



Se manifiesta que el  
archivo publicado es  
la mejor versión  
disponible con la  
que cuenta el  
Instituto Mexicano  
del Seguro Social.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
UNIDAD DE ADQUISICIONES E INFRAESTRUCTURA  
COORDINACIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y  
CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
COORDINACIÓN TÉCNICA DE PLANEACIÓN Y CONTRATOS

CONVENIO  
MODIFICATORIO  
N° 4 (CUATRO) ✓  
AL CONTRATO  
U200093 ✓

CONVENIO MODIFICATORIO **NÚMERO 4 (CUATRO)** AL CONTRATO ABIERTO NÚMERO **U200093** PARA LA CONTRATACIÓN CONSOLIDADA DE BIENES TERAPÉUTICOS (MATERIAL DE CURACIÓN, LABORATORIO, OSTEOSÍNTESIS Y ENDOPRÓTESIS) PARA EL EJERCICIO FISCAL 2020, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**, QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ "EL INSTITUTO", REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL **C. MARIO PACHECO ORTEGA**, EN SU CARÁCTER DE APODERADO LEGAL, Y POR LA OTRA PARTE, LA EMPRESA DENOMINADA **DL MÉDICA, S.A. DE C.V.**, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE DENOMINARÁ "EL PROVEEDOR", REPRESENTADA POR EL **C. JOSÉ FRANCISCO MARTÍNEZ CALZADA**, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, Y A QUIENES DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", AL TENOR DE LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

### ANTECEDENTES

I.- Con fecha 14 de enero de 2020, "LAS PARTES" suscribieron el contrato primigenio, derivado del procedimiento de Licitación Pública Internacional Abierta Electrónica número **LA-006000993-E5-2019**, con una vigencia a partir del día natural de la fecha de formalización y hasta el 31 de diciembre de 2020, por la cantidad mínima de **\$101,372,168.22 (CIENTO UN MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL CIENTO SESENTA Y OCHO PESOS 22/100 M.N.)**, más el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.), y por la cantidad máxima de **\$126,715,008.10 (CIENTO VEINTISÉIS MILLONES SETECIENTOS QUINCE MIL OCHO PESOS 10/100 M.N.)** más el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.).

II.- En la Cláusula **VIGÉSIMA SEGUNDA.- MODIFICACIONES** del contrato primigenio, "LAS PARTES" acordaron que el instrumento jurídico podría ser modificado durante la vigencia del mismo, de conformidad con el artículo 52 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

III.- En el **Anexo 1 (uno)** del contrato primigenio, "LAS PARTES" convinieron las características técnicas y alcances de la adquisición de los bienes, así como el monto a ejercer durante la vigencia del citado instrumento jurídico.

IV.- Con fecha 17 de abril de 2020, "LAS PARTES" suscribieron el convenio modificatorio número 1 (uno), a través del cual se acordó incrementar la cantidad mínima y máxima contratada de bienes de la clave 060 550 2186 12 01, modificando la cantidad mínima en **\$101,429,442.95 (CIENTO UN MILLONES CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS 95/100 M.N.)**, más el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.), y por la cantidad máxima de **\$126,858,194.62 (CIENTO VEINTISÉIS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO NOVENTA Y CUATRO PESOS 62/100 M.N.)** más el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.).

V.- Con fecha 06 de noviembre de 2020, "LAS PARTES" suscribieron el convenio modificatorio número 2 (dos), a través del cual se acordó incrementar la cantidad mínima y máxima contratada de bienes de la clave 060 550 1279 11 01, modificando la cantidad mínima

Página 1 de 4

DIVISIÓN DE CONTRATOS  
NIVEL CENTRAL

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes que se señalan.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
UNIDAD DE ADQUISICIONES E INFRAESTRUCTURA  
COORDINACIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y  
CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
COORDINACIÓN TÉCNICA DE PLANEACIÓN Y CONTRATOS

CONVENIO  
MODIFICATORIO  
N° 4 (CUATRO)  
AL CONTRATO  
U200093

en \$101,586,767.65 (CIENTO UN MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS 65/100 M.N.), más el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.), y por la cantidad máxima de \$127,251,506.37 (CIENTO VEINTISIETE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL QUINIENTOS SEIS PESOS 37/100 M.N.), más el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.).

VI.- Con fecha 06 de noviembre de 2020, "LAS PARTES" suscribieron el convenio modificatorio número 3 (tres), a través del cual se acordó incrementar la cantidad mínima y máxima contratada de bienes de la clave 060 456 0045 11.01, modificando la cantidad mínima en \$101,959,488.60 (CIENTO UN MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS 60/100 M.N.), más el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.), y por la cantidad máxima de \$128,183,197.97 (CIENTO VEINTIOCHO MILLONES CIENTO OCHENTA Y TRES MIL CIENTO NOVENTA Y SIETE PESOS 97/100 M.N.), más el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.).

## DECLARACIONES

J.- "EL INSTITUTO" declara, a través de su Apoderado Legal, que:


I.1.- Por oficio número 095384611800/2020006048 de fecha 25 de agosto de 2020, recibido el 27 del mismo mes y año, el Titular de la Coordinación de Control de Abasto, solicitó al Titular de la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios la elaboración del presente convenio, manifestando la justificación y soporte documental correspondiente, mismos que se agregan al **Anexo 1 (uno)** del presente instrumento jurídico.

I.2.- Por oficio número 09 53 84 61 1CFC/009539/2020 de fecha 28 de octubre de 2020, recibido el 05 de noviembre de 2020, el Titular de la Coordinación Técnica de Bienes y Servicios, solicitó a la Titular de la División de Contratos, la elaboración del presente convenio, anexando la justificación y soporte documental correspondiente, mismo que se agrega al **Anexo 1 (uno)** del presente instrumento jurídico.

I.3.- En atención a la petición formulada por el Titular de la Coordinación de Control de Abasto, en su calidad de representante común de los administradores del contrato, se elabora el presente convenio modificatorio a fin de realizar la inclusión del registro sanitario conforme lo siguiente:

Clave	Registro Sanitario	Fabricante	País de Origen
060 598 0010 11 01	0163C2020 SSA	DL Médica, S.A. de C.V.	México

II.- "EL PROVEEDOR" declara, a través de su Representante Legal, que:

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN</b> <b>UNIDAD DE ADQUISICIONES E INFRAESTRUCTURA</b> <b>COORDINACIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y</b> <b>CONTRATACIÓN DE SERVICIOS</b> <b>COORDINACIÓN TÉCNICA DE PLANEACIÓN Y CONTRATOS</b>	<b>CONVENIO</b> <b>MODIFICATORIO</b> <b>N° 4 (CUATRO)</b> <b>AL CONTRATO</b> <b>U200093</b>
---	--	---

II.1.- Con escrito de fecha 05 de marzo de 2020, solicitó a “EL INSTITUTO” la inclusión del registro sanitario. Documento que se agrega al **Anexo 1 (uno)** del presente instrumento jurídico.

II.2.- Está en condiciones de continuar suministrando a “EL INSTITUTO” los bienes en los términos pactados en el contrato primigenio, sin modificar las características técnicas de los bienes acordados.

III.- “LAS PARTES” declaran, por conducto de su Apoderado Legal y Representante Legal, respectivamente, que:

III.1.- Las facultades que les fueron otorgadas no les han sido modificadas, restringidas, ni revocadas de forma alguna, para los efectos que se deriven del presente instrumento legal.

III.2.- Están de acuerdo en celebrar el presente convenio modificatorio con fundamento en lo dispuesto en los artículos 52 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 91 de su Reglamento, por lo que se otorgan las siguientes:

### CLÁUSULAS

**PRIMERA.- “LAS PARTES”** convienen en modificar el contrato primigenio, para incluir el registro sanitario a la clave descrita en la declaración I.3, conforme se detalla en el **Anexo 1 (uno)** del presente convenio, quedando de la siguiente manera:

Clave	Registro Sanitario	Fabricante	País de Origen
060 598 0010 11 01	0163C2020 SSA	DL Médica, S.A. de C.V.	México

**SEGUNDA.- GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO.- “EL PROVEEDOR”** se obliga a entregar, a más tardar dentro del plazo de 10 (diez) días naturales, contados a partir de la firma de este instrumento jurídico, la modificación o el endoso a la garantía de cumplimiento del contrato que se modifica.

**TERCERA.- “LAS PARTES”** convienen expresamente que salvo lo previsto en el presente convenio, no se modifica, altera o nova en forma alguna lo estipulado en el contrato primigenio ni el convenio modificatorio 1 (uno), 2 (dos) y 3 (tres).

**CUARTA.- JURISDICCIÓN.-** Para la interpretación y el cumplimiento de este convenio modificatorio, así como todo aquello que no esté expresamente estipulado en el mismo, “**LAS PARTES**” se someten a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes de la Ciudad de México, renunciando a cualquier otro fuero presente o futuro que por razón de su domicilio les pudiera corresponder.



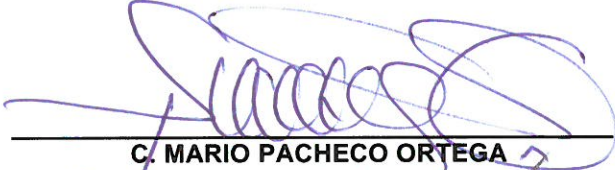
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
UNIDAD DE ADQUISICIONES E INFRAESTRUCTURA  
COORDINACIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y  
CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
COORDINACIÓN TÉCNICA DE PLANEACIÓN Y CONTRATOS**

**CONVENIO  
MODIFICATORIO  
N° 4 (CUATRO)  
AL CONTRATO  
U200093**

Enteradas "LAS PARTES" del contenido y alcance de todas y cada una de las cláusulas de este instrumento jurídico, lo ratifican y firman en la Ciudad de México, el **07 de noviembre de 2020**, por quintuplicado, quedando un ejemplar en poder de "EL PROVEEDOR" y los restantes en poder de "EL INSTITUTO".

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


**"EL PROVEEDOR"  
DL MÉDICA, S.A. DE C.V.**

  
\_\_\_\_\_  
**C. MARIO PACHECO ORTEGA**  
Apoderado Legal

  
\_\_\_\_\_  
**C. JOSÉ FRANCISCO MARTÍNEZ CALZADA**  
Representante Legal

**REPRESENTANTE COMÚN DE LOS  
ADMINISTRADORES DEL CONTRATO**

Artículos 2, fracción II, y 84 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y Numeral 5.4.13 de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del IMSS.

  
\_\_\_\_\_  
**C. CARLOS ENRIQUE GARCÍA ROMERO**  
Titular de la Coordinación de Control de Abasto

  
RRSR/CPRD/LMLR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
UNIDAD DE ADQUISICIONES E INFRAESTRUCTURA  
COORDINACIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y  
CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
COORDINACIÓN TÉCNICA DE PLANEACIÓN Y CONTRATOS

CONVENIO  
MODIFICATORIO  
N° 4 (CUATRO) ✓  
AL CONTRATO  
U200093 ✓

## ANEXO 1

“REQUERIMIENTO Y SUSTENTO DEL CONVENIO”

ANEXOS  
DIVISION DE CONTRATOS

EL PRESENTE ANEXO CONSTA DE 39 HOJAS INCLUYENDO ESTA CARÁTULA

SIN TEXTO



**GOBIERNO DE MÉXICO**



**2020**  
AÑO DE LEONORA VICARIO  
GOBIERNO FEDERAL DE MÉXICO

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
Unidad de Adquisiciones e Infraestructura  
Coordinación de Adquisición de Bienes y  
Contratación de Servicios  
Coordinación Técnica de Bienes y Servicios

*luz ma. León R  
cm4*

009539

Of N° 09 53 84 61 1CFC/ /2020

Ciudad de México, a 28 de octubre de 2020

**Lic. Claudia Patricia Rodríguez Dorantes**

Titular de la División de Contratos

Presente

Hago de su conocimiento que el Titular de la Coordinación de Control de Abasto, con fundamento en el artículo 52 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público solicitó mediante oficio 095384611800/2020006048 (adjunto), la inclusión de registro sanitario 0163C2020 SSA para la clave 060 598 0010 11 01, formalizado con el contrato U200093.

En este sentido, con fundamento en el numeral 5.4.10, inciso a), segundo párrafo de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del IMSS, le solicito elabore y formalice el convenio modificatorio del procedimiento LA-006000993-E5-2019, realizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

De resultar necesario cualquier otro documento podrá solicitarlo a la Coordinación de Control de Abasto, quien fungió como área requirente por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social y remitió la documentación necesaria para dicho procedimiento.

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

**Atentamente**

El Coordinador Técnico

*Recibí  
Luz Ma. León R*

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACIÓN TÉCNICA DE  
PLANIFICACIÓN Y CONTRATOS

5 NOV 2020  
RECIBIDO  
DIVISIÓN DE CONTRATOS

**Lic. Mario Pacheco Ortega**

C.c.p. **Lic. Rubén González Herrera**, Titular de la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios.- Para su conocimiento  
**Mtro. Carlos Enrique García Romero**.- Titular de la Coordinación de Control de Abasto.- Para su Conocimiento

(\*) Copia enviada mediante el Sistema Institucional de Control de Gestión de Correspondencia.

Atiende Volante 2020001116

**SIN TEXTO**



Oficio N° 09 53 84 61 1800/2020 **6048**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Ciudad de México, a 25 de agosto de 2020.

**Lic. Rubén González Herrera**  
Titular de la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Presente

27 AGO 2020  
RECIBIDO  
COORDINACIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

Me dirijo atentamente a Usted, en relación al contrato **U200093**, adjudicado al proveedor **DL Medica, S.A de C.V.**, derivado del procedimiento de contratación LA-006000993-E4-2019, para atender la necesidad de entre otras, la clave 060 598 0010 11 01, para cubrir necesidades del presente ejercicio fiscal.

Al respecto, se hace de su conocimiento que mediante escrito ingresado en el Instituto el 11 de marzo del año en curso, el proveedor antes mencionado para cubrir con las entregas de los bienes, solicitó que además del registro sanitario adjudicado, se considere garantizar la entrega de los bienes objeto de contratación, con el siguiente registro sanitario del adjudicado fabricante y el mismo país de origen:

No. de Contrato	Clave					Descripción	Registro Sanitario	Fabricante	País de Origen.
U200093	060	598	0010	11	01	LLAVES DE CUATRO VIAS, CON MARCAS INDICADORAS DEL SENTIDO EN EL QUE FLUYEN LAS SOLUCIONES Y POSICION DE CERRADO, ADITAMENTO DE CIERRE LUER-LOCK (MOVIL) EN EL RAMAL DE LA LLAVE QUE SE CONECTA AL TUBO DE EXTENSION, TUBO DE EXTENSION	0163C2020 SSA	DL MÉDICA, SA DE C.V.	MÉXICO

Al respecto de conformidad con lo establecido en el artículo 52 cuarto párrafo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, el cual permite la modificación de los contratos vigentes y el último párrafo de dicho precepto legal, interpretado a contrario sensu, señala también que es permisible la modificación cuando esto constituya un beneficio para el interés común y a la vez ello no otorgue ventaja alguna al proveedor con respecto a las condiciones u obligaciones establecidas en el procedimiento de contratación.

Así como a la conclusión de la Unidad de Normatividad de Contrataciones Públicas en el oficio número UNCP/700/TU/AD/270/2020, respecto a que " la inclusión de marcas y/o registros sanitarios autorizados por la COFEPRIS diversos a los adjudicados, sería responsabilidad del ente público que las recibe, reiterando que, en opinión de esta área normativa, no existe impedimento normativo para que ese Instituto modifique los contratos vigentes celebrados, si con ello se obtiene mejores condiciones para el Estado, siempre que se acrediten en el expediente respectivo las razones que

ANEXOS  
DIVISION DE CONTRATOS 1



motivan la o las modificaciones, los beneficios que representan éstas para el ente público y que con las mismas no se otorgan ventajas o condiciones más favorables al proveedor respecto a las que se establecieron originalmente en el procedimiento de contratación del que derivó el contrato respectivo, conforme al último párrafo del artículo 52 de la LAASSP"

Por lo que con base a los siguientes motivos, se solicita proceder a formalizar convenio modificatorio en que se incluya al Anexo 1, el número de registro sanitario 0163C2020 SSA con la denominación distintiva llave de tres p cuatro vías y país de origen México, para la recepción en los OOAD y UMAE de la clave indicada en el recuadro que antecede, por los siguientes motivos:

- En el evento de Licitación Pública Internacional Abierta, del que deriva el contrato que se solicita formalizar convenio modificatorio, se adjudicaron las dos fuentes de abasto al proveedor de referencia.
- Para cubrir las necesidades de la clave 060 598 0010 11 01 se han generado solicitudes de órdenes de reposición al proveedor adjudicado, con el fin de garantizar la suficiencia de inventarios para proporcionar atención a la población derechohabiente, incidir en la adecuada prestación de servicios médicos y en el cumplimiento de la obligación Institucional de surtido en las Unidades Médicas del Instituto.
- El proveedor adjudicado, ha presentado a la fecha de la presente solicitud incumplimiento a las órdenes de reposición solicitadas, considerando que "se encuentran reestructurando áreas de producción y por consiguiente se está reubicando la maquinaria, dicha situación conlleva a tener problemas de desabasto de la clave 060 598 0010 11 01."
- Los incumplimientos a cargo del proveedor y atrasos en su entrega, implican la aplicación de penas convencionales o deductivas a cargo de los administradores de contrato o sus representantes en los OOAD y UMAE, adicionalmente a procedimientos de contratación a cargo de las áreas compradoras de éstos.
- Los procedimientos de compra en los OOAD y UMAE, reflejan incrementos en el precio adjudicado de manera local respecto al adjudicado en el contrato U200093, sin que dichas compras garanticen la oportunidad de surtimiento incluyendo la fabricación en cita
- El registro que se solicita incluir, cumple con los requisitos técnicos y económicos del proceso de licitación LA-006000993-E4-2019.
- La inclusión permitirá obtener mejores condiciones para el Estado, considerando que al igual que con los procedimientos de compra local, se recibirán bienes con un registro sanitario que corresponde al proveedor del contrato adjudicado la cual cumple técnicamente, sin incrementos en precios, cumplimiento económico y con mayor oportunidad de atención, manteniéndose el mismo objeto y condiciones con las que se adjudicó en el proceso de contratación.

Por lo que con fundamento en el numeral 5.4.13 de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, en mi carácter de Área Consolidadora y Representante de los Administradores del contrato, se solicita elaborar convenio modificatorio en el que se incluya la marca, país de origen y fabricante indicado en el recuadro que antecede, sujetándose a los mismos términos y condiciones de contratación.

En virtud de lo anterior, se anexa al presente soporte documental que se lista a continuación:

- Solicitud de Inclusión;



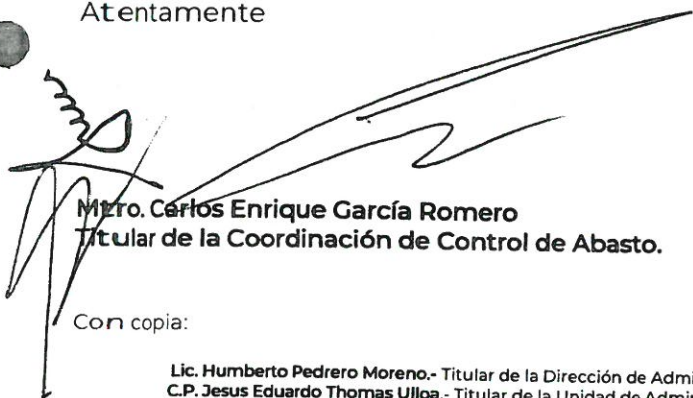


- Escrito del Titular del Registro Sanitario en que manifiesta las causas que genera la imposibilidad de entrega con el registro adjudicado;
- Documentación con la que se acreditó cumplimiento de los requisitos técnicos que se establecen en el Anexo Técnico y/o los términos y condiciones rubros: "Pruebas, Métodos de Evaluación y Resultado Mínimo que debe obtenerse", "Legislación, norma o especificación técnica que deben cumplir los bienes y cumplimiento de normas", "registros sanitarios y prórrogas, en su caso" "licencias, permisos o autorizaciones".
- Resultado Técnico de la Evaluación de Inclusión.
- Al aplicarse de margen de preferencia, conforme a las "Reglas para la aplicación del margen de preferencia en el precio de los bienes de origen nacional, respecto del precio de los bienes de importación, en los procedimientos de contratación de carácter internacional abierto que realizan las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, el registro que se incluye es Mexicano, conforme al "formato para la manifestación que deberán presentar los licitantes que participen en los procedimientos de contratación internacional, para dar cumplimiento a lo dispuesto por las reglas 5.3 y 6.3, de las reglas para la aplicación del margen de preferencia en el precio de los bienes de origen nacional, respecto del precio de los bienes de importación, en los procedimientos de contratación de carácter internacional abierto que realizan las dependencias y entidades de la administración pública federal"
- Resultado Técnico de la Evaluación, emitido por la Titular de la División de Planeación Bienes Terapéuticos, mediante el cual acredita el cumplimiento de las "Normas o Especificación Técnica que deben cumplir los bienes".

Agradeciendo su valioso apoyo para que la **presente solicitud sea atendida en el menor plazo posible e impactar con la presente solicitud el número de registro sanitario, denominación distintiva en su caso, y país de origen para la clave objeto de contratación.**

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente



Mtro. Carlos Enrique García Romero  
Titular de la Coordinación de Control de Abasto.



17:00

Con copia:

- Lic. Humberto Pedrero Moreno.- Titular de la Dirección de Administración. \*
- C.P. Jesus Eduardo Thomas Ulloa.- Titular de la Unidad de Administración. \*
- Gabriel Barreto Olmos.- Titular de la Coordinación Técnica de Planeación. Presente \*
- Lic. Rafael Ricardo Sánchez Ramos.- Titular de la Coordinación Técnica de Planeación y Contratos. Presente. \*
- Lic. Mario Pacheco Ortega.- Titular de la Coordinación Técnica de Bienes y Servicios. Presente \*

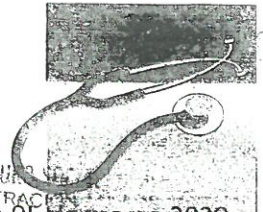
(\*) Se envían copias a través de SICGC

GBO/ALMC/DOVC/DCB/ECI/MDM

ANEXOS  
DIVISION DE CONTRATOS

SIN TEXTO

# D.L. MEDICA, S.A. DE C.V.



Ing. Gabriel Barreto Olmos  
 Titular de la Coordinación Técnica del Proceso de Abasto  
 Del Instituto Mexicano del Seguro Social  
 Presente

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
 Ciudad de México, a 05 de marzo 2020  
 17 MAR 2020  
 COORDINACIÓN DE CONTROL DE ABASTO  
 COORDINACIÓN TÉCNICA DE PLANEACIÓN  
 DIVISION DE PLANEACIÓN DE BIENES TERAPIA

**MOTIVO: INCLUSION DE MARCA**  
**CLAVE: 060 598 0010 LLAVES. DE 4 VÍAS CON MARCAS INDICADORAS**

## LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL ABIERTA ELECTRÓNICA NO. LA-006000993-E5-2019

Por medio de la presente solicitamos de la manera más atenta la inclusión de la marca DLP nos encontramos restructurando áreas de producción y por consiguiente está reubicando su maquinaria, esta situación nos lleva a que mi representada tenga problemas con el abasto de la clave 060 598 0010 Llaves. De 4 vías con marcas indicadoras del sentido en el que fluyen las soluciones y posición de cerrado aditamento de cierre luer lock (móvil) en el ramal de la llave que se conecta al tubo de la extensión. Tubo de extensión removible de plástico grado médico longitud 80 cm y diámetro interno 2.7 mm mínimo conector luer lock hembra en el extremo del tubo que se conecta con la llave y conector luer macho en el extremo proximal con aditamento de cierre luer lock (móvil). Marca DL que nos fue asignada en la licitación arriba mencionada.

CLAVE					DESCRIPCION	MARCA
060	598	0010	11	01	Llaves. De 4 vías con marcas indicadoras del sentido en el que fluyen las soluciones y posición de cerrado aditamento de cierre luer lock (móvil) en el ramal de la llave que se conecta al tubo de la extensión. Tubo de extensión removible de plástico grado médico longitud 80 cm y diámetro interno 2.7 mm mínimo conector luer lock hembra en el extremo del tubo que se conecta con la llave y conector luer macho en el extremo proximal con aditamento de cierre luer lock (móvil). Pieza.	DLP

Así mismo le informamos que mi representada no está pidiendo cambio de marca si no una inclusión nueva a la ya adjudicada, fabricada por mi representada que participo en el procedimiento de contratación pública antes mencionada.

Esto para dar un abasto oportuno y que el Instituto cuente con otra marca según sean las necesidades del propio IMSS y no generar un desabasto durante el presente año.

Sin otro particular de momento, quedo de usted para cualquier duda o aclaración al respecto.

Atentamente

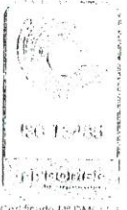
José Francisco Martínez Calzada  
 Representante legal

*JFMC*  
 17:39

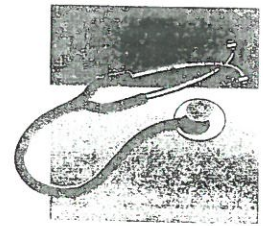
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 IMSS DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
 RECEPCIONADO  
 06 MAR 2020  
 COORDINACIÓN DE CONTROL DE ABASTO

**ANEXOS**  
**DIVISION DE CONTRATOS**  
 Empresa certificada

FEBRERO DE 1917 S/N ZONA INDUSTRIAL DE CHALCO C.P. 56600  
 CHALCO, EDO. DE MÉXICO TEL.: 59-75-60-60 FAX: 59-75-47-37



SIN TEXTO



## SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE REGISTRO SANITARIO.

(CARTA EN ORIGINAL, PAPEL MEMBRETADO Y FIRMA AUTÓGRAFA DEL PROVEEDOR)

CIUDAD DE MÉXICO, a 05 de MARZO de 2020  
(FECHA DE SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE REGISTRO SANITARIO)

Administrador del Contrato de la  
Dependencia o Entidad, o representante de los Administradores  
Presente.

JOSÉ FRANCISCO MARTÍNEZ CALZADA en mi carácter de Representante Legal de la empresa DL MEDICA, S.A. DE C.V., en apego al numeral 18.2 de los términos y condiciones del procedimiento de LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL ABIERTA ELECTRÓNICA NO. LA-006000993-E5-2019, contenidas en el anexo del contrato número U200093, solicito a usted la inclusión de(los) registro(s) sanitario(s), así como la suscripción del convenio modificatorio correspondiente para la(s) clave(s) de los contratos que se detallan a continuación:

Para lo cual integro la siguiente documentación e información.

U200093	060	598	0010	11	01	001	DEL 002 AL 004		005	DEL 006 AL 007	N/A	008	N/A
---------	-----	-----	------	----	----	-----	----------------	--	-----	----------------	-----	-----	-----

(Indicar el número de foja en el que se anexa el documento)

Lo anterior toda vez que (especificar el motivo por el cual se actualiza el supuesto de inclusión de registro sanitario)

Sin más por el momento, aprovecho el presente para enviarle un cordial saludo.

JOSÉ FRANCISCO MARTÍNEZ CALZADA  
NOMBRE Y FIRMA  
DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROVEEDOR

Deberá integrar como parte de su solicitud, lo siguiente:

- Formato de inclusión de registro sanitario o marca, que se detalla a continuación, debidamente requisitado;

ANEXOS  
DIVISION DE CONTRATOS

FEBRERO DE 1917 S/N ZONA INDUSTRIAL DE CHALCO C.P. 56600  
CHALCO, EDO. DE MÉXICO TEL.: 59-75-60-60 FAX: 59 75 47 37

Empresa certificada

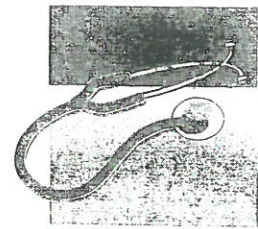


Certificado N° SC 4779-1



Certificado N° DM014-1

SIN TEXTO



**FORMATO R**  
**FORMATO DE CARTA COMPROMISO**  
 (EN ORIGINAL, PAPEL MEMBRETADO Y FIRMA AUTÓGRAFA DEL FABRICANTE)

México, Ciudad de México, a 05 de marzo de 2020.

Instituto Mexicano del Seguro Social.  
 Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios.  
 Coordinación Técnica de Bienes y Servicios.  
 División de Bienes Terapéuticos  
 Coordinación de Control de Abasto  
 LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL ABIERTA ELECTRÓNICA NO. LA-006000993-E5-2019 PARA LA "CONTRATACIÓN CONSOLIDADA DE BIENES TERAPÉUTICOS (MATERIAL DE CURACIÓN, LABORATORIO, OSTEOSÍNTESIS Y ENDOPRÓTESIS) PARA EL EJERCICIO FISCAL 2020"  
**P R E S E N T E**

El suscrito **JOSÉ FRANCISCO MARTÍNEZ CALZADA** en mi calidad de representante legal o persona que cuenta con facultades para comprometer a la empresa **DL MEDICA, S.A. DE C.V.**, **MANIFIESTO**, que los Bienes o servicios objeto de esta contratación, correspondientes a las siguientes partidas cumplen con los estándares de calidad, bajo lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas, Normas Mexicanas, Normas Internacionales y a falta de éstas, de acuerdos a las especificaciones técnicas como fabricante; y cuentan con una garantía de vida útil de por lo menos 48 meses a partir de la fecha de fabricación.

Partida	Clave del cuadro básico o clave institucional	Descripción (corta)	Presentación		País de origen	Número de registro sanitario
			Unidad de medida (presentación)	Cantidad máxima		
25	0605980010	Llaves. De 4.vías con marcas indicadoras del sentido en el que fluyen las soluciones y posición de cerrado aditamento de cierre luer lock (móvil) en el ramal de la llave que se conecta al tubo de la extensión. Tubo de extensión removible de plástico grado médico longitud 80 cm y diámetro interno 2.7 mm mínimo conector luer lock hembra en el extremo del tubo que se conecta con la llave y conector luer macho en el extremo proximal con aditamento de cierre luer lock (móvil). Pieza.	PZA 1 PZA	3,949,876	MÉXICO	0163C2020 SSA

**JOSÉ FRANCISCO MARTÍNEZ CALZADA.**  
**REPRESENTANTE LEGAL**  
**NOMBRE Y FIRMA**

**ANEXOS**  
**DIVISION DE CONTRATOS**  
 Empresa certificada

**FEBRERO DE 1917 S/N ZONA INDUSTRIAL DE CHALCO C.P. 56600**  
**CHALCO, EDO. DE MÉXICO TEL.: 59-75-60-60 FAX: 59 75 47 37**



Certificado N° SC 4779-1

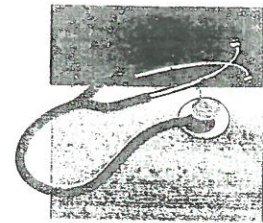


Certificado N° D8014-1

SIN TEXTO



SIN TEXTO



## MANIFESTACIÓN DE ORIGEN DE LOS BIENES

MANIFESTACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO EN LA REGLA 5.2 DE LAS REGLAS PARA LA CELEBRACIÓN DE LICITACIONES PÚBLICAS INTERNACIONALES BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS DE LIBRE COMERCIO SUSCRITOS POR LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS DE FECHA 28 DE DICIEMBRE DEL 2010.

CIUDAD DE MEXICO A 05 DE MARZO DE 2020

Instituto Mexicano del Seguro Social.  
Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios.  
Coordinación Técnica de Bienes y Servicios.  
División de Bienes Terapéuticos  
Coordinación de Control de Abasto

LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL ABIERTA ELECTRÓNICA NO. LA-006000993-E5-2019 PARA LA "CONTRATACIÓN CONSOLIDADA DE BIENES TERAPÉUTICOS (MATERIAL DE CURACIÓN, LABORATORIO, OSTEOSÍNTESIS Y ENDOPRÓTESIS) PARA EL EJERCICIO FISCAL 2020"

PRESENTE

Me refiero al procedimiento LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL ABIERTA ELECTRÓNICA NO. LA-006000993-E5-2019 en el que mi representada, la empresa **DL MEDICA, S.A. DE C.V.**, participó a través de propuesta resultando adjudicado el contrato **U200093**, así como a mi solicitud de inclusión de registro sanitario de fecha **05 DE MARZO DE 2020**

Sobre el particular, y en los términos de lo previsto en las "Reglas para la celebración de licitaciones públicas internacionales bajo la cobertura de tratados de libre comercio suscritos por los Estados Unidos Mexicanos", el que suscribe manifiesta bajo protesta de decir verdad que, en el supuesto de que me sea incluido el registro sanitario al contrato respectivo, suministraré la totalidad de los bienes que entregue con motivo de esta inclusión, por el que solicito la inclusión para la clave **060 598 0010 11 01** con el registro sanitario **0163C2020 SSA**, mismos que será(n) producido(s) en los Estados Unidos Mexicanos y contarán con un porcentaje de contenido nacional de cuando menos el 65%.

De igual forma, manifiesto bajo protesta de decir verdad, que tengo conocimiento de lo previsto en el artículo 57 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. En este sentido, me comprometo, en caso de ser requerido, a aceptar una verificación del cumplimiento de los requisitos sobre el contenido nacional de los bienes aquí ofertados, a través de la exhibición de la información documental correspondiente y/o a través de una inspección física de la planta industrial en la que se producen los bienes, conservando dicha información por tres años a partir de la entrega de los bienes al Instituto .

ATENTAMENTE

  
**JOSE FRANCISCO MARTINEZ CALZADA**  
NOMBRE Y FIRMA  
DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA LICITANTE

**ANEXOS**  
**DIVISION DE CONTRATOS**

FEFEBERO DE 1917 S/N ZONA INDUSTRIAL DE CHIALCO C.P. 56600  
CHIALCO, EDO. DE MÉXICO TEL.: 59-75-60-60 FAX: 59 75 47 37



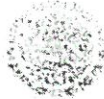
Certificado N° SC 4779-1

Empresa certificada,



Certificado N° DM014-1

SIN TEXTO



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS**  
**COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA**  
**DIRECCIÓN EJECUTIVA DE AUTORIZACIÓN DE PRODUCTOS Y ESTABLECIMIENTOS**  
**SUBDIRECCIÓN EJECUTIVA DE SERVICIOS DE SALUD Y DISPOSITIVOS MÉDICOS**

**REGISTRO SANITARIO No.**  
**0163C2020 SSA**  
**No. DE SOLICITUD**  
**193300401A0060**

**DOCUMENTO**  
**CONFIDENCIAL**

Con fundamento en los Artículos 4 párrafo cuarto, 8, 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 1, 3 y 16 fracción X de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3 fracción XXIII, 4 fracción III, 17 bis fracción IV, 194 fracción II, 194 bis, 197, 204, 262, 368, 376, 376 Bis, 378, 380 y 393 de la Ley General de Salud; 1 y 2 inciso C fracción X del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 1, 3 fracción I inciso b, y fracción VII, 4 fracción II inciso c y 14 fracción I del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios; 1, 82, 83, 153, 157, 179, 180, 181 del Reglamento de Insumos para la Salud; con fundamento en lo dispuesto por el artículo Décimo Primero del Acuerdo por el que se delegan las facultades que se señalan, en los Órganos Administrativos que en el mismo se indican de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 7 de abril de 2010; así como los relativos y aplicables del Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria; publicado el 28 de enero de 2011 en el Diario Oficial de la Federación, se otorga el presente Registro Sanitario bajo las siguientes condiciones:

Titular del registro: DL Médica, S.A. de C.V.  
Domicilio: Calle Febrero de 1917 S/N, Nave-2, 3, 5, 6, 7 y 8, Colonia Zona Industrial, Chalco, C.P. 56600, Estado de México, México.  
R.F.C. DME 971017FZ7.

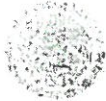
**CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO**

Denominación Distintiva: Llave de tres o cuatro vías DLP.  
Denominación Genérico: Llave de tres o cuatro vías.  
Tipo de Insumo para la Salud Art. 262 LGS: V. Materiales quirúrgicos y de curación.  
Clasificación del Insumo para la Salud Art. 83 RIS: Clase II.  
Fabricado por: DL Médica, S.A. de C.V.  
Domicilio: Calle Febrero de 1917 S/N, Nave 2, 3, 5, 6, 7 y 8, Colonia Zona Industrial, Chalco, C.P. 56600, Estado de México, México.  
Distribuido por: DL Médica, S.A. de C.V.  
Domicilio: Calle Febrero de 1917 S/N, Nave 2, 3, 5, 6, 7 y 8, Colonia Zona Industrial, Chalco, C.P. 56600, Estado de México, México.

**ANEXOS**

**DIVISION DE CONTRATOS**

SIN TEXTO



Indicaciones de uso:

Llave de tres o cuatro vías indicada para proporcionar acceso al sistema de cánula intravenoso para la administración de diferentes fluidos o medicamentos simultáneamente.

Descripción:

Llave de tres o cuatro vías con marcas indicadoras del sentido en el que fluyen las soluciones y posición de cerrado, aditamento de cierre luer lock (móvil) en el ramal de la llave, que se conecta al tubo de la extensión.

Con o sin tubo de extensión removible de plástico grado médico, longitud de 80 cm y diámetro interno 2.7 mm mínimo, conector luer lock hembra en el extremo del tubo que se conecta con la llave y conector luer macho en el extremo proximal, con aditamento de cierre luer lock (móvil).

Artículo elaborado con materiales plásticos grado médico. La superficie que se ponga en contacto con los líquidos suministrados, no contendrá sustancias que puedan disolverse o provocar reacciones con los mismos.

Las partes mínimas que integran el producto son:

Pieza móvil (A). Pieza de plástico semirrígido ensamblada en la parte central de la base llave de tres ramales, con orificios que comunican u obturan los ramales del sistema, incluye sobre su parte superior una extensión o saliente por medio del cual se logran las posibles combinaciones de flujo al permitir un giro de 180° para la llave de tres vías y un giro de 360° para la llave de cuatro vías.

Pieza fija de 3 ramales (B). Pieza de plástico semirrígida con tres ramales, dos laterales y uno central, a través de los cuales pasan dos o más soluciones diferentes. Dos ramales tienen entrada universal tipo Luer hembra con rosca y el otro tiene una entrada universal tipo Luer macho para su ensamble al tubo de extensión y un aditamento de cierre móvil con rosca.

Tapones protectores de la llave (C). Piezas de plástico para proteger y mantener la esterilidad interna de los ramales de la llave y el extremo proximal del tubo de extensión, por lo que ajusta firmemente a éstos y se retira con facilidad.

Tubo de extensión (D). Pieza de plástico, transparente o translúcido que permite observar a simple vista la interface de aire y agua durante el paso de burbujas de aire, que bajo condiciones de uso normal es flexible y resistente para adaptarse sin torceduras o colapsamientos. Unido herméticamente un conector Luer hembra en el extremo el tubo que conecta con la llave. En el otro extremo tiene un conector Luer macho con un aditamento de cierre móvil con rosca para ensamblar.

Producto esterilizado con Óxido de Etileno.

Presentación:

- Llave de cuatro vías con tubo de extensión.

Llave de 4 vías con marcas indicadoras del sentido en el que fluyen las soluciones y posición de cerrado, aditamento de cierre luer lock (móvil) en el ramal de la llave, que se conecta al tubo de la extensión.

Tubo de extensión removible de plástico grado médico, longitud 80 cm y diámetro interno 2.7 mm mínimo, conector luer lock hembra en el extremo del tubo que se conecta con la llave y conector luer macho en el extremo proximal, con aditamento de cierre luer lock (móvil). Estéril y desechable.

Pieza.

- Llave de cuatro vías sin extensión.

Llave de cuatro vías sin extensión, de plástico.

Estéril y desechable.

Pieza.

DOCUMENTO  
CONFIDENCIAL

SIN TEXTO

DOCUMENTO  
CONFIDENCIAL

- Llave de tres vías con tubo de extensión.  
Llave de tres vías con tubo de extensión. De plástico rígido o equivalente, con tubo de extensión de cloruro de polivinilo de 80 cm de longitud.  
Estéril y desechable.  
Pieza
- Llave de tres vías sin extensión.  
Llave de tres vías sin extensión, de plástico.  
Estéril y desechable.  
Pieza.  
Contenido: 1, 50, 100, 150, 200, 300, 400, 450 y 500 piezas.  
Listado de accesorios y componentes:
  - Tubo de extensión.
  - Tapón de llave.
  - Pieza móvil.
  - Conector Macho.
  - Conector Hembra.
  - Tapón de extensión.
  - Pieza fija de 3 ramales (cuerpo).
  - Lubricante.

Envase Primario: Blíster, compuesto de una cara de papel grado médico y una cara plástica termosellable.

Envase Secundario: Caja de cartón.

Caducidad:

Plazo tentativo de 24 meses para mascarillas a presentar reporte completo del estudio de estabilidad realizado al producto en tiempo real.

Publicidad dirigida a:

Profesionales de la Salud.

Fecha de emisión:

21 de febrero de 2020.

Fecha de vencimiento:

21 de febrero de 2025.

**SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN.  
DIRECTORA EJECUTIVA DE AUTORIZACIÓN DE  
PRODUCTOS Y ESTABLECIMIENTOS**

  
GRACIELA AGUILAR GIL SAMANIEGO

**OBSERVACIONES AL REGISTRO:**

1. El presente Registro Sanitario es un documento auténtico expedido por el gobierno mexicano. Es un requisito indispensable pero no suficiente para la comercialización del producto autorizado, por lo que se expide sin interferir con disposiciones de otras dependencias.
2. La presente autorización será revocada ante cualquier alteración a las condiciones y términos en la que fue otorgada, sin perjuicio de las sanciones que en su caso correspondan.
3. La importación, exportación, acondicionamiento, venta o suministro al público del producto autorizado deberá estar de acuerdo a las condiciones en las que se ha aprobado, por lo que el solicitante deberá especificar cada proceso, señalando el lugar en el cual se llevan a cabo (Razón Social y domicilio).
4. Las presentaciones para el Sector Salud deberán sujetarse a las disposiciones emitidas por el Consejo de Salubridad General por lo que su autorización no es competencia de esta Comisión.
5. La información contenida en las etiquetas o contraetiquetas se deberá sujetar a lo establecido en la Ley General de Salud, en el Reglamento de Insumos para la Salud y las Normas Oficiales Mexicanas, deberá estar en idioma español y corresponder a lo autorizado en el presente documento.
6. El contenido de los manuales e instructivos de uso presentados ante esta Comisión, son responsabilidad del fabricante y del titular del Registro, debiendo cumplir con las disposiciones y reglamentación vigentes.

SOR/MNCG

Este documento no es válido si presenta tachaduras, borraduras o enmendaduras.  
Hoja 3 de 3 193300401A0060

**ANEXOS**  
**DIVISION DE CONTRATOS**  
COF 230851

SIN TEXTO

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-02
Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS

Número de Ingreso
193300507A0124

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexos.  
 Llenar con letra de molde legible o a máquina o a computadora.  
 El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave: COFEPRIS-05-007-A	Nombre: AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA AL AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y/O RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD.
Modalidad: A.- FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS O REMEDIOS HERBOLARIOS.	

2. Datos del propietario

**Persona física**

RFC: \_\_\_\_\_  
 CURP (opcional): \_\_\_\_\_  
 Nombre(s): \_\_\_\_\_  
 Primer apellido: \_\_\_\_\_  
 Segundo apellido: \_\_\_\_\_  
 Lada: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Extensión: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTO CONFIDENCIAL**

**Persona moral**

RFC: DME 971017FZ7  
 Denominación o razón social: DL MÉDICA, S.A. de C.V.  
 Representante legal o apoderado que solicita el trámite  
 RFC: \_\_\_\_\_  
 CURP (opcional): \_\_\_\_\_  
 Nombre(s): \_\_\_\_\_  
 Primer apellido: \_\_\_\_\_  
 Segundo apellido: \_\_\_\_\_  
 Lada: 01 55  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Extensión: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: direccion@corporativodl.com.mx

Domicilio fiscal del propietario

Código postal: 04010  
 Tipo y nombre de vialidad: \_\_\_\_\_  
 (Por ejemplo, Avonida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)  
 Número exterior: \_\_\_\_\_ Número interior: \_\_\_\_\_  
 Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_  
 Municipio o alcaldía: \_\_\_\_\_  
 Entidad Federativa: \_\_\_\_\_  
 Entre vialidad (tipo y nombre): \_\_\_\_\_  
 Y vialidad (tipo y nombre): \_\_\_\_\_  
 Vialidad posterior (tipo y nombre): \_\_\_\_\_  
 Lada: 01 55

"De conformidad con los artículos 4 y 69-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)"



Contacto:  
 Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;  
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
 C.P. 03810.  
 Teléfono 01-800-033-5050  
 contacto@cofepris.gob.mx

SE CANCELAN DATOS PERSONALES DE PERSONA(S) FÍSICAS IDENTIFICABLE(S) TALES COMO: NOMBRE DE PERSONAS FÍSICAS, RFC, DOMICILIO, TELÉFONO OR CONSIDERARSE INFORMACIÓN CUYA DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR A LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 113 FRACCIÓN I Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 09-mayo-2016

SIN TEXTO

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros)

Teléfono: [REDACTED]

Extensión:

3. Datos del establecimiento

RFC: DME 971017FZ7

Denominación o razón social: DL MÉDICA, S.A. de C.V.

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

Clave SCIAN

Descripción del SCIAN

339111

FABRICACIÓN DE EQUIPO NO ELÉCTRICO PARA USO MÉDICO, DENTAL Y PARA LABORATORIO (INCLUYE INSTRUMENTAL, MEDIOS DE DIAGNÓSTICO, ORTESIS, PRÓTESIS Y AYUDAS FUNCIONALES)

339112

FABRICACIÓN DE MATERIAL DESECHABLE DE USO MÉDICO

Nota: Si el espacio es insuficiente para las claves SCIAN adicione los renglones necesarios.

Horario de operaciones

D	L	M	M	J	V	S	de	08:00	a	17:00
HH	MM							HH	MM	
D	L	M	M	J	V	S	de	08:00	a	12:00
HH	MM							HH	MM	

Fecha de inicio de operaciones: C.D. MM. AAAA

**DOCUMENTO CONFIDENCIAL**

Domicilio del establecimiento

Código postal: 56600

Tipo y nombre de vialidad:

CALLE FEBRERO DE 1917

(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)

Número exterior: S/N

Número interior: NAVE 2, 3, 5, 6, 7 Y 8

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:

COLONIA ZONA INDUSTRIAL

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros)

Localidad:

Municipio o alcaldía: CHALCO

Entidad Federativa: ESTADO DE MÉXICO

Entre vialidad (tipo y nombre):

Y vialidad (tipo y nombre):

Vialidad posterior (tipo y nombre):

Lada: 01 55

Teléfono: 59-75-60-60

Extensión:

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

Representante legal

CURP (opcional):

Nombre(s): [REDACTED]

Primer apellido: [REDACTED]

Segundo apellido: [REDACTED]

Lada: 01 55

Teléfono: [REDACTED]

Extensión:

Correo electrónico: direccion@corporativodl.com.mx

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

Persona autorizada

CURP (opcional):

Nombre(s): [REDACTED]

Primer apellido: [REDACTED]

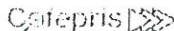
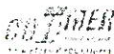
Segundo apellido: [REDACTED]

Lada: 01 55

Teléfono: [REDACTED]

Extensión: 322

Correo electrónico: asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx



Contacto:  
Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;  
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México  
C.P. 03810.  
Teléfono 01-800-033-5050  
contacto@colepris.gob.mx

ANEXOS

DIVISION DE CONTRATOS

SE CANCELAN DATOS PERSONALES DE PERSONA(S) FÍSICAS IDENTIFICABLE(S) TALES COMO: NOMBRE, TELÉFONO DE PERSONAS FÍSICAS POR CONSIDERARSE INFORMACIÓN CUYA DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR A LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 113 FRACCIÓN I Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 09-mayo-2016

SIN TEXTO

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Representante legal

CURP (opcional):  
Nombre(s):  
Primer apellido:  
Segundo apellido:  
Lada: 01 55  
Teléfono:  
Extensión:  
Correo electrónico: direccion@corporativodl.com.mx

Representante legal

CURP (opcional):  
Nombre(s):  
Primer apellido:  
Segundo apellido:  
Lada:  
Teléfono:  
Extensión:  
Correo electrónico:

Representante legal

CURP (opcional):  
Nombre(s):  
Primer apellido:  
Segundo apellido:  
Lada:  
Teléfono:  
Extensión:  
Correo electrónico:

**DOCUMENTO CONFIDENCIAL**  
(Representante legal)

CURP (opcional):  
Nombre(s):  
Primer apellido:  
Segundo apellido:  
Lada:  
Teléfono:  
Extensión:  
Correo electrónico:

Persona autorizada

CURP (opcional):  
Nombre(s):  
Primer apellido:  
Segundo apellido:  
Lada: 01 55  
Teléfono:  
Extensión: 322  
Correo electrónico: asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx

Persona autorizada

CURP (opcional):  
Nombre(s):  
Primer apellido:  
Segundo apellido:  
Lada: 01 55  
Teléfono:  
Extensión: 322  
Correo electrónico: asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx

Persona autorizada

CURP (opcional):  
Nombre(s):  
Primer apellido:  
Segundo apellido:  
Lada: 01 55  
Teléfono:  
Extensión: 322  
Correo electrónico: asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx

Persona autorizada

CURP (opcional):  
Nombre(s):  
Primer apellido:  
Segundo apellido:  
Lada: 01 55  
Teléfono:  
Extensión: 322  
Correo electrónico: asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx

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

SIN TEXTO

4. Datos de la ambulancia

**CONFIDENCIAL**

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.

Características	Primera tabla		
	<input type="radio"/> Marítima	<input type="radio"/> Terrestre	
	<input type="radio"/> Baja	<input type="radio"/> A modificar	
	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca			
Modelo			
Número de placas			
Número de motor			

Características	Segunda tabla		
	<input type="radio"/> Marítima	<input type="radio"/> Terrestre	
	<input type="radio"/> Ya modificado		
	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca			
Modelo			
Número de placas			
Número de motor			

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	
	<input type="radio"/> Baja	<input type="radio"/> A modificar
Alta		
RFC		
CURP (opcional)		
Nombre(s)		
Primer apellido		
Segundo apellido		
Lada		
Teléfono		
Extensión		
Correo electrónico		
Con título profesional de:		
Título profesional expedido por:		
Número de cédula profesional:		
Con especialidad de:		
Título de especialidad expedido por:		
Número de cédula de la especialidad		
Horario de operaciones		

	Segunda columna
	<input type="radio"/> Ya modificado
RFC:	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	
Con título profesional de:	
Título profesional expedido por:	
Número de cédula profesional:	
Con especialidad de:	
Título de especialidad expedido por:	
Número de cédula de la especialidad:	
Horario de operaciones	



Contacto:  
 Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles,  
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
 C.P. 03810.  
 Teléfono 01-800-033-5050  
 contacto@cofepris.gob.mx

**ANEXOS**  
**DIVISION DE CONTRATOS**  
 Página 4 de 12

SN TEXTO

D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM
D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM

Firma del responsable sanitario

Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja

D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM
D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM

Firma del responsable sanitario:

Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación o actualización

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

1) Solo llenar este apartado en caso de producto:

Nuevo  A modificar  Baja

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":

Categoría:  
INSUMOS PARA LA SALUD

Grupo:  
DISPOSITIVOS MÉDICOS

Subgrupo:  
EQUIPO MÉDICO  
MATERIALES QUIRURGICOS Y DE CURACIÓN

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:

4) Marca comercial del producto:

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

1) Solo llenar este apartado en caso de producto:

Nuevo  Ya modificado  Baja

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":

Categoría:

Grupo:

Subgrupo:

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:

4) Marca comercial del producto:

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

SIN TEXTO

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo 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	

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo 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 recuadro de producto o servicio, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.

Tabla "A" Proceso

1. Obtención	5. Conservación	9. Manipulación	13. Almacenamiento a temperatura ambiente
2. Elaboración	6. 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. Expendio o suministro al público
4. Preparación	8. Envasado	12. Distribución	

DOCUMENTO

Modificación o actualización de datos para establecimientos

~~CONFIDENCIAL~~

MÉXICO



Contacto:  
 Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles,  
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
 C.P. 03810.  
 Teléfono 01-800-033-5050  
 contacto@cofepris.gob.mx

**ANEXOS**  
**DIVISION DE CONTRATOS**

SIN TEXTO

# DOCUMENTO

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

## CONFIDENCIAL

Tipo de modificación

	Dice	Debe decir
	Persona física	Persona física
RFC:		RFC:
CURP (opcional):		CURP (opcional):
Nombre(s):		Nombre(s):
Primer apellido:		Primer apellido:
Segundo apellido:		Segundo apellido:
Lada:		Lada:
Teléfono:		Teléfono:
Extensión:		Extensión:
Correo electrónico:		Correo electrónico:
	Persona moral	Persona moral
RFC:		RFC:
Denominación o razón social:		Denominación o razón social:

Datos del Propietario

Tipo de modificación

	Dice	Debe decir
Código postal:	04010	04010
Tipo y nombre de vialidad:	CALLE TATAVASCO <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>	CALLE TATA VASCO <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>
Número exterior:	79	79
Número interior:		
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	COLONIA SANTA CATARINA <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros)</small>	COLONIA SANTA CATARINA <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros)</small>
Localidad:		
Municipio o alcaldía:	COYOACAN	COYOACAN
Entidad Federativa:	CIUDAD DE MÉXICO	CIUDAD DE MÉXICO
Entre vialidad (tipo y nombre):	AVENIDA MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO	AVENIDA MIGUEL ÁNGEL DE QUEVEDO
Y vialidad (tipo y nombre):	CALLE DULCE OLIVA	CALLE DULCE OLIVA
Vialidad posterior (tipo y nombre):		
Lada:	01 55	01 55
Teléfono:	59-75-60-60	59-75-60-60
Extensión:		

Domicilio del propietario (domicilio fiscal)

SIN TEXTO

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

**CONFIDENCIAL**

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
	Persona física	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):
Datos del establecimiento	Lada	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:
	Persona moral	Persona moral
	RFC:	RFC:
	Denominación o razón social:	Denominación o razón social:

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
	Código postal:	Código postal:
	Tipo y nombre de vialidad:	Tipo y nombre de vialidad:
	(Por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)
	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:
	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)
Domicilio del establecimiento	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):
	Lada:	Lada:
	Teléfono	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
Horario del establecimiento	D L M M J V S de HH MM a HH MM	D L M M J V S de HH MM a HH MM

SIN TEXTO

DOCUMENTO

CONFIDENCIAL

Clave SCIAN y su descripción

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
Representante legal	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:

Nota Reproducir el apartado de representante legal, tantas veces como representantes legales tenga notificados o requiera notificar.

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada: 01 55
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión: 322
	Correo electrónico: asuntosregulatorios@corporativodf.com.mx	Correo electrónico:

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada: 01 55
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión: 322
	Correo electrónico: asuntosregulatorios@corporativodf.com.mx	Correo electrónico: asuntosregulatorios@corporativodf.com.mx

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada: 01 55

Contacto:  
 Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810.  
 Teléfono 01-800-033-5055  
 contacto@cofepris.gob.mx

**PROYOS**  
**DIVISION DE CONTRATOS**

SE CANCELAN DATOS PERSONALES DE PERSONA(S) FÍSICAS IDENTIFICABLE(S) TALES COMO: NOMBRE DE PERSONAS FÍSICAS POR CONSIDERARSE INFORMACIÓN CUYA DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR A LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 113 FRACCIÓN I Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 09-mayo-2016

SIN TEXTO

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Teléfono:	[REDACTED]	Teléfono:	[REDACTED]
Extensión:	322	Extensión:	322
Correo electrónico:	asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx	Correo electrónico:	asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx

Tipo de modificación	Dice	Debe decir	
<input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):	
	Nombre(s):	Nombre(s):	
	Primer apellido:	Primer apellido:	
	Segundo apellido:	Segundo apellido:	
	Lada: 01 55	Lada: 01 55	
	Teléfono:	Teléfono:	
	Extensión: 322	Extensión: 322	
Correo electrónico:	asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx	Correo electrónico:	asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx

Tipo de modificación	Dice	Debe decir	
<input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):	
	Nombre(s):	Nombre(s):	
	Primer apellido:	Primer apellido:	
	Segundo apellido:	Segundo apellido:	
	Lada: 01 55	Lada: 01 55	
	Teléfono:	Teléfono:	
	Extensión: 322	Extensión: 322	
Correo electrónico:	asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx	Correo electrónico:	asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx

Nota: Reproducir el apartado de persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificadas o requiera notificar

Suspensión de actividades     
  Reinicio de actividades     
  Baja definitiva del establecimiento

De DD / MM / AAAA A DD / MM / AAAA Fecha DD / MM / AAAA

Los datos declarados en este formato serán utilizados en los trámites que la empresa requiera posteriormente. Asegúrese que sean correctos y mantenerlos actualizados

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 puedo 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

DOCUMENTO

ATENTAMENTE

JOAQUÍN ESTEBAN GARCÍA HUGUÉS  
 REPRESENTANTE LEGAL

CONFIDENCIAL

Nombre completo y firma autógrafa del propietario o representante legal

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 marque sin costo al 01-800-033-5050 y en caso de requerir el número de ingreso y/o seguimiento de su trámite enviado al área de Tramitación Foránea marque sin costo al 01-800-420-4224.

Contacto:  
 Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;  
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
 C.P. 03810.  
 Teléfono 01-800-033-5050  
 contacto@cofepris.gob.mx

**DIVISION DE CONTRATOS**

SE CANCELAN DATOS PERSONALES DE PERSONA(S) FÍSICAS IDENTIFICABLE(S) TALES COMO: NOMBRE DE PERSONAS FÍSICAS, TELÉFONO POR CONSIDERARSE INFORMACIÓN CUYA DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR A LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 113 FRACCIÓN I Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 09-mayo-2016

SIN TEXTO

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 Expendio 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 Los de la pesca 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 (pasteles, 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 Tabletas o comprimidos Jarabe
		Bebidas no alcohólicas	Agua envasada (mineral, mineralizada y/o purificada) Jugos y néctares Bebidas adicionadas con cafeína Bebidas saborizadas Polvo o jarabe para preparar bebidas Bebidas para deportistas Hielo potable Nieve Bebidas congeladas
		Bebidas alcohólicas	Fermentadas Destiladas Preparadas Coctel 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 aromacología y aromalogía (Perfumes y fragancias)
		Productos de aseo y limpieza	Productos especiales para textiles Productos para desobstruir conductos sanitarios Productos para el ambiente Productos para la higiene Productos para la limpieza Productos para protección o acabado lustroso
		Materia prima	Lácteos y cárnicos Aceites y grasas Féculas, harinas y derivados
		Expendio y suministro de alimentos	Comedores industriales Bares, cantinas, discotecas, etc. Restaurantes, taquerías, etc. Cafeterías Servicios de banquetes
		Aditivos	Gelificantes o espesantes Saborizantes Edulcorantes Antioxidantes Colorantes Conservadores
		Servicios	Servicio de tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones

ON LINE

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tabla "B" (continuación)

Categoría	Proceso	Grupo	Subgrupo
	Servicios de atención médica que no realizan actos quirúrgicos u obstétricos o consultorios	Consultorio de medicina general	
		Consultorio de atención médica especializada	Nombre de la especialidad
		Consultorio de estomatología	
		Otros consultorios para el cuidado de la salud	Especificar
Servicios de salud	Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Laboratorios	Laboratorios de análisis clínicos Toma de muestras Patología clínica Anatomía patológica Histopatología y citología exfoliativa Ultrasonografía
		Gabinetes de diagnóstico	
		Planificación familiar	
	Servicios de asistencia social	Salud mental	
		Rehabilitación	
		Atención médica paliativa	
	Expendio o suministro al público	Asistencia social	Especificar
		Comercio al por menor de lentes	
		Remedios herbolarios	
Insumos para la salud	Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al público	Dispositivos médicos	Equipo médico Prótesis, órtesis y ayudas funcionales Agentes de diagnóstico Materiales quirúrgicos y de curación Productos higiénicos Insumos de uso odontológico
			Distribución
	Distribución Almacenamiento	Materias primas para medicamentos	Nombre químico de la sustancia
		Medicamentos	Medicamentos alopáticos (además indicar la fracción del medicamento según el tipo de suministro o venta al público) Medicamentos homeopáticos Medicamentos herbolarios Medicamentos vitamínicos Medicamentos biotecnológicos
Salud ambiental	Almacenamiento Comercialización o 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 Inoculante Regulador de crecimiento
		Productos con límite de metales pesados	Juguetes Cerámica vidriada Artículos escolares

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

SIN TEXTO

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

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-02
Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS

Número de Ingreso
173300507A0198

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexos. Llenar con letra de molde legible o a máquina o a computadora. El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave: COFEPRIS-05-007-A	Nombre: Aviso de Modificación o Baja al Aviso de Funcionamiento y/o Responsable Sanitario del Establecimiento de Insumos para la Salud.
Modalidad: Modalidad A.- Fábrica de Dispositivos Médicos o Remedios Herbolarios.	

2. Datos del propietario

**Persona física**

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

CURP (opcional): \_\_\_\_\_

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

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

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

Lada: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Extensión: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Persona moral**

RFC: DME97401ZFZ7

Denominación o razón social: DL MÉDICA, S.A. de C.V.

Representante legal o apoderado que solicita el trámite

RFC: GAHJ860126HM8

CURP (opcional): 5 AGO 2011

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

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

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

Lada: 01 55

Teléfono: \_\_\_\_\_

Extensión: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: direccion@corporativodl.com.mx

Domicilio fiscal del propietario

Código postal: \_\_\_\_\_

Tipo y nombre de vialidad: \_\_\_\_\_

(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)

Número exterior: 79      Número interior: \_\_\_\_\_

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Municipio o alcaldía: \_\_\_\_\_

Entidad Federativa: \_\_\_\_\_

Entre vialidad (tipo y nombre): \_\_\_\_\_

Y vialidad (tipo y nombre): \_\_\_\_\_

Vialidad (origen o tipo y nombre): \_\_\_\_\_

"De conformidad con los artículos 4 y 69-M, tracción 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)"

CONFIDENCIAL

Contacto: Calle Oklahoma No. 74, Colonia Napoles, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-023-5050 contacto@cofepris.gob.mx

ANEXOS

DIVISION DE CONTRATOS



SE CANCELAN DATOS PERSONALES DE PERSONA(S) FÍSICAS IDENTIFICABLE(S) TALES COMO: NOMBRE Y DOMICILIO DE PERSONAS FÍSICAS POR CONSIDERARSE INFORMACIÓN CUYA DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR A LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 113 FRACCIÓN I Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 09-mayo-2016

SIN TEXTO

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

COLONIA SANTA CATARINA

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

Lada: 01 55  
Teléfono: 59 75 60 60  
Extensión:

3. Datos del establecimiento

RFC: DME 971017FZ7 Denominación o razón social: DL MÉDICA, S.A. de C.V.

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

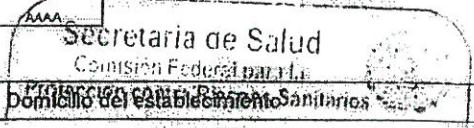
Clave SCIAN	Descripción del SCIAN
339111	FABRICACIÓN DE EQUIPO NO ELÉCTRICO PARA USO MÉDICO, DENTAL Y PARA LABORATORIO (INCLUYE INSTRUMENTAL, MEDIOS DE DIAGNÓSTICO, ÓRTESIS, PRÓTESIS Y AYUDAS FUNCIONALES)
339112	FABRICACIÓN DE MATERIAL DESECHABLE DE USO MÉDICO

Nota: Si el espacio es insuficiente para las claves SCIAN adicione los renglones necesarios.

Horario de operaciones

D						S	de	08:00	a	17:00
								HH:MM		HH:MM
D	L	M	M	J	V	S	de	08:00	a	12:00
								HH:MM		HH:MM

Fecha de inicio de operaciones: DD / MM / AAAA



Código postal: 56600

Tipo y nombre de vialidad:  
CALLE FEBRERO DE 1917

(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)

Número exterior: S/N Número interior: NAVE 2, 3, 5, 6, 7 Y 8.

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:  
COLONIA ZONA INDUSTRIAL

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

Localidad: 25 ABO. 201

Municipio o alcaldía: CHALCO

Entidad Federativa: ESTADO DE MÉXICO

Entre vialidad (tipo y nombre):

Y vialidad (tipo y nombre):

Vialidad posterior (tipo y nombre):

Lada: 01 55  
Teléfono: 59 75 60 60  
Extensión:

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

Representante legal

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada: 01 55

Persona autorizada

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada: 01 55

**CONFIDENCIAL**

Contacto:  
Calle Oklahoma No. 14 Colonia Nápoles,  
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
C.P. 03810.  
Teléfono 01-800-033-5050  
contacto@cofepris.gob.mx

**DIVISION DE CONTRATOS**

SE CANCELAN DATOS PERSONALES DE PERSONA(S) FÍSICAS IDENTIFICABLE(S) TALES COMO: NOMBRE DE PERSONAS FÍSICAS POR CONSIDERARSE INFORMACIÓN CUYA DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR A LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 113 FRACCIÓN I Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 09-mayo-2016

SIN TEXTO

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Teléfono:	59 75 60 60
Extensión:	
Correo electrónico:	direccion@corporativodl.com.mx

Teléfono:	59 75 60 60
Extensión:	322
Correo electrónico:	asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx

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

Representante legal	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	[REDACTED]
Primer apellido:	[REDACTED]
Segundo apellido:	[REDACTED]
Lada:	01 55
Teléfono:	[REDACTED]
Extensión:	
Correo electrónico:	direccion@corporativodl.com.mx

Persona autorizada	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	[REDACTED]
Primer apellido:	[REDACTED]
Segundo apellido:	[REDACTED]
Lada:	01 55
Teléfono:	[REDACTED] de Salud
Extensión:	322
Correo electrónico:	asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx

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

25 ABO. 2017

Representante legal	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	

Persona autorizada	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	[REDACTED]
Primer apellido:	[REDACTED]
Segundo apellido:	[REDACTED]
Lada:	01 55
Teléfono:	[REDACTED]
Extensión:	322
Correo electrónico:	asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx

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

Representante legal	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	

Persona autorizada	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	[REDACTED]
Primer apellido:	[REDACTED]
Segundo apellido:	[REDACTED]
Lada:	01 55
Teléfono:	[REDACTED]
Extensión:	322
Correo electrónico:	asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx

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

DOCUMENTO

CONFIDENCIAL



Contacto:  
 Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles,  
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
 C.P. 03810.  
 Teléfono 01-800-033-5050  
 contacto@cofepris.gob.mx

DIVISION DE CONTRATOS

SE CANCELAN DATOS PERSONALES DE PERSONA(S) FISICAS IDENTIFICABLE(S) TALES COMO: NOMBRE DE PERSONAS FÍSICAS, TELÉFONO POR CONSIDERARSE INFORMACIÓN CUYA DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR A LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 113 FRACCIÓN I Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 09-mayo-2016

SIN TEXTO

Representante legal
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

Persona autorizada
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada: 01 55
Teléfono:
Extensión: 322
Correo electrónico: asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx

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

Representante legal
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

Secretaría de Salud

Persona autorizada
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada: 01 55
Teléfono:
Extensión: 322
Correo electrónico: asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx

Nota: 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			
<input checked="" type="radio"/> Aérea	<input type="radio"/> Marítima	<input type="radio"/> Terrestre	
<input type="radio"/> Alta	<input type="radio"/> Baja	<input type="radio"/> A modificar	
Características	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca			
Modelo			

Segunda tabla			
<input type="radio"/> Aérea	<input checked="" type="radio"/> Marítima	<input type="radio"/> Terrestre	
<input type="radio"/> Ya modificado			
Características	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca			
Modelo			

**CONFIDENCIAL**



Contacto:  
Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles,  
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
C.P. 03810.  
Teléfono 01-800-033-5050  
contacto@cofepris.gob.mx

**DIVISION DE CONTRATOS**

SE CANCELAN DATOS PERSONALES DE PERSONA(S) FÍSICAS IDENTIFICABLE(S) TALES COMO: NOMBRE DE PERSONAS FÍSICAS POR CONSIDERARSE INFORMACIÓN CUYA DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR A LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 113 FRACCIÓN I Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 09-mayo-2016

CHATEAU

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Número de placas			
Número de motor			

Número de placas			
Número de motor			

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					
<input type="radio"/> Alta		<input type="radio"/> Baja		<input type="radio"/> A modificar	
RFC: [REDACTED]					
CURP (opcional): [REDACTED]					
Nombre(s): [REDACTED]					
Primer apellido: [REDACTED]					
Segundo apellido: [REDACTED]					
Lada: [REDACTED]					
Teléfono: [REDACTED]					
Extensión: [REDACTED]					
Correo electrónico: [REDACTED]					
Con título profesional de: [REDACTED]					
Título profesional expedido por: [REDACTED]					
Número de cédula profesional: [REDACTED]					
Con especialidad de: [REDACTED]					
Título de especialidad expedido por: [REDACTED]					
Número de cédula de la especialidad: [REDACTED]					
Horario de operaciones:					
D	[REDACTED]	de	09:00	a	18:00
			HH:MM		HH:MM
D	L M M J V S	de	HH:MM	a	HH:MM
Firma del responsable sanitario					
Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja					

Segunda columna					
<input type="radio"/> Ya modificado					
RFC: [REDACTED]					
CURP (opcional): [REDACTED]					
Nombre(s): [REDACTED]					
Primer apellido: [REDACTED]					
Segundo apellido: [REDACTED]					
Lada: [REDACTED]					
Teléfono: [REDACTED]					
Extensión: [REDACTED]					
Correo electrónico: [REDACTED]					
Con título profesional de: [REDACTED]					
Título profesional expedido por: [REDACTED]					
Número de cédula profesional: [REDACTED]					
Con especialidad de: [REDACTED]					
Título de especialidad expedido por: [REDACTED]					
Número de cédula de la especialidad: [REDACTED]					
Horario de operaciones:					
D	[REDACTED]	s	de	08:00	17:00
				HH:MM	HH:MM
D	L M M J V S	de	HH:MM	a	HH:MM
Firma del responsable sanitario:					
Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación o actualización					

**DOCUMENTO CONFIDENCIAL**

6. Datos del producto o servicio nuevo o a modificar



Contacto:  
Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles,  
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
C.P. 03810.  
Teléfono 01-800-033-5050  
contacto@cofepris.gob.mx

**DIVISION DE CONTRATOS**

SE CANCELAN DATOS PERSONALES DE PERSONA(S) FISICAS IDENTIFICABLE(S) TALES COMO: NOMBRE DE PERSONAS FÍSICAS, RFC, FORMACION, CEDULA PROFESIONAL, POR CONSIDERARSE INFORMACIÓN CUYA DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR A LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 113 FRACCIÓN I Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 09-mayo-2016

SIN TEXTO

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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
1) Solo llenar este apartado en caso de producto: <input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> A modificar <input type="radio"/> Baja	1) Solo llenar este apartado en caso de producto: <input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Ya modificado <input type="radio"/> Baja
2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":	2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":
Categoría: <b>INSUMOS PARA LA SALUD</b>	Categoría: <b>INSUMOS PARA LA SALUD</b>
Grupo: <b>DISPOSITIVOS MÉDICOS</b>	Grupo: <b>DISPOSITIVOS MÉDICOS</b>
Subgrupo: <b>EQUIPO MÉDICO</b>	Subgrupo: <b>MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN</b>
3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:	3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
4) Marca comercial del producto:	4) Marca comercial del producto:
5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila: <input type="radio"/> Persona física	5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila: <input type="radio"/> Persona física
RFC:	RFC:
CURP (opcional):	CURP (opcional):
Nombre(s):	Nombre(s):
Primer apellido:	Primer apellido:
Segundo apellido:	Segundo apellido:
Lada:	Lada:
Teléfono:	Teléfono:
Extensión:	Extensión:
Correo electrónico:	Correo electrónico:
<input type="radio"/> Persona moral	<input type="radio"/> Persona moral
RFC:	RFC:
Denominación o razón social:	Denominación o razón social:
6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora: <input type="radio"/> Persona física	6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora: <input type="radio"/> Persona física
RFC:	RFC:
CURP (opcional):	CURP (opcional):

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Contacto:  
 Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles,  
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
 C.P. 03810.  
 Teléfono 01-800-033-5050  
 contacto@cofepris.gob.mx

**DIVISION DE CONTRATOS**



SIN TEXTO

Nombre(s):  
 Primer apellido:  
 Segundo apellido:  
 Lada:  
 Teléfono:  
 Extensión:  
 Correo 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	

Nombre(s):  
 Primer apellido:  
 Segundo apellido:  
 Lada:  
 Teléfono:  
 Extensión:  
 Correo 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 recuadro de producto o servicio, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.

Tabla "A" Proceso

1. Obtención	5. Conservación	9. Manipulación	13. Almacenamiento a temperatura ambiente
2. Elaboración	6. 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. Expendio o suministro al público
4. Preparación	8. Envasado	12. Distribución	

7. Modificación o actualización de datos para establecimientos

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

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Datos del Propietario	Persona física	Persona física
	RFC:	RFC:
	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:

**DOCUMENTO**  
**CONFIDENCIAL**



Contacto:  
 Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810.  
 Teléfono 01-800-033-5050  
 contacto@cofepris.gob.mx

**DIVISION DE CONTRATOS**

SIN TEXTO

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

Tipo de modificación:	Dice	Debe decir
Domicilio del propietario (domicilio fiscal)	Código postal: 56600	Código postal: 04010
	Tipo y nombre de vialidad: CALLE FEBRERO DE 1917 <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>	Tipo y nombre de vialidad: CALLE TATAVASCO <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>
	Número exterior: S/N      Número interior: NAVE 2	Número exterior: 79      Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: COLONIA ZONA INDUSTRIAL <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: COLONIA SANTA CATARINA <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>
	Localidad:	Localidad:
	Municipio o alcaldía: CHALCO	Municipio o alcaldía: COYOACAN
	Entidad Federativa: ESTADO DE MÉXICO	Entidad Federativa: CIUDAD DE MÉXICO
	Entre vialidad (tipo y nombre):	Entre vialidad (tipo y nombre): AVENIDA MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO
	Y vialidad (tipo y nombre):	Y vialidad (tipo y nombre): CALLE DULCE OLIVA
	Vialidad posterior (tipo y nombre):	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada: 01 55	Lada: 01 55
	Teléfono: 59 75 60 60	Teléfono: 59 75 60 60
Extensión:	Extensión:	

Tipo de modificación:	Dice	Debe decir
Datos del establecimiento	Persona física	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:	

**DOCUMENTO CONFIDENCIAL**

Contacto:  
 Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles, México  
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
 C.P. 03810.  
 Teléfono 01-800-033-5050  
 contacto@cofepris.gob.mx

**DIVISION DE CONTRATOS**



**SIN TEXTO**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

<input type="checkbox"/>	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:
	Persona moral:	Persona moral:
	RFC:	RFC:
	Denominación o razón social:	Denominación o razón social:

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Domicilio del establecimiento	Código postal:	Código postal:
	Tipo y nombre de vialidad:	Tipo y nombre de vialidad:
	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)
	Número exterior:	Número exterior:
	Número interior:	Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)
	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):
	Lada:	Lada:
Teléfono:	Teléfono:	
Extensión:	Extensión:	
<input checked="" type="checkbox"/> Horario del establecimiento	D de 09:00 a 18:00 HH:MM a HH:MM	s de 08:00 a 17:00 HH:MM a HH:MM
	D L M M J V S de 25 a 26 HH:MM a HH:MM	L M M J V de 08:00 a 12:00 HH:MM a HH:MM
<input type="checkbox"/> Clave SCTAN y su descripción		

Secretaría de Salud

DOCUMENTO

CONFIDENCIAL

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Representante legal	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 01-800-033-5050  
 contacto@cofepris.gob.mx

DIVISION DE CONTRATOS



**SIN TEXTO**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Lada:		Lada:	
Teléfono:		Teléfono:	
Extensión:		Extensión:	
Correo electrónico:		Correo electrónico:	

Nota: Reproducir el apartado de representante legal, tantas veces como representantes legales tenga notificados o requiera notificar.

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada: 01 55
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión: 322
Correo electrónico:	asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx	Correo electrónico: asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx

Nota: Reproducir el apartado de persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificados o requiera notificar.

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada: 01 55
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión: 322
Correo electrónico:	asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx	Correo electrónico: asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx

Nota: Reproducir el apartado de persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificados o requiera notificar.

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
Correo electrónico:	asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx	Correo electrónico: asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx

Nota: Reproducir el apartado de persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificados o requiera notificar.

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada:

DOCUMENTO CONFIDENCIAL



Contacto: Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepri.gob.mx

DIVISION DE CONTRATOS

SE CANCELAN DATOS PERSONALES DE PERSONA(S) FISICAS IDENTIFICABLE(S) TALES COMO: NOMBRE DE PERSONAS FISICAS POR CONSIDERARSE INFORMACION CUYA DIFUSION PUEDE AFECTAR A LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 113 FRACCIÓN I Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 09-mayo-2016

**SIN TEXTO**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Teléfono:	Teléfono: 59 75 60 60
Extensión:	Extensión: 322
Correo electrónico: asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx	Correo electrónico: asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx

Nota: Reproducir el apartado de persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificadas o requiera notificar.

Tipo de modificación:	Dice	Debe decir:
<input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico: asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx	Correo electrónico: asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx

Nota: Reproducir el apartado de persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificadas o requiera notificar.

Tipo de modificación:	Dice	Debe decir:
<input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico: asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx	Correo electrónico: asuntosregulatorios@corporativodl.com.mx

Nota: Reproducir el apartado de persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificadas o requiera notificar.

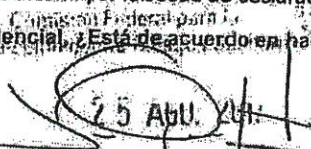
<input checked="" type="radio"/> Suspensión de actividades	<input type="radio"/> Reinicio de actividades	<input type="radio"/> Baja definitiva del establecimiento
De DD / MM / AAAA A DD / MM / AAAA	Fecha DD / MM / AAAA	

Los datos declarados en este formato serán utilizados en los trámites que la empresa requiera posteriormente. Asegúrese que sean correctos y mantenerlos actualizados.

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 puedo 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

**SE CANCELAN DATOS PERSONALES DE PERSONA(S) FISICAS IDENTIFICABLE(S) TALES COMO: NOMBRE, TELEFONO Y FIRMA DE PERSONAS FISICAS POR CONSIDERARSE INFORMACIÓN CUYA DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR A LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 113 FRACCIÓN I Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 09-mayo-2016**

  
 LIC. JOAQUIN ESTEBAN GARCIA HUGUES  
 REPRESENTANTE LEGAL  
 Nombre completo y firma autógrafa del propietario o representante legal

**DOCUMENTO CONFIDENCIAL**

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 marque sin costo al 01-800-033-5050 y en caso de requerir el número de ingreso y/o seguimiento de su trámite enviado al área de Tramitación Foránea marque sin costo al 01-800-420-4224.



Contacto:  
 Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles,  
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
 C.P. 03810.  
 Teléfono 01-800-033-5050  
 contacto@cofepris.gob.mx

**SIN TEXTO**

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 Expendio 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 Los de la pesca 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 (pasteles, 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 Tabletas o comprimidos Jarabe
		Bebidas no alcohólicas	Agua envasada (mineral, mineralizada y/o purificada) Jugos y néctares Bebidas adicionadas con cafeína Bebidas saborizadas Polvo o jarabe para preparar bebidas Bebidas para deportistas Hielo potable Nieve Bebidas congeladas
		Bebidas alcohólicas	Fermentadas Destiladas Preparadas Coctel 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 aromacología y aromalogía (Perfumes y fragancias)
		Productos de aseo y limpieza	Productos especiales para textiles Productos para desobstruir conductos sanitarios Productos para el ambiente Productos para la higiene Productos para la limpieza Productos para protección o acabado lustroso
		Materia prima	Lácteos y cárnicos Aceites y grasas Féculas, harinas y derivados
		Expendio y suministro de alimentos	Comedores industriales Bares, cantinas, discotecas, etc. Restaurantes, laquerías, etc. Cafeterías Servicios de banquetes
		Aditivos	Gelificantes o espesantes Saborizantes Edulcorantes Antioxidantes Colorantes Conservadores
		Servicios	Servicio de tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones

**DOCUMENTO  
CONFIDENCIAL**

**SIN TEXTO**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tabla "B" (continuación)

Categoría	Proceso	Grupo	Subgrupo	
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	Nombre de la especialidad	
		Consultorio de estomatología		
		Otros consultorios para el cuidado de la salud	Especificar	
	Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Laboratorios	Laboratorios de análisis clínicos Toma de muestras Patología clínica Anatomía patológica Histopatología y citología exfoliativa	
			Gabinetes de diagnóstico	Ultrasonografía
	Servicios de asistencia social		Planificación familiar	
			Salud mental	
			Rehabilitación	
			Atención médica paliativa	
	Asistencia social	Especificar		
Expendio o suministro al público		Comercio al por menor de lentes		
Insumos para la salud	Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al público	Remedios herbolarios		
		Dispositivos médicos	Equipo médico Prótesis, órtesis y ayudas funcionales Agentes de diagnóstico Materiales quirúrgicos y de curación Productos higiénicos Insumos de uso odontológico	
	Distribución	Medicamentos	Representante legal en México de una empresa en el extranjero	
	Distribución Almacenamiento	Materias primas para medicamentos	Nombre químico de la sustancia	
		Medicamentos	Medicamentos alopáticos (además indicar la fracción del medicamento según el tipo de suministro o venta al público) Medicamentos homeopáticos Medicamentos herbolarios Medicamentos vitamínicos Medicamentos biotecnológicos	
	Expendio o suministro al público	Farmacia alopática		
Farmacia homeopática				
Botica				
Salud ambiental	Almacenamiento Comercialización o 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 Regulador de crecimiento	
		Productos con límite de metales pesados	Juguetes Cerámica vidriada Artículos escolares	

**DOCUMENTO CONFIDENCIAL**



**Contacto:**  
 Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles, ANEXOS  
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
 C.P. 03810.  
 Teléfono 01-800-033-5050  
 contacto@cofepris.gob.mx **DIVISION DE CONTRATOS**

**SIN TEXTO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

COORDINACIÓN DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

DIVISIÓN INSTITUCIONAL DE CUADROS BÁSICOS DE INSUMOS PARA LA SALUD

RESULTADO TÉCNICO DE LA EVALUACIÓN DE INCLUSIÓN DEL (OS) REGISTRO(S) SANITARIO(S) PRESENTADA POR EL PROVEEDOR  
DL MÉDICA, S.A DE C.V.

EN ATENCIÓN A LA SOLICITUD DEL PROVEEDOR PRESENTADA ANTE LA COORDINACIÓN DE CONTROL DE ABASTO MEDIANTE ESCRITO, PARA LA INCLUSIÓN DEL (OS) REGISTRO(S) SANITARIO(S) A TRAVÉS DE CONVENIO MODIFICATORIO, PARA LA(S) CLAVE(S) QUE AMPARA EL CONTRATO NÚMERO U200093, EL CUAL DERIVÓ DEL PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LOS TRATADOS DE LIBRE COMERCIO No. LA-006000993-E5-2019

LA COORDINACIÓN DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS EN SU CALIDAD DE COORDINACIÓN NORMATIVA DEPENDIENTE DE LA DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS, EN SU CARÁCTER DE ÁREA TÉCNICA Y CONFORME A LOS NUMERALES 4.25 INCISO e), 4.39 Y 5.3.9 INCISO a) DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL IMSS ACTUALIZADAS EL 14 DE DICIEMBRE DE 2017, EN APEGO AL APARTADO DE "INCLUSIÓN DE REGISTROS SANITARIOS" DEL ANEXO TÉRMINOS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN DEL CUAL SE DERIVA DEL CONTRATO QUE SE IDENTIFICA EN EL PRESENTE, REALIZA EL ANÁLISIS DOCUMENTAL PRESENTADO POR EL PROVEEDOR INDICADO EN EL RECUADRO PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS TÉCNICOS DE "REGISTRO SANITARIO", Y TENIENDO COMO FUNDAMENTO LA EVALUACIÓN QUE LAS ÁREAS ESPECÍFICAS DE LA DIVISIÓN INSTITUCIONAL DE CUADROS BÁSICOS DE INSUMOS PARA LA SALUD REALIZARON A LA DOCUMENTACIÓN ENVIADA POR LA COORDINACIÓN DE CONTROL DE ABASTO PARA TAL EFECTO, EMITE EL SIGUIENTE:

RESULTADO TÉCNICO

CEDULA DESCRIPTIVA

CLAVE	INSUMO	DESCRIPCIÓN	EMPRESA	NÚMERO	FECHA DE EXPEDICIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO	EVALUACIÓN
060.598.0010	LLAVES DE CUATRO VIAS	DE 4 VIAS, CON MARCAS INDICADORAS DEL SENTIDO EN EL QUE FLUYEN LAS SOLUCIONES Y POSICIÓN DE CERRADO, ADITAMENTO DE CIERRE LUER LOCK (MÓVIL) EN EL RAMAL DE LA LLAVE QUE SE CONECTA AL TUBO DE EXTENSIÓN. TUBO DE EXTENSIÓN REMOVIBLE DE PLÁSTICO. GRADO MÉDICO, LONGITUD 80 CM Y DIÁMETRO INTERNO 2.7 MM MÍNIMO. CONECTOR LUER LOCK HEMBRA EN EL EXTREMO DEL TUBO QUE SE CONECTA CON LA LLAVE Y CONECTOR LUER MACHO EN EL EXTREMO PROXIMAL, CON ADITAMENTO DE CIERRE LUER LOCK (MÓVIL).	DL MÉDICA, S.A DE C.V	0163C2020 SSA	21/02/2020	21/02/2025	CUMPLE

ATENTAMENTE

JEFE DE ÁREA

DRA. MARIA DE LOURDES ESQUIVEL GUZMAN

ANEXOS  
DIVISION DE CONTRATOS

TITULAR DE LA DIVISIÓN  
DR. LUIS SOLÍS ANAYA

**SIN TEXTO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
COORDINACIÓN DE CONTROL DE ABASTO  
COORDINACIÓN TÉCNICA DE PLANEACIÓN  
DIVISIÓN DE PLANEACIÓN DE BIENES TERAPÉUTICOS

RESULTADO TÉCNICO DE LA EVALUACIÓN DE INCLUSIÓN DE MARCA PRESENTADA POR EL PROVEEDOR  
DL MEDICA, S.A. DE C.V.

EN ATENCIÓN A LA SOLICITUD DEL PROVEEDOR PRESENTADA ANTE LA COORDINACIÓN DE CONTROL DE ABASTO MEDIANTE ESCRITO, PARA LA INCLUSIÓN DE MARCA TRAVÉS DE CONVENIO MODIFICATORIO, PARA LA CLAVE QUE AMPARA EL CONTRATO NÚMERO U200093, EL CUAL DERIVÓ DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN LA-006000993-E4-2019.

ESTA DIVISIÓN DE PLANEACIÓN DE BIENES TERAPÉUTICOS, EN SU CARÁCTER DE ÁREA TÉCNICA Y CONFORME A LOS NUMERALES 4.25 INCISO e), 4.39 Y 5.3.9 INCISO a) DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL IMSS ACTUALIZADAS EL 14 DE DICIEMBRE DE 2017, EN APEGO AL APARTADO DE "NORMA O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA QUE DEBEN CUMPLIR LOS BIENES" DEL ANEXO TÉRMINOS Y CONDICIONES CONTENIDO EN EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN DEL CUAL SE DERIVA DEL CONTRATO QUE SE IDENTIFICA EN EL PRESENTE, REALIZA EL ANÁLISIS DOCUMENTAL PRESENTADO POR EL PROVEEDOR INDICADO EN EL RECUADRO PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS TÉCNICOS DE "NORMA O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA QUE DEBEN CUMPLIR LOS BIENES", EMITIENDO EL SIGUIENTE:

RESULTADO TÉCNICO

INFORMACIÓN A INCLUIR				RESULTADO DE LA EVALUACIÓN
CLAVE	DESCRIPCIÓN	No. Registro Sanitario	Fabricante	
060 598 0010 11 01	LLAVES DE CUATRO VIAS, CON MARCAS INDICADORAS DEL SENTIDO EN EL QUE FLUYEN LAS SOLUCIONES Y POSICIÓN DE CERRADO, ADITAMENTO DE CIERRE LUER-LOCK (MOVIL) EN EL RAMAL DE LA LLAVE QUE SE CONECTA AL TUBO DE EXTENSION, TUBO DE EXTENSION	0163C2020 SSA	DL MEDICA, SA DE C.V.	CUMPLE

ATENTAMENTE

LIC. ANA LAURA MONTES DE OCA CHOREÑO  
TITULAR DE LA DIVISIÓN DE PLANEACIÓN DE BIENES TERAPÉUTICOS

ANEXOS

DIVISION DE CONTRATOS

Fecha de emisión: 11/08/20

**SIN TEXTO**