio
<p>1) Solo llenar este apartado en caso de producto:  <input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> A modificar <input type="radio"/> Baja</p> <p>2) Ante la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":            Categoría: <u>Servicios de Salud</u>            Grupo: <u>Otros consultorios para el cuidado de la salud</u>            Subgrupo: <u>Ambulancia</u></p> <p>3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:</p> <p>4) Marca comercial del producto:</p> <p>5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:  <input type="radio"/> Persona física            RFC:            CURP (personas):            Nombre(s):            Primer apellido:            Segundo apellido:            Lado:            Teléfono:            Extensión:            Correo electrónico:  <input type="radio"/> Persona moral            RFC:            Denominación o razón social:</p> <p>6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:  <input type="radio"/> Persona física            RFC:</p>	<p>1) Solo llenar este apartado en caso de producto:  <input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Ya modificado <input type="radio"/> Baja</p> <p>2) Ante la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":            Categoría:            Grupo:            Subgrupo:</p> <p>3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:</p> <p>4) Marca comercial del producto:</p> <p>5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:  <input type="radio"/> Persona física            RFC:            CURP (personas):            Nombre(s):            Primer apellido:            Segundo apellido:            Lado:            Teléfono:            Extensión:            Correo electrónico:  <input type="radio"/> Persona moral            RFC:            Denominación o razón social:</p> <p>6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:  <input type="radio"/> Persona física            RFC:</p>



Contacto:  
 Calle Otilio Montaño No. 14, Colonia Múgica,  
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
 C.P. 03810.  
 Teléfono 01-800-033-9250  
 contacto@cofepris.gob.mx

Página 5 de 11



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

gob.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

**CURP (opcional):**

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Primer apellido: \_\_\_\_\_

Segundo apellido: \_\_\_\_\_

Lado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Extensión: \_\_\_\_\_

Código electrónico: \_\_\_\_\_

Persona moral

RFC: \_\_\_\_\_

Denominación o razón social: \_\_\_\_\_

7) Indique si el producto es nacional o importado:

Nacional  Importado

8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	

**CURP (opcional):**

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Primer apellido: \_\_\_\_\_

Segundo apellido: \_\_\_\_\_

Lado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Extensión: \_\_\_\_\_

Código electrónico: \_\_\_\_\_

Persona moral

RFC: \_\_\_\_\_

Denominación o razón social: \_\_\_\_\_

7) Indique si el producto es nacional o importado:

Nacional  Importado

8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	

Nota: Reproducir el recibo de producto o servicio, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.

**Tabla "A" Proceso**

1. Obtención	6. Conservación	9. Manipulación	13. Almacenamiento a temperatura ambiente
2. Elaboración	8. Mezclado	10. Transporte a temperatura ambiente	14. Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelación
3. Fabricación	7. Acondicionamiento	11. Transporte a temperatura de refrigeración	15. Expedido o suministro al público
4. Preparación	5. Envasado	12. Distribución	

**7. Modificación o actualización de datos para establecimientos**

Seleccione la(s) modificación(es) o actualización(es) que desea realizar.  
 En la tabla "Debe" colocar los datos completos actuales.  
 En la tabla "Debe decir" colocar los datos completos ya modificados.

Tipo de modificación	Debe		Debe decir	
	Persona física		Persona física	
Datos del Propietario	RFC:	_____	RFC:	_____
	CURP (opcional):	_____	CURP (opcional):	_____
	Nombre(s):	_____	Nombre(s):	_____
	Primer apellido:	_____	Primer apellido:	_____
	Segundo apellido:	_____	Segundo apellido:	_____

Contacto:  
 Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles,  
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
 C.P. 03810  
 Teléfono 01-800-033-0080  
 contacto@cofpris.gob.mx

Página 6 de 11



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

gob.mx

537

**Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios**

Lada: Teléfono: Extensión: Correo electrónico: Persona moral RFC: Denominación o razón social:	Lada: Teléfono: Extensión: Correo electrónico: Persona moral RFC: Denominación o razón social:
--	--

Tipo de modificación	Dios	Debe decir
Domicilio del propietario (domicilio fiscal)	Código postal:	Código postal:
	Tipo y nombre de localidad:	Tipo y nombre de localidad:
	<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>	
	Número exterior:	Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	
	<small>(Tip de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros)</small>	
	Localidad:	Localidad:
	Municipio o alcaldía:	Municipio o alcaldía:
	Entidad Federativa:	Entidad Federativa:
	Entre vialidad (por y nombre):	Entre vialidad (por y nombre):
Y vialidad (por y nombre):	Y vialidad (por y nombre):	
Vialidad posterior (por y nombre):	Vialidad posterior (por y nombre):	
Lada:	Lada:	
Teléfono:	Teléfono:	
Extensión:	Extensión:	

Tipo de modificación	Dios	Debe decir
Datos del establecimiento	Persona física	
	RFC:	RFC:
	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Denominación o razón social (de ser el caso):	Denominación o razón social (de ser el caso):
Lada:	Lada:	



Contacto:  
 Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles  
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
 C.P. 03810,  
 Teléfono 01-800-033-6250  
 contacto@cofepris.gob.mx

Página 7 de 11



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

gob.mx 536

**Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios**

Teléfono: Extensión: Correo electrónico: Persona moral	Teléfono: Extensión: Correo electrónico: Persona moral
RFC: Denominación o razón social:	RFC: Denominación o razón social:

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
Domicilio del establecimiento	Código postal:	Código postal:
	Tipo y nombre de vialidad:	Tipo y nombre de vialidad:
	<small>(Por ejemplo: Avenida, bulevar, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</small>	<small>(Por ejemplo: Avenida, bulevar, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</small>
	Número exterior:      Número interior:	Número exterior:      Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
	<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, asentamiento entre otros.)</small>	<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, asentamiento entre otros.)</small>
	Localidad:	Localidad:
	Municipio o alcaldía:	Municipio o alcaldía:
	Entidad Federativa:	Entidad Federativa:
	Entre vialidad tipo y nombre:	Entre vialidad tipo y nombre:
Y vialidad tipo y nombre:	Y vialidad tipo y nombre:	
Vialidad posterior tipo y nombre:	Vialidad posterior tipo y nombre:	
Lado:	Lado:	
Teléfono:	Teléfono:	
Extensión:	Extensión:	
Horario del establecimiento	D L M M J V S de 00:00 a 00:00	D L M M J V S de 00:00 a 00:00
	D L M M J V S de 00:00 a 00:00	D L M M J V S de 00:00 a 00:00
Clave SCIAN y su descripción		

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
Representante legal	CURP (optional):	CURP (optional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:



Contacto:  
 Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles,  
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
 C.P. 03810.  
 Teléfono 01-800-203-5050  
 contacto@colepris.gob.mx

L.A.N.I.-MLVA/L.D. AGL/L.A.PMPB



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

gob.mx

509

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Segundo apellido:		Segundo apellido:	
Lada:		Lada:	
Teléfono:		Teléfono:	
Extensión:		Extensión:	
Correo electrónico:		Correo electrónico:	

Nota: Reproducir el apartado de representante legal, tanto voces como representantes legales tenga notificación o requiera notificar.

Tipo de modificación	Persona autorizada	Nombre:		Apellido:		Apellido:	
CURP (formato):		Nombre:		Apellido:		Apellido:	
Primer apellido:		Primer apellido:		Segundo apellido:		Segundo apellido:	
Segundo apellido:		Segundo apellido:		Lada:		Lada:	
Lada:		Lada:		Teléfono:		Teléfono:	
Teléfono:		Teléfono:		Extensión:		Extensión:	
Extensión:		Extensión:		Correo electrónico:		Correo electrónico:	
Correo electrónico:		Correo electrónico:					

Nota: Reproducir el apartado de personas autorizadas, tanto voces como personas autorizadas tenga notificación o requiera notificar.

Suspensión de actividades       Retiro de actividades       Baja definitiva del establecimiento

De: / / A: / / Fecha: / /

Los datos declarados en este formato serán utilizados en los informes que la empresa registra posteriormente. Asimismo, que para conocer y mantenerlos actualizados.

Declaro bajo protesta decir verdad que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me oponga de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad.

Los datos o anexos pueden contener información confidencial. ¿Está de acuerdo en hacerlos públicos?

Dr. Ulises María Lardón de Guzmán  
 Nombre completo y firma autógrafo del propietario o representante legal

RECIBIDO  
 30 SEP 2021  
 DIRECCIÓN SANITARIA DEL IMASS  
 AVILA DE LA HERRERA  
 CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al Centro de Atención Telefónica de la COFEPRIS, en la Ciudad de México o de cualquier parte del país mediante el número 01-800-633-3050 y en caso de requerir el número de ingreso y seguimiento de su trámite envíelo al área de Transmisión Foránea mediante el correo al 01-800-430-4234.

MÉXICO      COFEPRIS      Coleprias

Contacto:  
 Calle Chihuahua No. 14, Colonia Chapultepec,  
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
 C.P. 06810  
 Teléfono 01-800-633-3050  
 contacto@coleprias.gob.mx

Página 9 de 11



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

gob.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tabla "B" Categoría del producto

Categoría	Proceso	Grupo	Subgrupo	
Productos	Obtención Elaboración Fabricación Preparación Conservación Mezclado Acondicionamiento Envasado Manipulación Transporte a temperatura ambiente Transporte a temperatura de refrigeración Distribución Expedio o suministro al público Almacenamiento a temperatura ambiente Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelación	Alimentos	Carne y sus productos Leche, sus productos y derivados Conservas de baja acidez Conservas acidificadas Leche de la jirca y sus derivados (frescos y congelados) Alimentos congelados Cereales, leguminosas, sus productos y botanas Azúcar y productos de confitería Cacao, café, té y sus derivados Condimentos y aderezos Alimentos preparados (pastales, ensaladas, salsas) Huevo y sus productos Frutas, hortalizas y sus derivados Aceites y grasas comestibles Alimentos industrializados Alimentos biotecnológicos Alimentos deshidratados	
		Suplementos alimenticios	Polvo para preparar bebidas Cápsulas Aguas embotelladas (mineral, mineralizada y/o purificada) Jugos y néctares Bebidas adicionadas con cafeína Bebidas azucaradas Polvo o jarabe para preparar bebidas Bebidas para deportistas Vaino potable Néctar Bebidas congeladas	Táblitas o comprimidos Jarabe
		Bebidas no alcohólicas	Bebidas adionadas con cafeína Bebidas azucaradas Polvo o jarabe para preparar bebidas Bebidas para deportistas Vaino potable Néctar Bebidas congeladas	
		Bebidas alcohólicas	Fermentados Destilados Preparados	Cóctel Licor o crema
		Productos cosméticos	Productos para el cabello Productos de uso facial y/o corporal Productos para los ojos y cejas Productos para manos y uñas Productos para los labios Productos de aromaterapia y aromología (Perfumes y fragancias) Productos especiales para bebés Productos para desinfectar conductos sanitarios Productos para el ambiente Productos para la higiene Productos para la limpieza Productos para protección o acabado lustroso	
		Productos de aseo y limpieza	Productos para el ambiente Productos para la higiene Productos para la limpieza Productos para protección o acabado lustroso	
		Materia prima	Lácteos y derivados Aceites y grasas Féculas, féculas y derivados	
		Expedio y suministro de alimentos	Comedores industriales Bares, cafeterías, discotecas, etc. Restaurantes, taquerías, etc. Quiéscos o esparterías Subsidios Edificios Anticorrosivos Colorantes Conservadores	Cafeterías Servicios de banquetes
Aditivos	Quiéscos o esparterías Subsidios Edificios Anticorrosivos Colorantes Conservadores			
Servicios	Servicio de tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones	Tatuajes	Perforaciones Micropigmentaciones	



Contacto:  
 Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nizcor,  
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
 C.P. 03810  
 Teléfono 01-800-033-8080  
 contacto@cofepris.gob.mx

Página 10 de 11



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

gob.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tabla "B" (continuación)

Categoría	Proceso	Grupo	Subgrupo	
Servicios de salud	Servicios de atención médica que no realicen actos quirúrgicos u odontológicos o consultorios	Consultorio de medicina general	Nombre de la especialidad	
		Consultorio de atención médica especializada		
		Consultorio de odontología		
	Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Otros consultorios para el cuidado de la salud	Especificar	
		Laboratorios	Laboratorios de análisis clínicos Toma de muestras Patología clínica Anatomía patológica Histopatología y citología anatómica Ultrasonografía	
		Gabinetes de diagnóstico Planificación familiar Salud mental Rehabilitación Atención médica paliativa Asistencia social	Especificar	
Insumos para la salud	Expendio o suministro al público	Comercio al por menor de tortas		
	Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al público	Remedios herbales	Equipo médico Prótesis, órtesis y ayudas funcionales Agentes de diagnóstico Materiales quirúrgicos y de curación Productos higiénicos Insumos de uso odontológico Representante legal en México de una empresa en el extranjero	
	Distribución	Medicamentos	Nombre químico de la sustancia	
	Distribución Almacenamiento	Materiales puros para medicamentos Medicamentos Farmacia alopatía Farmacia homeopática Bolsas	Medicamentos alopatéticos (además indicar la fracción del medicamento según el tipo de suministro o venta al público) Medicamentos homeopáticos Medicamentos herbales Medicamentos vitamínicos Medicamentos biotecnológicos	
Salud ambiental	Expendio o suministro al público	Plaguicidas	Químicos Biológicos Mecánicos	
		Sustancias tóxicas Pecursor químico y/o producto químico esencial	Nombre químico de la sustancia tóxica Nombre del precursor y/o producto químico esencial	
		Materiales vegetales	Fertilizante Mejorador de suelo Humectante de suelo	Incidante Regulador de crecimiento
		Productos con límite de metales pesados	Juguetes Cerdas de vidrio Artículos escolares	

MÉXICO



SE  
SECRETARÍA DE ECONOMÍA

COFOPRIA

Contacto:  
 Calle Ochocha No. 14, Colonia Nápoles,  
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
 C.P. 06610.  
 Teléfono 01-800-033-8000  
 contacto@cofopria.gob.mx

Página 11 de 11



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

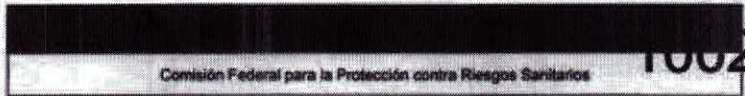
AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

**-SERVICIO DE LABORATORIO**



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

**Aviso de modificación o baja al aviso de funcionamiento y/o responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud**

"El presente es una representación digital del formato FF-COFEPRIS-02, el cual se emite en cumplimiento del Artículo 200-Bis de la Ley General de Salud y de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 33 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo"

Homoclave del formato FF-COFEPRIS-02	Uso exclusivo de la COFEPRIS Número de ingreso 243008009000081
Número de RUFA	

**1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite**

Homoclave: COFEPRIS-08-056	Nombre: Aviso de modificación o baja al aviso de funcionamiento y/o responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud
Modalidad: No Aplica	

**2. Datos del propietario**

Persona física	Persona moral
RFC:	RFC:
CURP:	CHO030403KE0
Nombre(s):	Denominación o razón social: CORPORATIVO DE HOSPITALES SA DE CV
Teléfono:	Representante legal o apoderado que solicita el trámite
Extensión:	RFC: SASA720201MT7
Correo electrónico:	CURP: SASA720201HJC9HNG2
	Nombre(s): ANTONIO SANCHEZ SANZ
	Teléfono: 2727255019
	Extensión:
	Correo electrónico: ad@covastongah.com

**Domicilio fiscal del propietario**

Código postal: 94300	Municipio o estado: Orizaba
Tipo y nombre de vía/colonia: Calle Sur 5	Entidad Federativa: Veracruz de Ignacio de la Llave
Número exterior: 308	Entre vías/colonia: Avenida Oriente 6
Número interior:	Y vía/colonia: Avenida Oriente 6
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano (tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, Asentado, rancho, fraccionamiento entre otros):	Vía/colonia posterior: Calle Sur 7
Colonia/Centro: Hospital color gris	Teléfono: 2727255019
Referencia: Hospital color gris	Extensión: 195



Este documento es una representación digital del formato FF-COFEPRIS-02, el cual se emite en cumplimiento del Artículo 200-Bis de la Ley General de Salud y de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 33 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

"De conformidad con los artículos 4 y 49-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)"

1003

**3. Datos del establecimiento**

Nombre del establecimiento: gabinete de diagnostico covadonga

Clave y descripción del giro que corresponde al establecimiento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte:

Clave SCIAN	Descripción del SCIAN
821511	Laboratorios médicos y de diagnóstico del sector privado

**Horario de operaciones**

D	C	M	J	J	V	S	S	de	00:00	a	24:00

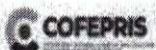
Fecha de inicio de operaciones: 01 / 02 / 2012

**Domicilio del establecimiento**

Código postal: 91930	Municipio o alcaldía: Veracruz
Tipo y nombre de vía: Avenida Ricardo Flores Magón	Entidad Federativa: Veracruz de Ignacio de la Llave
Número exterior: 2111	Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condado, hacienda, rancho, asentamiento entre otros): Colonia Ignacio Zaragoza	Entre vías: Calle Santos Pérez Abascal
Referencia: Gabinete de Diagnóstico Covadonga Veracruz	Y vía: Calle Tuero Molina
	Vía posterior: Boulevard Manuel Ávila Camacho
	Teléfono: 226600913
	Extensión: 340

**Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s)**

Representante legal	Persona Autorizada
RFC: SASA720201M77	RFC: VER080419N66
CLRP: SASA720201HJCHNNS2	CLRP: VER080419H2RVR09
Nombre(s): ANTONIO	Nombre(s): GERSON
Primer apellido: SANCHEZ	Primer apellido: VERA
Segundo apellido: GAINZ	Segundo apellido: RIVERA
Teléfono: 2717145520	Teléfono: 2717145520
Extensión: 502	Extensión: 508
Correo electrónico: aa@covadonga.com	Correo electrónico: fr@covadonga.com
	Persona Autorizada
	RFC: FEMR80107FMS
	CLRP: FEMR80107H2RRC00
	Nombre(s): Ricardo Juli
	Primer apellido: fernandez
	Segundo apellido: moreno
	Teléfono: 2717145530
	Extensión: 514



Del Centro de la Coordinación  
 de Atención al Ciudadano  
 Secretaría de Salud, Calle de México, CP 06001  
 México D.F. 06001-0000



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

Correo electrónico: [dsalida@chavadongah.com](mailto:dsalida@chavadongah.com)

1004

4. Datos de la ambulancia

Aérea  Marítima  Terrestre

Nueva  A modificar  Baja  Sin cambios

Categorías: Ambulancias de cuidados intensivos Ambulancias de urgencias Ambulancias de traslado

Marca:

Modelo:

Número de placas:

Número de motor:

5. Datos del responsable sanitario (excepto para productos y servicios)

Nuevo  A modificar  Baja  Sin cambios

RFC: OIEM9511237R7

CURP: OIEM951123MVZRB03

Nombre(s): Mirza

Primer apellido: Ortiz

Segundo apellido: Espinoza

Teléfono: 2712834777

Extensión:

Correo electrónico: [ortizmirza345@gmail.com](mailto:ortizmirza345@gmail.com)

Con título profesional de: Licenciatura en Químico Farmacéutico Biólogo

Título profesional expedido por: Universidad Veracruzana

Número de cédula profesional: 11385434

Con especialidad de:

Título de especialidad expedido por:

Número de cédula de la especialidad:

Horario de operaciones

D	L	M	M	J	V	S	de	09:00	a	18:00
---	---	---	---	---	---	---	----	-------	---	-------

Nuevo  A modificar  Baja  Sin cambios

RFC: GAHL940602LF7

CURP: GAHL940602MVZRR207

Nombre(s): Luz del Carmen

Primer apellido: Garcia

Segundo apellido: Hernández

Teléfono: 2286494441

Extensión:

Correo electrónico: [luz.garcia@b@gmail.com](mailto:luz.garcia@b@gmail.com)

Con título profesional de: Licenciatura en Químico Clínico

Título profesional expedido por: Universidad Veracruzana

Número de cédula profesional: 10572285

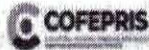
Con especialidad de:

Título de especialidad expedido por:

Número de cédula de la especialidad:

Horario de operaciones

D	L	M	M	J	V	S	de	07:00	a	17:00
---	---	---	---	---	---	---	----	-------	---	-------



Calle Calles de la M. Calles de la M.  
 Calle Calles de la M. Calles de la M. C.P. 91819  
 Teléfono: 450-000-0000  
[www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

Página 3 de 6

L.A.N.I. MLVA/L.D. AGL/L.A.PMPB

DEPARTAMENTO DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

1005

4. Datos del producto o servicio

1) Producto:  
 Nuevo     A modificar     Baja     Sin cambios

CSIAN: 621811 Laboratorios médicos y de diagnóstico del sector privado

2) Categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B"  
 Categoría: Servicio de salud

Grupo: Servicios Salud

Subgrupo: Laboratorios de análisis clínicos

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:

4) Marca comercial del producto:

5) Datos de la empresa a la que incumple (si incumple este producto):

Persona física  
 RFC:  
 CURP:  
 Nombre(s):  
 Primer apellido:  
 Segundo apellido:  
 Teléfono:  
 Extensión:  
 Correo electrónico:

Persona moral  
 RFC:  
 Denominación o razón social:

6) Datos de la empresa incumplidora (si este producto es incumplido):

Persona física  
 RFC:  
 CURP:  
 Nombre(s):  
 Primer apellido:  
 Segundo apellido:  
 Teléfono:  
 Extensión:  
 Correo electrónico:

Persona moral  
 RFC:  
 Denominación o razón social:

7) Producto nacional o importado:  
 Nacional     Importado

8) Proceso: (Procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")  
 Laboratorios

9) Producto:



Con Clave de Acceso  
 Dirección de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios  
 Teléfono: 55-53-50-00

Página 4 de 9



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

Nuevo     A modificar     Baja     Sin cambios

SIEM: 621811 Laboratorios médicos y de diagnóstico del sector privado **1006**

2) Categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B"  
 Categoría: Servicio de salud  
 Grupo: Servicios Salud  
 Subgrupo: Toma de muestras

3) Descripción general y específica del producto o servicio:

4) Marca comercial del producto:

5) Datos de la empresa a la cual pertenece (Si es un producto):

- Persona física
  - RFC:
  - CURP:
  - Nombre(s):
  - Primer apellido:
  - Segundo apellido:
  - Teléfono:
  - Extensión:
  - Correo electrónico:
- Persona moral
  - RFC:
  - Denominación o razón social:

6) Datos de la empresa manufacturera (Si este producto es manufacturero):

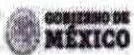
- Persona física
  - RFC:
  - CURP:
  - Nombre(s):
  - Primer apellido:
  - Segundo apellido:
  - Teléfono:
  - Extensión:
  - Correo electrónico:
- Persona moral
  - RFC:
  - Denominación o razón social:

7) Producto nacional o importado:  
 Nacional     Importado

8) Proceso: (Procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")  
 Laboratorios

**Tabla "A" Proceso**

1. Obtención	8. Conservación	9. Manipulación	13. Almacenamiento a temperatura ambiente
2. Elaboración	9. Mezclado	10. Transporte a temperatura ambiente	



Colección No. 14 Colección  
 Edición 2014 Autor: Claudia Reyes, C.F. 2014  
 México 5-425-00-000  
 www.cofepris.gob.mx

Página 5 de 9



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

- 3. Fabricación
- 4. Preparación
- 7. Acondicionamiento
- 8. Envasado
- 11. Transporte a temperatura de refrigeración
- 12. Distribución
- 14. Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelación
- 15. Expansión o suministro

1007

Suspensión de actividades  Retorno de actividades

De:  CO  ME  SA  SA  CO  ME  SA  SA Fecha:  CO  ME  SA

Baja definitiva y suspensión de actividades

Motivos de baja definitiva y suspensión de actividades:

Los datos declarados en este formato serán utilizados en los trámites que la empresa requiera posteriormente.

Declaro bajo protesta decir verdad que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que pueda incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad.

Los datos o anexos pueden contener información confidencial.

¿Está de acuerdo en hacerlos públicos?  Sí  No

Es voluntad de mi representada que se notifique la presente solicitud a través de medios electrónicos.

ANTONIO SANCHEZ SAINZ 02/04/2024 17:31

Fecha y hora de ingreso:  
 02/04/2024 11:02

Firma del Responsable Sanitario:  
 QK1JA3Q4n9fYw057pa9yCoh4zJ9B3cOCPS8CICeeXPSALBE2qu1fw3ZfaptL40+k3QHL1KW  
 H77fUu29Xlvns2Tt48d8ZvKMLMqTWKalmNgyuWYwYkwaWbFX4Cryod27X2LPP+OB3ta1pKEXW  
 Ts+H1uBLH8NVRDCuCK3g2H+P2wC285DTC0yYzXm1Ys2wNIRW1CBT9RALuk88GufHval  
 v1VluPQKxHULMndYmwVns4Cap+bx068RWPHhPQMZzVR8Evh1Lek9TULUy17z54oq6e33ntzTc  
 +XdmMzuc0aM1t1Z3Tfwg==

Esta es la representación visual de la firma electrónica del responsable sanitario.

ANTONIO SANCHEZ SAINZ  
 Firma del Representante Legal:  
 Paq1CdeL3QkQ7ZZK8seYVwRP1J0CuwYQk0q8kYe+R5T3F29CnKErhavYBaxFY3EQNJFq+n  
 oPlUjshGu2H+1U3LpIKENK55ouFafu7e4ZRPYwY8nAAJBaMECzRgJL8X6tdGL7wgGHMLR  
 YNB3QR5dUo4yA+VQHkCJ7V1jgMUP1FUjY7cuHLV18Gx19W8h1k7D8p8GjuzxwvV2E  
 Te2g4Bek2c0paoBdamZzv8Ae056dL1pT7wC5nD5GJhQ03M8oUyVEOPYRgLMg2kzwvWw  
 hda+at8XAEvInZ2Ji8Bq==

Esta es la representación visual de la firma electrónica del documento digital 'Avise de Funcionamiento'.

Cadena Original:  
 JJCH003403KE0|CH003403KE0|gabinete de diagnostico cvadonga|021511|Laboratorio  
 s médicos y de diagnóstico del sector privado|D.L.M.X.J.V.S.DD.DD.23:00|2012-02-  
 01|91912|Avenida Ricardo Flores Magón|2111|Ignacio Zaragoza|Veracruz|Veracruz de  
 Ignacio de la Llave|SAS47202014|CONN22|Ate:|CIEM951123M2RSR03L.M.X.J.V.S.DD.  
 00.16.00|Servicios Salud|Laboratorios de análisis clínicos|Laboratorios|Servicio  
 s Salud|Toma de muestras|Laboratorios|

Sello Digital:  
 Paq1CdeL3QkQ7ZZK8seYVwRP1J0CuwYQk0q8kYe+R5T3F29CnKErhavYBaxFY3EQNJFq+n  
 oPlUjshGu2H+1U3LpIKENK55ouFafu7e4ZRPYwY8nAAJBaMECzRgJL8X6tdGL7wgGHMLR  
 YNB3QR5dUo4yA+VQHkCJ7V1jgMUP1FUjY7cuHLV18Gx19W8h1k7D8p8GjuzxwvV2E  
 Te2g4Bek2c0paoBdamZzv8Ae056dL1pT7wC5nD5GJhQ03M8oUyVEOPYRgLMg2kzwvWw  
 hda+at8XAEvInZ2Ji8Bq==



Del Órgano de la Coordinación  
 Regional Veracruz Norte  
 Dirección de Abastecimiento y Equipamiento  
 02/04/2024 17:31  
 antonio@cofepris.gob.mx

Página 6 de 9

L.A.N.I. MLVA/L.D. AGL/L.A.PMPB  
 DEPARTAMENTO DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

Fecha y hora de la solicitud:  
 05 / 04 / 2024 11:07



1008

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase a enviar un correo a [adquisi@cofepris.gob.mx](mailto:adquisi@cofepris.gob.mx) o llamar al Centro de Atención Telefónica de la COFEPRIS desde cualquier parte del país marque sin costo al 800 833 8888

Tabla "B" Categoría del producto			
Categoría	Proceso	Grupo	Subgrupo
Productos	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Obtención</li> <li>*Elaboración</li> <li>*Fabricación</li> <li>*Preparación</li> <li>*Conservación</li> <li>*Mezclado</li> <li>*Acondicionamiento</li> <li>*Envasado</li> <li>*Manipulación</li> <li>*Transporte a temperatura ambiente</li> <li>*Transporte a temperatura de refrigeración</li> <li>*Distribución</li> <li>*Expendio o suministro al público</li> <li>*Almacenamiento a temperatura ambiente</li> <li>*Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelación</li> </ul>	<p><b>Alimentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Carne y sus productos</li> <li>*Leche, sus productos y derivados</li> <li>*Conservas de baja acidez</li> <li>*Conservas acidificadas</li> <li>*Las de la pesca y sus derivados (frescos y congelados)</li> <li>*Alimentos congelados</li> <li>*Cereales, leguminosas, sus productos y botanas</li> <li>*Azúcar y productos de confitería</li> <li>*Cacao, café, té y sus derivados</li> <li>*Condimentos y aderezos</li> <li>*Alimentos preparados (pasteles, ensaladas, salsas)</li> <li>*Huevo y sus productos</li> <li>*Frutas, hortalizas y sus derivados</li> <li>*Aceites y grasas comestibles</li> <li>*Alimentos industrializados</li> <li>*Alimentos biotecnológicos</li> <li>*Alimentos deshidratados</li> </ul> <p><b>Suplementos alimenticios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Polvo para preparar bebidas</li> <li>*Tabletas o comprimidos</li> <li>*Cápsulas</li> <li>*Jarabe</li> </ul> <p><b>Bebidas no alcohólicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Agua envasada (natural, mineralizada y/o purificada)</li> <li>*Jugo y néctares</li> <li>*Bebidas adicionadas con cafeína</li> <li>*Bebidas saborizadas</li> <li>*Polvo o jarabe para preparar bebidas</li> <li>*Bebidas para deportistas</li> <li>*Hielo potable</li> <li>*Nieve</li> <li>*Bebidas congeladas</li> </ul> <p><b>Bebidas alcohólicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Fermentadas</li> <li>*Destiladas</li> <li>*Preparadas</li> <li>*Cordial</li> <li>*Licor o crema</li> </ul> <p><b>Productos cosméticos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Productos para el cabello</li> <li>*Productos de uso facial y/o corporal</li> <li>*Productos para los ojos y cejas</li> <li>*Productos para manos y uñas</li> <li>*Productos para los labios</li> <li>*Productos de aromacología y aromaterapia (Perfumes y fragancias)</li> </ul>	



Calle Obispos No. 14, Torre Home  
 Delegación de San Andrés Buzotz, Mérida, Yucatán  
 México, C.P. 97000

Página 2 de 9



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

		Productos de aseo y limpieza	<ul style="list-style-type: none"> <li>Productos especiales para textiles</li> <li>Productos para desobstruir conductos sanitarios</li> <li>Productos para el ambiente</li> <li>Productos para la higiene</li> <li>Productos para la limpieza</li> <li>Productos para protección o acabado lustroso</li> </ul>
		Materia prima	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lácteos y derivados</li> <li>Aceites y grasas</li> <li>Féculas, harinas y derivados</li> </ul>
		Gasto y suministro de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comedores industriales</li> <li>Bares, carlinas, discotecas, etc.</li> <li>Restaurantes, tangerías, etc.</li> <li>Cafeterías</li> <li>Servicios de banquetes</li> </ul>
		Aditivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Calificantes o espesantes</li> <li>Saborizantes</li> <li>Edulcorantes</li> <li>Antioxidantes</li> <li>Colorantes</li> <li>Conservadores</li> </ul>
Servicios	Servicio de tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones	Tatuajes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tatuajes</li> <li>Perforaciones</li> <li>Micropigmentaciones</li> </ul>
Servicios de salud	Servicios de atención médica que no realizan actos quirúrgicos u obstétricos o consultorios	Consultorio de medicina general Consultorio de atención médica especializada Consultorio de estomatología Otros consultorios para el cuidado de la salud	Nombre de la especialidad  Especificar
	Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Laboratorios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Laboratorios de análisis clínicos</li> <li>Toma de muestras</li> <li>Patología clínica</li> <li>Anatomía patológica</li> <li>Histopatología y citología exfoliativa</li> </ul>
		Gabinetes de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ultrasonografía</li> </ul>
	Servicios de asistencia social	Planificación familiar Salud mental Rehabilitación Atención médica paliativa Asistencia social	Especificar
	Gasto o suministro al público	Comercio al por menor de lentes	
Insumos para la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fabricación</li> <li>Almacenamiento</li> <li>Distribución</li> <li>Gasto o suministro al público</li> </ul>	Remedios herbolarios Dispositivos médicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo médico</li> <li>Prótesis, órtesis y ayudas funcionales</li> <li>Agentes de diagnóstico</li> <li>Materiales quirúrgicos y de curación</li> <li>Productos higiénicos</li> <li>Insumos de uso odontológico</li> </ul>
	Distribución	Medicamentos	Representante legal en México de una empresa en el extranjero

1009



Calle Oaxaqueña, 14, Centro Histórico  
 Delegación Roma, México, Cód. Postal México CP 06900  
 Teléfono: 55 5340 2000  
 www.cofepris.gob.mx

Página 8 de 9



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

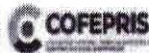
CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

	*Distribución *Almacenamiento	Materias primas para medicamentos	Nombre químico de la sustancia
	Expendio o suministro al público	Medicamentos Farmacia alopatíca Farmacia homeopática Botica	Medicamentos alopatícos (además de la fracción del medicamento según el tipo de suministro o venta al público) Medicamentos homeopáticos Medicamentos herbales Medicamentos vitamínicos Medicamentos biotecnológicos
Salud ambiental	*Almacenamiento *Comercialización e distribución *Expendio o suministro al público	Plaguicidas	*Químicos *Bioquímicos *Microbianos *Botánicos *Misceláneos
		Sustancias tóxicas	Nombre químico de la sustancia tóxica
		Precursor químico y/o producto químico esencial	Nombre del precursor y/o producto químico esencial
		Nutrientes vegetales	*Fertilizante *Mejorador de suelo *Humectante de suelo *Insecticida *Regulador de crecimiento
		Productos con límite de metales pesados	*Juguetes *Cerámica vidriada *Artículos escolares

1010

Handwritten signature



Sub-Dirección de 14. Oficina Ejecutiva  
 Dirección de 14. Oficina Ejecutiva  
 Teléfono: 55 5320 5000  
 correo: 14@cofepris.gob.mx



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

UMAA 242					
PROVEEDOR:		Corporativo de Hospitales, S.A. de C.V.			
PARTIDA	PRECIO UNITARIO ASIGNADO SIN IVA	N° DE SESIONES		IMPORTES ASIGNADAS	
		MÍNIMO	MÁXIMO	MÍNIMO	MÁXIMO
1	\$1,569.00	2,112	5,280	\$ 3,313,728.00	\$ 8,284,320.00
IVA 16%				\$ 530,196.48	\$ 1,325,491.20
TOTAL				\$ 3,843,924.48	\$ 9,609,811.20
DATOS RELEVANTES DEL CONTRATO CORPORATIVO DE HOSPITALES, S.A. DE C.V.					
Número de contrato	050GYR014T28025-188-00				
N° Expediente CompraNet	E-2025-00074381				
Clave CuCop+	33903-0012 Servicios integrales				
Vigencia del contrato	Del 16 de agosto de 2025 al 15 de octubre de 2025				
Porcentaje de la garantía	10.00%				
Monto de la garantía	\$ 828,432.00				
Tipo y obligación de garantía	Cumplimiento / Divisible				

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;">ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA</p> <p style="text-align: center;">AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS SUBROGADA</p> <p style="text-align: center;">CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</p>
---	---	--

**Anexo 3 (tres)**

**“Modelo de Póliza de Fianza de cumplimiento de contrato”**

**AFIANZADORA:**

**Denominación social:** \_\_\_\_\_, en lo sucesivo la "Afianzadora"

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Autorización del Gobierno Federal para operar:** \_\_\_\_\_ (Número de oficio y fecha).

**BENEFICIARIA:**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**, en lo sucesivo "la Beneficiaria".

**Domicilio:** Lomas del Estadio S/N, Colonia Centro, C.P. 91000, de la Ciudad de Xalapa, Ver.

El medio electrónico, por el cual se pueda enviar la fianza a "la Contratante" y a "la Beneficiaria": ana.puig@imss.gob.mx y adriana.gomezl@imss.gob.mx.

**FIADO (S):** (En caso de proposición conjunta, el nombre y datos de cada uno de ellos)

**Nombre o denominación social:** \_\_\_\_\_

**RFC:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_ (El mismo que aparezca en el contrato principal).

**DATOS DE LA PÓLIZA:**

**Número:** \_\_\_\_\_ (Número asignado por la "Afianzadora").

**Monto Afianzado:** \_\_\_\_\_ (Con letra y número, sin incluir el Impuesto al Valor Agregado).

**Moneda:** \_\_\_\_\_

**Fecha de expedición:** \_\_\_\_\_

**Obligación garantizada:** El cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el contrato en los términos de la Cláusula PRIMERA de la presente póliza de fianza.

**Naturaleza de las Obligaciones:** La obligación garantizada será divisible, por lo que, en caso de presentarse algún incumplimiento, se hará efectiva solo en la proporción correspondiente al incumplimiento de la obligación principal.

**DATOS DEL CONTRATO O PEDIDO, EN LO SUCESIVO EL "CONTRATO":**

**Número asignado por "la Contratante":** \_\_\_\_\_

**Objeto:** \_\_\_\_\_

**Monto del Contrato:** (Con número y letra, sin el Impuesto al Valor Agregado)

**Moneda:** \_\_\_\_\_

**Fecha de suscripción:** \_\_\_\_\_

**Tipo:** Servicios.

**Obligación contractual para la garantía de cumplimiento:** Divisible, conforme a lo estipulado en el contrato.

**Procedimiento al que se sujetará la presente póliza de fianza para hacerla efectiva:** El previsto en el artículo 279 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

**Competencia y Jurisdicción:** Para todo lo relacionado con la presente póliza, el fiado, el fiador y cualesquier otro obligado, así como "la Beneficiaria", se someterán a la jurisdicción y competencia de los tribunales federales de Xalapa, Ver., renunciando al fuero que pudiera corresponderle en razón de su domicilio o por cualquier otra causa.

La presente fianza se expide de conformidad con lo dispuesto por los artículos 69, fracción II y último párrafo, y artículo 70, fracción II, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 103 de su Reglamento.

La validación de la presente fianza se podrá realizar en la dirección electrónica [www.amiq.org.mx](http://www.amiq.org.mx)

\_\_\_\_\_ (Nombre del representante de la Afianzadora)

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

**PRIMERA.- OBLIGACIÓN GARANTIZADA.**

L.A.N.I.MLVA/L.D.-AGL/L.A.PMPB

DEPARTAMENTO DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;">ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO COBERTURA DE TRATADOS          ELECTRONICA</p> <p style="text-align: center;">AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS          SUBROGADA</p> <p style="text-align: center;">CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</p>
---	---	---

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

**SEGUNDA.- MONTO AFIANZADO.**

La "Afianzadora", se compromete a pagar a la Beneficiaria, hasta el monto de esta póliza, que es de \$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_/100 moneda nacional) sin incluir el Impuesto al Valor Agregado, que representa el 10% (diez por ciento) del valor del "Contrato".

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

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

La "Afianzadora" acepta expresamente que en caso de requerimiento, se compromete a pagar el monto total afianzado, siempre y cuando en el Contrato se haya estipulado que la obligación garantizada es indivisible; de estipularse que es divisible, la "Afianzadora" pagará de forma proporcional el monto de la o las obligaciones incumplidas.

**TERCERA.- INDEMNIZACIÓN POR MORA.**

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

**CUARTA.- VIGENCIA.**

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

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

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

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

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

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

**SEXTA.- SUPUESTOS DE SUSPENSIÓN.**

Para garantizar el cumplimiento del "Contrato", cuando concurren los supuestos de suspensión en los términos de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento y demás disposiciones aplicables, "la

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b></p>	<p style="text-align: center;">ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO COBERTURA DE TRATADOS          ELECTRONICA</p> <p style="text-align: center;">AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS          SUBROGADA</p> <p style="text-align: center;">CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00</p>
---	---	---

Contratante" deberá emitir el o las actas circunstanciadas y, en su caso, las constancias a que haya lugar. En estos supuestos, a petición del fiado, la "Afianzadora" otorgará el o los endosos conducentes, conforme a lo estatuido en el artículo 166 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para lo cual bastará que el fiado exhiba a la "Afianzadora" dichos documentos expedidos por "la Contratante".

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

**SÉPTIMA.- SUBJUDICIDAD.**

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

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

**OCTAVA.- COAFIANZAMIENTO O YUXTAPOSICIÓN DE GARANTÍAS.**

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

**NOVENA.- CANCELACIÓN DE LA FIANZA.**

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

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

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

**DÉCIMA.- PROCEDIMIENTOS.**

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

**DÉCIMA PRIMERA.- RECLAMACIÓN**

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

**DÉCIMA SEGUNDA.- DISPOSICIONES APLICABLES.**

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

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

ELIMINADO: R.F.C. Y CURP  
FUNDAMENTO LEGAL: ARTS. 115 PARRAFO PRIMERO Y 120 DE LA LGTAIP  
MOTIVACION: SE CONSIDERA INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICADA O IDENTIFICABLE, CUYA DIFUSION PUEDE AFECTAR LA ESFERA JURIDICA DE LA MISMA

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO	ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA
	<b>CONTRATO No. SEIA25311002-0049</b>	AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025 SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS SUBROGADA CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00

## Anexo 4 (cuatro)

### “Oficio de designación de administrador de contrato y Acta de Asignación”



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ORGANO DE OPERACION ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS  
COORDINACION AUXILIAR OPERATIVA ADMINISTRATIVA



Of N° 319001250100/0930

Xalapa Veracruz, Ver, a 01 de agosto 2025

**Dra. María de los Angeles Quiroz García**  
Coordinador de Prevención y Atención a la Salud  
Presente.


Con fundamento en los numerales 4.17 y 4.24.6 de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social vigentes, hago de su conocimiento que he tenido a bien designarlo como **Administrador del Contrato**, que se derive del proceso para la contratación del **“Servicio Médico Integral de Hemodiálisis Subrogada para la UMAA 242, Ejercicio Fiscal 2025”**.

Nombre completo	Dra. María de los Angeles Quiroz García
Cargo	Coordinador de Prevención y Atención a la Salud
Área de adscripción	Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Domicilio institucional	Lomas del Estadio S/N Colonia Centro
Registro Federal de Contribuyentes	[REDACTED]
Clave Única de Registro de Población	[REDACTED]
Correo electrónico institucional	maria.quirozg@imss.gob.mx
Teléfono institucional	(228) 8 18 55 55 ext. 61164


En este sentido, se le exhorta para que cumpla con las atribuciones y obligaciones inherentes a dicha designación con base en los principios de Honradez, Eficacia y Eficiencia que rigen nuestra Institución en beneficio de los derechohabientes.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

  
**Dr. José Guadalupe Gutiérrez Márquez**  
Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

DESIGNA

  
**Dra. María de los Angeles Quiroz García**  
Coordinador de Prevención y Atención a la Salud

ACEPTA

Lomas del Estadio S/N, Col. Centro, CP. 91000, Xalapa, Ver. Tel: (228) 8 18 55 55

L.A.N.T. MLVA/L.D. AGU/L.A.PMPB

DEPARTAMENTO DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS



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

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



ACTA DE ASIGNACIÓN

SOLICITUD DE COTIZACIÓN  
 N° AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

OBJETO DE LA SOLICITUD DE COTIZACIÓN: "CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO SUBROGADO DE HEMODIALISIS PARA LA UMAA 242 TEJERÍA, VER., DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO, PARA UN PERIODO DE CONTRATACIÓN DEL 16 DE AGOSTO AL 15 DE OCTUBRE DEL EJERCICIO FISCAL 2025..."

En la Ciudad de Xalapa, Veracruz, siendo las 15:00 horas del 15 de agosto de 2025, en la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, ubicada en Belisario Domínguez N° 15 Colonia Adalberto Tejeda, C.P. 91070; se reunieron los servidores públicos cuyos nombres y firmas aparecen al final de la presente Acta, para actuar en apego a lo dispuesto en los artículos 35 fracción III, 36, 39 fracción II, 45, 46, 54 fracción V y 68 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (en adelante, la Ley), con objeto de llevar a cabo el acto de asignación de la solicitud de cotización indicada al rubro, de conformidad con el artículo 49 de la Ley.

El acto fue presidido por la LANI Mary Lu Villicaña Acosta Encargada del Departamento Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios, servidora pública facultada para llevar a cabo este acto, de conformidad con el numeral 5.3.8 inciso b) de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ANTECEDENTES Y DESARROLLO DEL EVENTO

**Primero.-** Se recibe el oficio número 319001250100/0931/2025, a través del cual el Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, solicita la contratación del Servicio Médico Subrogado de Hemodiálisis para la UMAA 242 Tejería, Ver., del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Veracruz Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social, Régimen Ordinario, para un Periodo de Contratación del 16 De Agosto al 15 de Octubre del Ejercicio Fiscal 2025.

**Segundo.-** El Instituto Mexicano del Seguro Social con fundamento en el Artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y el artículo 26 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, el día 28 de febrero de 2025 realizó la publicación en la plataforma Integral CompraNet de la solicitud de cotización, recibíéndose cotizaciones de las siguientes empresas el día 15 agosto de 2025:

N°	PARTICIPANTES QUE PRESENTARON SU PROPOSICION A TRAVES DE LA PLATAFORMA COMPRAS MX
1	Corporativo de Hospitales, S.A. de C.V.

**Tercero.-** De conformidad a lo señalado en el artículo 49 fracción VII de la Ley, se hace del conocimiento que la verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis propuestas fue realizada por representantes designados por la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas; la evaluación documental técnico-médica de las proposiciones recibidas fue realizada por el Dr. Ricardo Cortes Mestizo, Coordinador, Coordinador Auxiliar de Atención Médica Hospitalaria, en representación de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.

Realizó la evaluación técnica de protección civil el Ing. Luis Manuel Rogero Macías, Titular del Departamento de Conservación y Servicios Generales; la evaluación técnica relativa al Sistema de Información fue realizada por la L.I.O. Araceli Velasco Arreguin, encargada de la Coordinación de Informática.

Por lo que respecta a la evaluación legal – administrativa y económica, ésta fue validada por el personal firmante de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, en apego a lo establecido en el numeral 5.3.10 de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
 Página 1 de 4



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00



Gobierno de México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



ACTA DE ASIGNACIÓN

SOLICITUD DE COTIZACIÓN  
 N° AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

OBJETO DE LA SOLICITUD DE COTIZACIÓN: "CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO SUBROGADO DE HEMODIALISIS PARA LA UMAA 242 TEJEBIA, VER., DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL RÉGIMEN ORDINARIO, PARA UN PERIODO DE CONTRATACIÓN DEL 16 DE AGOSTO AL 15 DE OCTUBRE DEL EJERCICIO FISCAL 2025."

El presente procedimiento de contratación se evaluó través del criterio de evaluación binario, de conformidad con lo señalado en el Artículo 48, fracción II de la LAASSP y 51 del RLAASSP.

Con fundamento en los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 47, 48, 49 y 50 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, se realizó la evaluación de las proposiciones y se da a conocer en este acto la:

COMUNICACIÓN DEL RESULTADO

ASIGNACIÓN

II.- PROPUESTA ASIGNADA:

De conformidad con el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 47, 48 y 49 fracción V de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, se da a conocer al participante asignado, partida, precio unitario, números mínimos y máximos de sesiones e importes que corresponden al periodo a contratar, ya que cumplen técnica y económicamente, de acuerdo a los criterios previstos en la convocatoria de la solicitud de cotización:

UMAA 242						
PRESTADOR DEL SERVICIO ASIGNADO:		Corporativo de Hospitales, S.A. de C.V.				
PARTIDA	PRECIO UNITARIO ASIGNADO SIN IVA	N° DE SESIONES		IMPORTES ASIGNADAS		
		MÍNIMO	MÁXIMO	MÍNIMO	MÁXIMO	
1	\$1,569.00	2,112	5,280	\$ 3,313,728.00	\$ 8,284,320.00	
				IVA 16%	\$ 530,196.48	\$ 1,325,491.20
				TOTAL	\$ 3,843,924.48	\$ 9,609,811.20

DATOS RELEVANTES DEL CONTRATO CORPORATIVO DE HOSPITALES, S.A. DE C.V.

Número de contrato	050GYR014T28025-188-00
N° Expediente CompraNet	E-2025-00074381
Clave CuCop+	33903-0012 Servicios Integrales
Vigencia del contrato	Del 16 de agosto de 2025 al 15 de octubre de 2025
Porcentaje de la garantía	10.00%
Monto de la garantía	\$ 828,432.00
Tipo y obligación de garantía	Cumplimiento / Divisible

Se verificó en el listado de proveedores impedidos para contratar por el IMSS actualizado al 15 de agosto de 2025, emitido por la Plataforma Compras MX, de igual forma en el directorio de proveedores y contratistas sancionados, inhabilitados y multados, emitido por la Secretaría de la Función Pública del 15 de agosto de 2025, no encontrándose la empresa asignada en los registros.

Página 2 de 4



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

**CONTRATO No. SEIA25311002-0049**

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00



Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



**ACTA DE ASIGNACIÓN**

SOLICITUD DE COTIZACIÓN  
 N° AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

**OBJETO DE LA SOLICITUD DE COTIZACIÓN:** "CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO SUBROGADO DE HEMODIALISIS PARA LA UMAA 242 TEJERÍA VER., DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO, PARA UN PERIODO DE CONTRATACIÓN DEL 16 DE AGOSTO AL 15 DE OCTUBRE DEL EJERCICIO FISCAL 2025..."

Se hace del conocimiento que se ha verificado el directorio de proveedores y contratistas sancionados, inhabilitados y multados, emitido en el Diario Oficial de la Federación, de los últimos diez años no encontrándose en los la empresa asignada en este evento...

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 67 de la ley y de conformidad con el artículo 49 quinto párrafo de la Ley, con la notificación del fallo por el que se adjudicaran los contratos, las obligaciones derivadas de estos serán exigibles sin perjuicio de las obligaciones de las partes de firmarlo a más tardar el día 5 de septiembre de 2025, a través de la Plataforma Compras MX, en términos del MANUAL de Operación para la utilización en Compras mx, del Módulo de Formalización de Instrumentos Jurídicos, derivado de los procedimientos de contratación al amparo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de Julio de 2023. [https://comprasmx.buengobierno.com.mx/instrumentos\\_juridicos.html](https://comprasmx.buengobierno.com.mx/instrumentos_juridicos.html). Así como que la garantía de cumplimiento Divisible del contrato deberá presentarse a más tardar dentro de los 10 días naturales siguientes a la firma de los contratos, conforme a lo establecido en la invitación.

Para la presente asignación, se cuenta con suficiencia presupuestal amparada con el dictamen de disponibilidad presupuestal previo número 000025525-2025.

**III.- RESUMEN DEL EVENTO:**

RESUMEN DEL EVENTO	
PARTIDAS CONVOCADAS	1
PARTIDAS ASIGNADAS	1
PARTIDAS DESIERTAS	0

Para efectos de la notificación y en términos de los artículos 50 de la Ley, a partir de esta fecha se pone a disposición del participante, copia de esta Acta en Belisario Domínguez N° 15 Colonia Adalberto Tejeda, C.P. 91070, en donde se fijará copia de la carátula del Acta o un ejemplar o el aviso del lugar donde se encuentra disponible, por un término no menor de cinco días hábiles, siendo de la exclusiva responsabilidad de los participantes, acudir a enterarse de su contenido y obtener copia de la misma. Este procedimiento sustituye a la notificación personal. La información estará disponible en la dirección electrónica de la Plataforma Compras MX <https://comprasmx.buengobierno.com.mx/>

Después de dar lectura a la presente Acta, se dio por terminado este acto, siendo las 15:30 horas del 15 de agosto de 2025.

Esta Acta consta de 4 hojas, firmando para los efectos legales y de conformidad, los asistentes a este acto, quienes reciben copia de la misma.

**POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

NOMBRE	ÁREA	FIRMA
LANI Mary Lu Villicaña Acosta	Encargada del Departamento Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios	

Página 3 de 3



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

ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO COBERTURA DE TRATADOS  
 ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

SERVICIO MEDICO INTEGRAL HEMODIALISIS  
 SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA25311002-0049

CONTRATO FALLO 050GYR014T28025-188-00



Gobierno de México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



ACTA DE ASIGNACIÓN

SOLICITUD DE COTIZACIÓN  
 N° AA-50-GYR-050GYR014-T-280-2025

OBJETO DE LA SOLICITUD DE COTIZACIÓN: "CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO SUBROGADO DE HEMODIALISIS PARA LA UMAA 242 TEJERÍA, VER., DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO, PARA UN PERIODO DE CONTRATACIÓN DEL 16 DE AGOSTO AL 15 DE OCTUBRE DEL EJERCICIO FISCAL 2025."

NOMBRE	ÁREA	FIRMA
C.P. Lizzet Castelán Guerrero	Titular de la Oficina de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios	
LA Elnathan Jarib Landa Molina	Analista Coordinador y Encargad de la Plataforma Compras MX	

FIN DEL ACTA

