##### GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

##### ANEXOS DE LA

##### LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL

##### No. 30001122 – 005 – 14

**SERVICIO INTEGRAL DE TAMIZ**

**NEONATAL AMPLIADO**

##### 

**ANEXO 1**

**DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CLAVE** | **DESCRIPCIÓN** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **CANTIDAD** | |
| **MÍNIMO** | **MÁXIMO** |
| 1 | S/C | **SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE TAMIZ NEONATAL AMPLIADO** (Que incluye la detección de 54 desórdenes) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA DE TAMIZAJE AMPLIADO EN RECIEN NACIDOS | 4,600 | 40,600 |

**ANEXO 2**

**FICHAS TÉCNICA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| UNIDAD DE GOBIERNO: **SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**. | | | | | | |
| ÁREA SOLICITANTE: **DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS** | | | | PARTIDA PRESUPUESTAL: **3993** | | |
| **Para la contratación del Servicio Integral Tamiz Neonatal Ampliado el cual se realizara en el Hospital general Tláhuac cada prueba de Tamiz incluye 54 desordenes a detectar los cuales a continuación se describen:**   |  |  | | --- | --- | | Hipotiroidismo congénito | Hipertirotropinema | | Hiperplasia suprarrenal congénita variedad perdedora de sal | Hiperplasia suprarrenal congénita virilizante simple | | Fibrosis quística | Deficiencia de glucosa 6-fosfato deshidrogenasa | | Galactosemia clásica (deficiencia de galactosa 1-fosfato uridil transferasa) | Galactosemia variante Duarte | | Fenilcetonuria clásica | (deficiencia de fenilalanina hidroxilasa) | | Fenil cetonuria por deficiencia de biopterina I (GTPDH:), | Fenilcetonuria por deficiencia de biopterina II (DHPR: dihidropterina reductasa) | | Fenilcetonuria por deficiencia de biopterina III (PAH: fenilalanina deshidroxilasa), | Fenilcetonuria por deficiencia de biopterina IV (PCD: Pterina-4 acarbinol amina dehidratasa) | | Tirosinemia transitoria neonatal | Tirosinemia tipo I (hepatorrenal | | Tirosinemia tipo II (oculocutánea) | Tirosinemia tipo III (Hawkasinuria 4HPPD) | | Argininemia | Acidemia argininosuccínica | | Citrulinemia por deficiencia de argininosuccinato sintetasa | Citrulinemia por deficiencia de citrina | | Atrofia girata | Síndrome HHH (hiperornitinemia, homocitrulinuria e hiperamonemia) | | Homocistinuria | Hipermetioninemia neonatal | | Hiperglicenemia no cetósica | Enfermedad de orina con olor a jarabe de maple clásica | | Enfermedad de orina con olor a jarabe de maple intermedia | 3-metilcrotonilglicinemia | | Acidemia glutárina I | Acidemia 3 hidroxi-3-metilglutárica | | Acidemia isobutírica | Acidemia isovalérica | | Acidemia malónica | Deficiencia de holocarboxilasa sintetasa | | Deficiencia de biotinidasa | Acidemia metilmalónica MUT-MUT0 | | Acidemia metilmalónica | Defectos de la síntesis/ingesta de vitamina B12 materna | | Acidemia propiónica | Acidemia 2-metil-3-hidroxibutírica | | Deficiencia de SCAD (acil-coa deshidrogenasa | Deshidrogenasa de cadena corta), | | Deficiencia de MCAD (Acil-Co A deshidrogenasa de cadena media) | Academia glutárina II | | Academia etilmalónica | 2-4-dienoil-Co A reductasa | | Deficiencia de LCAD (Acil-Co A deshidrogenasa de cadena larga) | Deficiencia de VLCAD (Acil-Co A deshidrogenasa de cadena muy larga) | | Deficiencia sistémica de carnitina | Defectos de síntesis/ingesta de carnitina materna | | Defectos de captación de carnitina | Deficiencia de 3-hidroxii-acil Co A deshidrogenasa de cadena corta (SCHAD) | | Metilbutil glicinuria 2MBG | Variantes de hemoglobina |   **Además debe de incluir.**   1. Instalación de equipos automatizados. 2. Adecuación del área de laboratorio de tamiz neonatal ampliado. 3. Instalación y puesta en marcha de los equipos. 4. Capacitación para el personal (que designe la secretaría de salud del distrito federal para la realización del tamiz neonatal ampliado. 5. Mantenimiento preventivo de los equipos de laboratorio básicos y analizadores 6. Mantenimiento correctivo de todos los equipos automatizados, 7. Dotación de todos los materiales, reactivos, suministros e insumos de laboratorio. 8. Control de calidad interno incluido en los reactivos 9. Control de calidad externo (**CDC:** Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA).   **Descripción del servicio.**   1. Preparación de la muestra 2. Tamizaje de enzimas y hormonas 3. Tamizaje de aminoácidos y acil carnitinas 4. Tamizaje de hemoglobinopatías 5. Reactivos para el laboratorio proporcionados por el proveedor 6. Insumos y consumibles proporcionados por el proveedor 7. Material de vidrio proporcionado por el proveedor 8. Material para la toma de muestra proporcionado por el proveedor 9. Control de calidad interno 10. Control de calidad externo 11. Pruebas confirmatorias 12. El proveedor deberá de Transportar las muestras de las unidades médicas de acuerdo al calendario (Anexo 3) o de los sitios en donde indique la convocante al laboratorio de proceso, debiendo observar las medidas de seguridad necesarias para asegurar la integridad de las muestras a transportar.   **Menú de enfermedades para detectar:**   1. Hipotiroidismo congénito, 2. Hipertirotropinema, 3. Hiperplasia suprarrenal congénita variedad perdedora de sal, 4. Hiperplasia suprarrenal congénita virilizante simple, 5. Fibrosis quística, 6. Deficiencia de glucosa 6-fosfato deshidrogenasa, 7. Galactosemia clásica (deficiencia de galactosa 1-fosfato uridil transferasa), 8. Galactosemia variante Duarte, 9. Fenilcetonuria clásica (deficiencia de fenilalanina hidroxilasa), 10. Fenil cetonuria por deficiencia de biopterina I (GTPDH), 11. Fenilcetonuria por deficiencia de biopterina II (DHPR), 12. Fenilcetonuria por deficiencia de biopterina III (PAH), 13. Fenilcetonuria por deficiencia de biopterina IV (PCD), 14. Tirosinemia transitoria neonatal, 15. Tirosinemia tipo I (hepatorrenal), 16. Tirosinemia tipo II (oculocutánea), 17. Tirosinemia tipo III (hawkasinuria 4hppd), 18. Argininemia, 19. Argidemia argininosuccínica, 20. Citrulinemia por deficiencia de argininosuccinato sintetasa, 21. Citrulinemia por deficiencia de citrina, 22. Atrofia girata, 23. Síndrome HHH, 24. Homocistinuria, 25. Hipermetioninemia neonatal, 26. Hiperglicenemia no cetósica, 27. Enfermedad de orina con olor a jarabe de maple clásica, 28. Enfermedad de orina con olor a jarabe de maple intermedia, 29. 3-metilcrotonilglicinemia, 30. Acidemia glutárica I, 31. Acidemia 3 hidroxi-3-metlglutárica, 32. Acidemia isobutírica, 33. Acidemia isovalérica, 34. Acidemia malónica, 35. Deficiencia de holocarboxilasa sintetasa, 36. Deficiencia de biotinidasa, 37. Acidemia metilmalónica MUT-, 38. Acidemia metilmalónica mut0, 39. Defectos de la síntesis/ingesta de vitamina b12 materna, 40. Acidemia propiónica, 41. Acidemia 2-metil-3-hidroxibutírica, 42. Deficiencia de scad (acil-coa deshidrogenasa, deshidrogenasa de cadena corta), 43. Deficiencia de mcad (acil-co a deshidrogenasa de cadena media), 44. Acidemia glutárina II, 45. Acidemia etilmalónica, 46. 2-4-dienoil-co a reductasa, 47. Deficiencia de lcad (acil-co a deshidrogenasa de cadena larga), 48. Deficiencia de vlcad (acil-co a deshidrogenasa de cadena muy larga), 49. Deficiencia sistémica de carnitina, 50. defectos de síntesis/ingesta de carnitina materna, 51. defectos de captación de carnitina, 52. deficiencia de 3-hidroxii-acil Co A deshidrogenasa de cadena corta (SCHAD), 53. metilbutil glicinuria 2MBG, 54. variantes de hemoglobina.   **Especificaciones técnicas del equipo:**  **1.- Preparación de la muestra:**  **Perforador automático:**  Para muestras de sangre seca en papel filtro se necesita:   1. Perforador con cámara que permita visualizar la muestra en forma clara y a color, adaptable a la forma y tamaño del disco de sangre seca que se requiera. 2. Listo para su uso y no requiera que el usuario ajuste el área de la mancha de sangre a ser perforada. 3. Pueda perforar 9 placas estándar simultáneamente así como la capacidad para perforar placas de pozos más profundos. 4. Que permita el perforado de cuatro tamaños: 1.5, 3.2, 4.75 y 6.0 milímetros y dos cabezas para perforación mismos que deben trabajar de manera simultánea, aun cuando se requieran diferentes tamaños de perforación. 5. La trazabilidad de las muestras: con identificación positiva que reconozca las muestras y las placas con código de barras. 6. Capacidad para minimizar la estática y con reconocimiento del sistema que confirme que el disco ha caído dentro del pozo. 7. Operación a través de pantalla táctil. 8. Que la perforación pueda realizarse con la mano o con el pie mediante un pedal.   **Agitador-incubador de placas:**   1. Tres unidades empotrables para la agitación de 9 placas en total, a través del teclado, con capacidad para guardar hasta 20 programas de agitación e incubación, incluyendo temperatura, velocidad, tiempo especificado e intervalo de agitación. 2. Con temperaturas en el rango de 3 a 70 °C, con variación de temperatura de 0.5 °C y además uniforme en toda la placa con una variación menor de 0.6 °C. 3. Velocidad de calentamiento de menos de 15 minutos desde 24 a 70 °C, y tiempos de incubación de hasta 48 horas, 4. Incluir la función de precalentamiento. 5. Agitador orbital con rango de 400 a 1200 rpm con una precisión del 2%, con incrementos de 100 rpm y tiempo de agitación de hasta 48 horas con incrementos de 1 segundo a 1 minuto. 6. Hecho de teflón para reducir el riesgo de corrosión. 7. Para agitación de placas estándar de 96 pozos y placas de 384 pozos, con pantalla gráfica de LCD, fuente de poder externa, que soporte el uso de selladores de placa de aluminio o plástico, 8. Indicador Buzzer (sonido), luces LED (diodo emisor de luz) como indicadores de proceso, 9. Corriente de trabajo 110 volts.   **Lavador removedor:**   1. Instrumento para quitar el disco de papel filtro del pozo de la placa después de la incubación, para después lavar el pozo de acuerdo al protocolo especificado. 2. Con dos unidades, la unidad lavadora-removedora de disco y la unidad de vacio con vasos de desecho. 3. Las teclas suaves controlan la unidad lavadora- removedora y las operaciones se exhiben en dos hileras en la pantalla de cristal líquido para 40 caracteres. 4. Incluye protocolos de lavado, con memoria suficiente para guardar 110 protocolos. 5. Cada método puede repetirse de 1 a 9 veces. 6. Con sensor para aspirar y dispensar 7. y con función de enjuague automático. 8. Manifold de 12 canales. 9. Hasta 10 juegos de parámetros programables, acepta placas de fondo plano o curvo. 10. Velocidades verticales y horizontales, y posiciones horizontal y vertical de la aguja para aspirar en relación al pozo. 11. Con secuencia inicial del sistema de líquido cuando se cambia la solución de lavado 12. Programa de desinfección para circular el líquido. 13. Voltaje de operación 110-240 vac; 50-60 Hz.   **2.- Tamizaje de hormonas y enzimas:**   1. Analizador multi-tecnología: para soportar la medición de TRF (fluorescencia en tiempo resuelto), FI (fluorescencia) y absorbencia, de alto desempeño para el análisis cualitativo y cuantitativo en placas de 96 pozos conteniendo discos de sangre seca en papel filtro, con capacidad para analizar hasta 13 analitos diferentes en forma simultánea. 2. Totalmente automatizado, con carga continua para las muestras, los reactivos y los fluidos para el sistema, lectura de código de barras para todos los materiales. Con capacidad para 26 placas de 96 pozos, hasta 13 cassettes de reactivos, 12 placas en el módulo incubador, 3 x 6 placas en el módulo de agitación. 3. Con volumen mínimo de pipeteo de 5 a 50 µL y coeficiente de variación <1.5%; volumen máximo de pipeteo de 25 a 200 µL y coeficiente de variación <1.5%, con unidades de medición de 1 nMEu: nanomol de europio (1,000,000 cps: cuentas por segundo). 4. Con temperatura para almacenaje de reactivos de 10 ±2 °C y módulo incubador a 37±1 °C. 5. Controlado desde la pantalla táctil, la pantalla permite consultar instantáneamente el estado de los consumibles, los reactivos y la capacidad para los residuos. 6. Voltaje de operación 100-240 volts, 50-60 Hz. 7. Equipo para la lectura de fluorescencia en tiempo resuelto.     **3.- Tamizaje de aminoácido y acilcarnitinas:**   1. **Espectrómetro de masas acoplado a HPLC** (Cromatografía líquida de alta presión ó Cromatografía Líquida de Alta Resolución): El detector, la bomba binaria y el automuestreador deben ser controlados desde el software, del sistema total y completo. 2. **Tecnología de espectrometría de masas** de triple cuadrupolo, compacto, con celda de colisión T wave (de onda T) para tiempos de transición superiores. 3. Con función de inicio rápido y monitoreo de desempeño del sistema, que deberá estar conectado vía remota a la casa fabricante (de los analizadores) para su monitoreo las 24 horas del día, los 365 días del año. 4. El software deberá evalúe los resultados fuera de rango de los analitos de interés. Deberá contener una fuente iónica sensible para la ionización por la presión atmosférica, con muestreo ortogonal dual para girar la muestra dos veces a 90°, que no requiera venteo. 5. Con sistema de calidad que cumpla con la FDA (US Food and Drug Administration) y el ISO 13485:2003 y el ISO 9001:2000. 6. Que incluya estándares internos para 12 aminoácidos: alanina, arginina, citrulina, glicina, leucina, metionina, ornitina, fenilalanina, prolina, tirosina, valina y succinilacetona; 7. Controles altos y bajos para 10 aminoácidos: Alanina, citrulina, glicina, leucina, metionina, fenilalanina, prolina, tirosina, valina y succinilacetona. 8. Que incluya estándares internos para 13 acilcarnitinas: carnitina libre (C0), acetilcarnitina (C2), propionilcarnitina (C3), butirilcarnitina (C4), isovalerilcarnitina (C5), glutarilcarnitina (C5DC), hexanoilcarnitina (C6), Octanoilcarnitina (C8), decanoilcarnitina (C10), lauroilcarnitina (C12), miristoilocarnitina (C14), palmitoilcarnitina (C16), octadecanoilcarnitina (C18), que incluya controles altos y bajos para 13 acilcarnitinas: carnitina libre (C0), acetilcarnitina (C2), propionilcarnitina (C3), butirilcarnitina (C4), isovalerilcarnitina (C5), glutarilcarnitina (C5DC), hexanoilcarnitina (C6), Octanoilcarnitina (C8), decanoilcarnitina (C10), lauroilcarnitina (C12), miristoilcarnitina (C14), palmitoilcarnitina (C16), octadecanoilcarnitina (C18)   **4.- Tamizaje de hemoglobinopatías:**   1. Sistema de electroforesis para separar hemoglobinas por isoelectroenfoque en gel de agarosa, que genere una imagen digital de alta resolución del gel, con geles formulados especialmente con anfolitos compuestos por moléculas anfotéricas de bajo peso molecular con puntos isoeléctricos entre pH 6-8, la separación de las hemoglobinas debe lograrse con diferencias de 0.02 unidades de pH. 2. Las bandas resueltas deberán analizarse sobre la pantalla una vez escaneadas y comparadas con los controles incluidos. 3. El sistema incluye: cámara de electroforesis, scanner, computadora, monitor y software para análisis de los geles. 4. Que permita la identificación positiva de pacientes. 5. La selección inmediata de pacientes anormales, 6. Imagen individual por paciente, record permanente de los datos electrónicos. 7. Con tiempo de corrimiento del gel de agarosa de máximo 90 minutos. 8. La concentración de las bandas de hemoglobina de los pacientes anormales puede reportarse en porcentajes.   **5.-Reactivos para el laboratorio proporcionados por el proveedor**   1. Se proporcionarán los reactivos correspondientes para realizar las pruebas de hormonas y enzimáticas para el tamizaje neonatal: TSH (hormona estimulante de la tiroides), 17-OH, PKU (fenilcetonuria), galactosa total, biotinidasa, glucosa 6PD (glucosa 6 fosfato deshidrogenasa), IRT (tripsina inmunoreactiva), T4 (Titoxina). 2. Se proporcionarán los reactivos correspondientes para correr las pruebas de los aminoácidos: Alanina, citrulina, glicina, leucina, metionina, fenilalanina, prolina, tirosina, valina y succinilacetona y las acilcarnitinas: carnitina libre (C0), acetilcarnitina (C2), propionilcarnitina (C3), butirilcarnitina (C4), isovalerilcarnitina (C5), glutarilcarnitina (C5DC), hexanoilcarnitina (C6), Octanoilcarnitina (C8), decanoilcarnitina (C10), lauroilcarnitina (C12), miristoilocarnitina (C14), palmitoilcarnitina (C16), octadecanoilcarnitina (C18) 3. Se proporcionaran: Etanol, Agua destilada, alcohol isopropílico, metanol grado LC-MS (cromatografía líquida-espectrometría de masas), AcetonItrilo grado LC-MS, agua grado LC-MS y TCA (ácido tricloroacético) .   **6.- Insumos y consumibles**   1. Carrusel, racks porta puntas amarillos y azules (porta puntas amarillos y azules), pipetas automáticas para volúmenes: 40-350 µL (12 canales, 10-100 µL (8 canales) Hirschmann, 100-1000 µL (unicanal), 500-5000 µL (unicanal) y 20-200 µL (12 canales), 2-20 µL (unicanal). Puntas de: 10-100 µL Hirsmann, 200 µL, 350 µL, 5000iµL, 1000 µL, puntas HV (alto volumen), puntas, puntas LV (bajo volumen). 2. Materiales de laboratorio: toallas de papel blanco (PEMSA) , cronómetro y agitador vortex y charolas, placas de 96 pozos fondo V truncadas, placas de 96 pozos fondo U, placas claras, tapas para placas, escobillones para matraz, pisetas, detergente EXTRAN. 3. Papel Bond y toners.   **7.- Material de vidrio proporcionado por el proveedor**   1. Material de vidriería necesario que incluye: probetas de 25 mL , 500 mL, 1000 mL y 2000 mL, pipetas 10 mL graduada, vasos de precipitados de 100, 250, 500 y 1000 mL, matraces Erlenmeyer de 10, 25, 50, 100, y 250 mL requeridos para realizar los ensayos correspondientes.   **8.- Material para la toma de muestra proporcionado por el proveedor**   1. Papel filtro con cinco círculos, código de barras y demográfico 2. Lancetas metálica con cuchilla rectangular y profundidad de incisión de 2 a 2.5 mm integrada a un disparador de plástico retráctil con protección individual estéril y desechable. 3. Toallita hecha con fibras sintéticas y 70% de alcohol isopropílico como antiséptico para limpieza de la piel antes de la inyección o la extracción de sangre, para una excelente acción antibacteriana. 4. Venditas adhesiva redonda de 2.3cm (7/8"), estériles y sin látex 5. Guantes estériles desechables sin talco chico, mediano y grande.   **9.- Control de calidad interno**   1. Cada kit de reactivos incluye los controles internos correspondientes, para cada uno de los marcadores (cada uno de los analitos). 2. Cada uno de los kits contiene los calibradores necesarios para realizar las curvas de calibración correspondientes para cada uno de los marcadores   **10.- Control de calidad externo**   1. El proveedor entregará el paquete las muestras, para el control externo de calidad, enviadas por el CDC (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA) al laboratorio de proceso, para la realización de estas pruebas, de acuerdo al calendario establecido por la CDC y que se hará de su conocimiento una vez inscrito el laboratorio de proceso al programa. 2. Una vez obtenido los resultados del control de calidad externo estas se remitirán a la CDC (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA) vía electrónica. 3. Los resultados emitidos por el laboratorio de proceso serán evaluados por parte de la CDC, quien a su vez deberá emitir un certificado de aprobación o desaprobación de los resultados del laboratorio de proceso.   **11.- Pruebas confirmatorias**   1. Para las muestras sospechosas se solicitará la toma de una segunda muestra en papel filtro ó en sangre total según sea el caso, el proveedor la enviará a un laboratorio acreditado en la República Mexicana o el extranjero, para su proceso y emisión de resultados confirmando o no la enfermedad detectada. 2. Las pruebas confirmatorias se realizan por medio de metodologías de Biología Molecular. 3. Los resultados los entregará el proveedor, 6 días posteriores al envió de la muestra a las oficinas Centrales de la Secretaria de Salud del Distrito Federal en forma impresa a los titulares de la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias y/o Dirección de Atención Hospitalaria y/o Coordinación de Servicios Hospitalarios. Con domicilio en Altadena 23, 5° piso, Colonia Nápoles, Delegación Benito Juárez, México DF., CP. 03810.   **12.- Transporte de muestras de las unidades médicas al laboratorio de proceso**   1. La recolección de las muestras tomadas en papel filtro, en cada una de las unidades médicas correspondientes, se realizará por parte del proveedor una vez que éstas estén debidamente protegidas y preparadas para su transportación, de acuerdo a la calendarización y los horarios designados por la Secretaría (Anexo 3).   **12A.- Reenvío de resultados a las unidades médicas.**   1. Los resultados positivos se entregarán en medio electrónico en un tiempo estimado de 24 hrs. a la unidad médica correspondiente, con copia a la Dirección general de Servicios Médicos y Urgencias [dfhosptamiz@yahoo.com.mx](mailto:dfhosptamiz@yahoo.com.mx)   El proveedor se compromete a entregar todos los insumos, materiales, reactivos y todo lo necesario para la realización todas y cada una de las pruebas de esta partida y en caso de requerirse adecuaciones a la infraestructura e instalación de los equipos (hidráulico, energía eléctrica, aire acondicionado y cualquier instalación especial necesaria), éstos estarán a cargo del proveedor, las cuales serán valoradas y autorizadas por la Dirección General de Administración  La Secretaría se reserva el derecho de realizar pruebas de campo (en condiciones de rutina de los laboratorios) para comprobar las características de técnicas de los equipos ofertados. | | | | | |
| Normas De Referencia Aplicables:  **Normas de referencia aplicables:**  **REGLAMENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD.**  **NOM-064-SSA1-1993, QUE ESTABLECE LAS ESPECIFICACIONES SANITARIAS DE LOS EQUIPOS DE REACTIVOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO.**  **NOM-137-SSA1-2008, INFORMACIÓN REGULATORIA, ESPECIFICACIONES GENERALES DE ETIQUETADO QUE DEBERÁN OSTENTAR LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS, TANTO DE MANUFACTURA NACIONAL COMO PROCEDENCIA EXTRANJERA.**  **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, PROTECCIÒN AMBIENTAL-SALUD AMBIENTAL-RESIDUOS PELIGROSOS-BIOLÒGICO-INFECCIOSOS. CLASIFICACIÒN Y ESPECIFICACIONES DE MANEJO.** | | | | | |
| **Caducidad del bien:**  **El bien a entregar deberá tener una caducidad mínima de 6 meses.**  **Determinada por el fabricante en aprobación con la SSA e indicada en el Certificado de Análisis de Producto Terminado y en el envase primario y secundario** | | **Condiciones de almacenamiento:**  **Indicadas por el fabricante, en el marbete de Producto Terminado Autorizado y en el envase primario y secundario** | | | |
| Calendario de suministro: **Entrega inmediata a solicitud** | Existencias mínimas para 90 días:  **No aplica** | | | | Existencias Mínimas Para 180 Días:  **No Aplica** |
| Caducidad del bien:  **Mínimo de 6 meses a la fecha de entrega** | | | Condiciones De Almacenamiento: **No Aplica** | | |
| **Otras Prescripciones Aplicables Al Bien, Arrendamiento O Servicio: ENTREGABLES con la Propuesta Técnica.** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ÁREA TÉCNICA  **M. en C. UBALDO ALMAZAN MARTINEZ**  JUD de Insumos de Laboratorio e Imagen | ÁREA TÉCNICA  **ING. JUAN MERCADILLO AGUILAR**  Coordinador de Tecnología e Insumos | ÁREA TÉCNICA  **DR. ANTONIO KAI FORZÁN**  Director de Medicamentos, Insumos y Tecnología |

**ANEXO 2A**

|  |  |
| --- | --- |
| **Unidad de Gobierno: Secretaría de Salud** | |
| **Área Solicitante Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias** | |
| **Clave CAMBS:** | **Partida Presupuestal: 3993** |
| **Descripción Técnica del servicio:** CLAVE SAICA:  SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE TAMIZ NEONATAL AMPLIADO  Los insumos a suministrar, así como los equipos analíticos y de apoyo operativo a instalar, para llevar a cabo el “Servicio Integral de Pruebas de Tamiz Neonatal Ampliado”, deberán ser compatibles entre sí y corresponderán a los niveles de calidad necesarios para obtener resultados precisos y confiables. Por lo que se deberán anexar los certificados de calidad requeridos durante la vigencia del contrato, para equipos e insumos.  El licitante deberán ofertar el 100 % del volumen total demandado de la partida única en la que participa.  El suministro de insumos y equipos para realizar el “Servicio Integral de Pruebas Tamiz Neonatal Ampliado” , por su propia naturaleza requieren, sin costo adicional para “La Convocante”, cada vez que se requiera y durante la vigencia del contrato: refacciones nuevas y originales con instalación, equipos adecuados y de personal competente para brindar el servicio de mantenimiento preventivo o correctivo, así como la asistencia técnica, asesoría permanente y proporcionar la capacitación del personal de Laboratorio.  “La Convocante” en coordinación con el proveedor, podrá realizar durante la vigencia del contrato, evaluaciones técnicas de los reactivos y equipos ofertados cuando el programa de control de calidad interno y/o externo se encuentre fuera de las desviaciones establecidas.  El licitante adjudicado se compromete a que, sólo retirará los equipos instalado en la Unidad Médica de “La Convocante” hasta la conclusión del contrato, y solo mediante escrito emitido por “La Convocante”.  El licitante adjudicado se compromete a que, proporcionará la inscripción, sin costo alguno para la “La Convocante”, a un Programa de Control de Calidad Externo que tenga calendario de acuerdo a la vigencia del contrato para el envío de muestras y resultados. La inscripción a estos programas estará en vigor durante la vigencia del contrato. Para garantizar este compromiso, el licitante acepta **que en caso de incumplimiento, se proceda a la aplicación de la garantía de cumplimiento de contrato.**  El Licitante adjudicado se compromete a proporcionar el equipo analítico, reactivo e insumos necesarios para el proceso de las muestras desde la adjudicación hasta la conclusión del contrato.  **2.- DE LOS INSUMOS**  La caducidad de los materiales, reactivos, controles y calibradores (al momento de la entrega) deberá ser de seis meses como mínimo, comprometiéndose por medio de carta compromiso, el licitante que de resultar adjudicado, sustituirá el reactivo que no se haya consumido y esté próximo a caducar, con 20 días previos a la fecha de caducidad.  En función de la productividad de “La Convocante”, que se indica en los **Anexos**  de las presentes Bases, se requiere que la presentación de los **insumos** corresponda a equipos.  Los insumos, deberán otorgarse en la suficiente cantidad y en relación directa con el rendimiento requerido por la Unidad Médica de la Red Hospitalaria de “La Convocante”, conforme a las Cédulas de las Especificaciones Técnicas de cada prueba de las presentes Bases.  El licitante en su propuesta deberá considerar que los calibradores y controles que se proporcionen dentro de los insumos necesarios para la validación del proceso, incluyendo el propio reactivo, son adicionales a los requeridos para obtener el rendimiento expresado en la cantidad de pruebas efectivas solicitadas en las Cédulas de las Especificaciones Técnicas de cada prueba de las presentes bases.  Durante la vigencia del contrato, el licitante, se compromete a que de resultar ganador, cuando por causas imputables a él, la Unidad Médica no pueda atender su productividad, se hará cargo de recoger, enviar y procesar las muestras con personal técnico a su cargo, en Laboratorios acreditados para la realización del Tamizaje Neonatal Ampliado, y una vez que obtenga los resultados los entregará a la Unidad Médica solicitante. Este procedimiento se realizará en un máximo de 8 horas hábiles a partir de la notificación vía telefónica, En el caso de no cumplir en el tiempo establecido se hará acreedor a las penas convencionales a que se haga acreedor, ya que se tomarán como pruebas no realizadas.  Se define como validación inicial al proceso de verificar en cada equipo la precisión, linealidad, reproducibilidad, sensibilidad, exactitud, para cada una de las pruebas de la partida y obtener un resultado confiable empleando la cantidad que sea necesaria de insumos para la realización del control de calidad, calibraciones, repeticiones de corridas y diluciones de muestras. Si por razones inherentes al proceso de validación se gastan insumos destinados para la realización de las pruebas, el licitante ganador se obliga a reponerlos. Este material será solicitado por el Jefe del Servicio del laboratorio por escrito con copia a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias y a la Dirección de Medicamentos, Insumos y Tecnología, para ser repuesto en un plazo máximo de 3 días hábiles, este faltante se entregará, con nota de remisión sin cargo para “La Convocante”. En el escrito se reportará la causa que originó dichas repeticiones, anexando hoja del reporte del equipo que respalde dicha información. Para corroborar lo anterior se le proporcionará al proveedor:   1. Reporte impreso de la pantalla de control de calidad y calibraciones efectuadas en el equipo, cuando la validación de rutina no es aceptada. 2. Reporte de solicitud de mantenimiento correctivo del equipo, elaborado por el Jefe de Laboratorio y hoja de servicio efectuado por el proveedor, cuando la repetición en la validación o procesamiento de muestras de pacientes fue ocasionado por una falla del equipo. 3. Registro de los mantenimientos de rutina (diario, semanal y mensual) del equipo, que hayan sido realizados por el operador. 4. Referencia de fecha y hora en que se utilizó el insumo para proceso de validación en todos los equipos, a través de la Bitácora al efecto implementada por cada Jefe del Servicio. 5. Registro por software o hardware, del número de pruebas realizadas en el equipo.   Los insumos necesarios para la determinación de las Pruebas de Tamiz Neonatal Ampliado, que se procesan en los laboratorios de “La Convocante” deberán corresponder a los niveles de calidad necesarios para obtener resultados confiables y exactos, de acuerdo a lo autorizado por la NOM, FDA, o a los indicados en los Certificados de Libre Venta expedidos por los países pertenecientes a la CCEE. o el organismo que emita el documento, en la inteligencia de que no se aceptaran insumos de procedencia China, Pakistán, Corea, Taiwán e India.  El licitanteadjudicado entregará directamente en los laboratorios clínicos de las Unidades Médicas, por cada lote suministrado: **UN CERTIFICADO DE CALIDAD**, en papel membretado de la Empresa Fabricante que contenga todas las especificaciones técnicas del insumo, los límites establecidos para cada una, así como los resultados obtenidos en cada caso (expresado en el Sistema Internacional de Unidades) y demás datos, entre ellos Domicilio, teléfono y fax, nombre genérico y comercial del reactivo, número y tamaño del lote fabricado, fecha de fabricación y de caducidad, firmado por el responsable de Control de calidad.  El licitante deberá anexar en su propuesta técnica la fecha del registro ante la SSA, en copia fotostática, de los reactivos ofertados.  **3.- DE LOS EQUIPOS**  Los equipos que se propongan deberán satisfacer las demandas físicas (espacio, humedad, voltaje, temperatura e instalaciones hidrosanitarias), así como la capacidad para cubrir la productividad de la Unidad Médica de “La Convocante”.  Los equipos que se propongan deberán ser funcionalmente nuevos, con tecnología de punta, aceptándose como fecha de fabricación máxima de cinco años. Los licitantes deberán incluir en su propuesta técnica carta bajo protesta de decir verdad, donde se compromete a la instalación de equipos con antigüedad no menor a 2009 de resultar adjudicado presentarán a la firma del contrato el certificado de origen en el que se señale la fecha de fabricación del equipo, así como el pedimento. Dicha documentación deberá ser presentada en original para cotejo y copia simple.  El licitante deberá anexar en su propuesta técnica la fecha del registro ante la SSA, en copia fotostática, del equipo ofertado. Se puede incluir certificado de la FDA y/o CCCE de libre venta y/o el pedimento del equipo que cumpla con las características señaladas. En la inteligencia de que no se aceptaran equipos de procedencia China, Pakistán, Corea, Taiwán e India.  No se aceptarán propuestas de equipos reconstruidos, ni correspondientes a saldos o remanentes que ostenten las **leyendas “*only export*” ni “*only investigation*”, descontinuados, por descontinuarse,** o que no se autorice su uso en el país de origen, que hayan sido motivo de alertas médicas o de sanciones por parte de las Autoridades Mexicanas o de cualquier otro país.  Las características tecnológicas mínimas que deberán cumplir los equipos analíticos para el “Servicio Integral de Pruebas Efectivas Realizadas de Tamiz Neonatal Ampliado” y complementos requeridos por “ La Convocante” se describen en el **Anexo 2**  de estas Bases,por lo que el licitante en su propuesta técnica deberá adjuntar dichas Cédulas, describiendo las características de los equipos propuestos que formaran parte de dicha propuesta técnica, anexando en original **o copia de** catálogos y folletos referenciados **acompañados con carta bajo protesta de decir verdad que son copia del original,** acorde a las especificaciones técnicas, es decir, nombre del catálogo, folleto, número de pagina respectivo, en idioma español, (**Así mismo podrán presentar** Manuales de Procedimiento de Operación de equipos **e insertos para corroborar las especificaciones**) tomando en cuenta que estos equipos deberán satisfacer la demanda de servicios en la producción de Pruebas de Tamiz Neonatal Ampliado  Los equipos propuestos por los licitantes para la realización de las Pruebas de Tamiz Neonatal Ampliado deberán cumplir con características de Tecnología de Avanzada, debiendo contar con la autorización de la Secretaría de Salud a través del Registro Sanitario correspondiente.    Los equipos que se oferten deberán haber sido probados en la Ciudad de México, deberán cumplir con las condiciones barométricas de la ciudad, para lo cual el licitante deberá anexar como mínimo 2 cartas en papel membreteado y sello de las empresas donde hayan sido instalados y que garanticen su perfecto funcionamiento. Dichas cartas deberán estar firmadas en original por el Director del Hospital o su equivalente, además de señalar domicilio y número telefónico para constatar su veracidad, solo aplica para los equipos analíticos.  Los equipos propuestos por los licitantes para procesar Pruebas de Tamiz Neonatal Ampliado, deberán cumplir con certificación NOM. (Norma Oficial Mexicana), en caso de ser aplicable, y como obligatorio los certificados ISO-9001 e ISO-9002 o equivalentes vigentes, otorgada por las autoridades competentes en el país de origen, debiendo contar con Certificado de Autorización de libre venta por las Autoridades Sanitarias de su país, solo aplica para los equipos analíticos.  El licitante adjudicado deberá identificar los equipos para el suministro del paquete al amparo del Contrato, mediante un material adecuado que resista las condiciones ambientales de los Laboratorios, con las leyendas de: “EQUIPO PROPIEDAD DE --“; datos de los proveedores, (razón social, domicilio, teléfono, R.F.C., Etc.).  **4.- FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO.**  Es obligación del proveedor mantener el equipo proporcionado por él en optimas condiciones de funcionamiento, a efecto de que “La Convocante” este en posibilidad de realizar las Pruebas requeridas en cada una de las Unidades Médicas, particularmente en los aspectos de linealidad, reproducibilidad, exactitud y calibración de las pruebas.  El proveedor deberá considerar que si el equipo está funcionando de manera permanente y en óptimas condiciones. “La Convocante” consumirá los insumosen la cantidad suficiente y necesaria para sus procesos de operación; por lo contrario, si los equipos se encuentran descompuestos no se realizarán pruebas, en consecuencia, no se generarán pagos al proveedor.  Bajo esta premisa, es obligación del proveedor mantener en óptimas condiciones de funcionamiento el equipo analítico y de apoyo operativo y cuando se presenten fallas repararlas de inmediato, por lo que en caso de que el equipo no funcione el personal operativo procederá a:   * + Reportar la falla vía telefónica   + Aceptar el apoyo técnico vía telefónica   + En caso de no repararse la falla con las instrucciones recibidas por vía telefónica el Ingeniero de Servicio del proveedor deberá acudir personalmente, en un plazo no mayor de dos horas a partir del reporte inicial de la falla.   + El proveedor deberá proporcionar un número de reporte incluyendo fecha, hora y nombre completo de quién recibe el reporte de la falla, con la finalidad de contar con el control del tiempo de respuesta y atención a las fallas o substitución de los equipos reportados.   En cada ocasión en que para mantener la funcionalidad del equipo se realiza mantenimiento preventivo calendarizado y/o correctivo, el proveedor presentará formatos donde se establezca la verificación del funcionamiento del equipo, con validación correcta en cuanto a corrimiento de controles y calibración de cada una de las pruebas que se realizan en dicho equipo.  Si el equipo no funciona en un período de tres días naturales por causas imputables al mismo, el proveedor deberá instalar otro equipo de características iguales. **En caso de no ser así, se considerará como causa de rescisión de contrato y se procederá conforme a la normatividad vigente.**  El tiempo de respuesta del proveedor en proporcionar apoyo técnico vía telefónica para el mantenimiento correctivo deberá ser inmediato; si la falla no es corregida por este medio, el tiempo de respuesta del proveedor para el mantenimiento correctivo en la unidad médica (evaluación del problema) no deberá de exceder de un plazo máximo de 2 horas y la corrección deberá realizarse máximo en 4 horas, a partir del reporte inicial de falla del equipo al proveedor hasta que éste deje el equipo en óptimas condiciones de operación y funcionamiento.  En caso de no corregirse la falla del equipo en un plazo máximo de 4 horas a partir del reporte inicial de la misma, el proveedor se compromete a trasladar y procesar las muestras en un laboratorio de la red de “La Convocante”, obtener y entregar resultados de las muestras a la Unidad solicitante, en un tiempo que no excederá de 10 horas a partir del reporte inicial de la falla, Anexo 5 Formatos e Instructivos de Conteos para Pruebas Efectivas Realizadas, solo aplica para los equipos analíticos.  En caso de muestras de carácter urgente el proveedor procederá a trasladar y procesar las muestras de manera inmediata, para lo cual no debe de exceder de 2 horas a la entrega de resultados a la unidad solicitante.  El reporte por parte del personal operativo del laboratorio será por teléfono y/o fax, el primero para que sea válido, deberá tener el número de reporte otorgado por el proveedor y nombre completo de la persona quién recibe el reporte, el segundo deberá de ser mediante hoja de reporte de falla de equipo.  El proveedor deberá entregar un número de reporte por cada servicio de mantenimiento correctivo que tenga que efectuar.  “La Convocante” aceptará el apoyo del mantenimiento correctivo por medio de llamadas telefónicas, siempre y cuando las fallas, sean factibles de resolver de acuerdo a lo establecido en el manual de operación de cada equipo.  5.- DE LA VISITA AL LABORATORIO DE TAMIZ NEONATAL AMPLIADO DE LA UNIDAD MÉDICA  Con el propósito de que los licitantes verifiquen la ubicación y disposición del área en la que se instalarán los equipos que se propongan, se efectuarán visitas físicas, para lo cual deberán presentarse en la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, ubicada en la calle de Altadena No. 23, 5º piso, colonia Nápoles, delegación Benito Juárez, con la copia del recibo de pago de la compra de las presentes bases, de acuerdo al calendario de visitas del **Anexo.** Durante la visita se aclararan las cuestiones referentes al área física, electricidad, agua potable, drenaje, temperatura, así como todo lo relativo a la instalación de los equipos.  La asistencia de esta visita es obligatoria.  En cada una de las visitas programadas al sitio de instalación de los equipos se proporcionará una constancia de visita **Anexo 9,** con los nombres de los servidores públicos y los licitantes presentes en el evento, la cual deberá de ser integrada a su propuesta técnica, el no presentar la constancia será motivo de descalificación.  El licitante deberá integrar en su propuesta técnica los requerimientos de infraestructura y en su caso la guía mecánica de instalación de los equipos. En caso de requerirse adecuaciones a la infraestructura e instalación de aire acondicionado, éstos estarán a cargo del licitante, las cuales serán valoradas y autorizadas por la Dirección General de Administración.  **7.- CAPACITACIÓN**  El licitante deberá presentar un Programa Teórico - Práctico y Calendario de Capacitación para el manejo, operación y funcionamiento de los equipos para procesar Pruebas de Tamiz Neonatal Ampliado, comprometiéndose mediante Carta Compromiso a capacitar al 100% del personal operario a través de un curso teórico-práctico. Este proceso de capacitación iniciará a partir del segundo día hábil después del fallo, y debe considerar al personal diferentes turnos de cada una de las Unidades Médicas de la Red de “La Convocante” (**Anexo 7**)por cada equipo en la que participen, incluyendo al personal de fines de semana y días festivos. Este procedimiento será verificado por la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias.  El número de personas a capacitar será de acuerdo al **Anexo 7** y formato de capacitación **Anexo 8.**  El calendario de capacitación deberá considerar haberse concluido a más tardar a la puesta en operación de los equipos.  El licitante adjudicado deberá presentar un calendario de cursos de capacitación con fechas exactas por cada equipo evitando que dos o más cursos se den en el mismo horario y fecha; su Programa de Capacitación incluirá la plantilla de personal que impartirá los cursos, anexando la Curricula Vitae de cada uno, donde se acredite su experiencia profesional (Químico, Médico oprofesional de área a fin) en el manejo de los reactivos y equipos, avalado por el fabricante.  El sitio y el tiempo de la capacitación, puede ser en las instalaciones que designe el licitante que resulte adjudicado o en las unidades médicas, con base a las necesidades y disponibilidad del personal de “La Convocante” y previo acuerdo con la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias.  El temario invariablemente deberá incluir: fundamento del equipo, descripción del mismo, operación que incluya control de calidad y calibración del equipo, mantenimiento por el operador, manejo y administración de archivo y datos “resolución de problemas más frecuentes”, y guía rápida. El temario propuesto por el licitante que resulte adjudicado se someterá a la evaluación de su contenido por la por la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias y de ser necesario se realizarán las adecuaciones pertinentes al mismo en acuerdo con el proveedor.  El proveedor deberá hacer una evaluación final con calificación global de cada participante, informando en porcentaje de aprovechamiento la cual enviará conjuntamente con la lista de asistencia a la Dirección de Atención Hospitalaria; así mismo, los participantes evaluarán la calidad del curso en cuanto al aprovechamiento aplicable a la operación del equipo en el proceso diario, que será enviado al proveedor a través de la Dirección de Atención Hospitalaria; El proveedor se obliga a entregar a los participantes un documento que acredite su capacitación tanto en el manejo del equipo, cinco días hábiles después de concluir el curso, en las Unidades Médicas correspondientes.  El proveedor, se obliga a otorgar el apoyo con personal técnico capacitado a fin de que esté presente en el arranque de los sistemas instalados, además proporcionará los manuales originales en idioma inglés y traducción técnica al español de cada equipo, bitácora de servicio, así como la guía rápida en idioma español, mediante carta compromiso que anexará en el sobre de oferta técnica.  El Licitante ganador deberá proporcionar mínimo un curso de capacitación continua al año por persona. Los cuales podrán ser calendarizados en el transcurso de la vigencia del contrato.  **8.- SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD**   1. Cada licitante debe ofertar un Sistema de Control de Calidad. 2. El Sistema de Control de Calidad deberá proporcionar informe cuatrimestral de comparación interlaboratorios CON INFORMES EN LINEA para los instrumentos interfasadas que lo permitan para la evaluación del desempeño de cada una de las pruebas. 3. Como parte del Sistema de Calidad, se deberá proveer un programa calendarizado de análisis de la información obtenida y capacitación continua por lo menos 1 vez al año. 4. La fecha de inicio del programa de Control de Calidad no deberá rebasar los 40 días naturales a partir del fallo. 5. La inscripción a estos programas continuara hasta la terminación del contrato   **9.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y ACCIONES CORRECTIVAS**  El proveedor, proporcionará durante la vigencia del contrato, el mantenimiento preventivo y las acciones correctivas pertinentes con mano de obra especializada, avalada por curriculum, refacciones nuevas y originales, lubricantes y demás actividades que en su caso fuesen necesarios para la correcta operación de los equipos analíticos.  Para el caso de fallas en los equipos el proveedor deberá presentarse en un plazo máximo de 2 horas partir del reporte inicial de la falla, realizado por la Unidad Médica, las 24 horas del día durante la vigencia del contrato, incluso sábados, domingos y días festivos para efectuar las reparaciones necesarias. A fin de asegurar lo anterior, el licitante se compromete mediante carta compromiso que presentará en el sobre de la oferta técnica.  Por tal motivo los proveedores deberán proporcionar a la Dirección de Medicamentos, Insumos y Tecnología, el nombre de las personas que serán designadas para recibir los reportes, así como números telefónicos, radiolocalizadores, fax, etc., donde puedan ser localizados de manera inmediata.  El licitante se compromete a que de resultar adjudicado sustituirá el equipo en treinta días hábiles por otro funcionalmente nuevo, en caso de que el equipo presente tres fallas que ameriten mantenimiento correctivo, repetitivas y atribuibles al equipo en un periodo de 30 días naturales o en caso de que este no pueda ser reparado durante los tres primeros días hábiles después del reporte inicial de la falla.  **10.- ASISTENCIA TÉCNICA.**  El licitante ganador se compromete, mediante carta-compromiso, a proporcionar la asistencia técnica que se requiera para el manejo y funcionamiento de los equipos para procesar Pruebas de Tamiz Neonatal Ampliado, deberá integrar en su propuesta técnica los nombres, profesión, teléfonos, fax, celular y radiolocalizador del personal profesional avalado por el fabricante (Ingenieros, Químicos, Administradores, etc.) que destinará para atención de “La Convocante”.  El proveedor se compromete realizar visitas periódicas mensuales y programadas, de 9:00 a 13:00 horas en días hábiles, a la Unidad Médica, informando por escrito de las anomalías y observaciones que en su caso detecte en cada visita, avalado por el jefe del servicio, dentro de los primeros cinco días hábiles posteriores a la visita, a la Dirección General de Administración, con copia a la Dirección de Medicamentos, Insumos y Tecnología.  **11.- RECEPCIÓN DE LOS EQUIPOS E INSUMOS.**  El Jefe oencargado del servicio, verificará que los insumos correspondan a lo solicitado en el contrato, como son: marca, presentación, fecha de caducidad y lote, nombre del proveedor y número de licitación.  A fin de garantizar lo anterior, el licitante ganador deberá identificar de manera clara y visible el contenido de los mismos.  Cuando en la recepción de los insumos, se detecte que no cumplen con las características solicitadas, éstos serán motivo de devolución para canje; en cuyo caso, los proveedores deberán realizar la reposición de los mismos, dentro de los 20 días hábiles, contadas a partir de la fecha de notificación por parte de la Unidad Médica sobre las deficiencias detectadas en los insumos, situación que deberá ser notificada a la Dirección General de Administración, con copia a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias y a la Dirección de Medicamentos, Insumos y Tecnología, quedando los proveedores obligados a resolver la demanda de las Pruebas de Tamiz Neonatal Ampliado, independientemente de las penas convencionales que en su caso resulten.  Los envases primarios y secundarios serán los que determine el licitante adjudicado, en la inteligencia que deberán garantizar que los insumos se conserven en condiciones óptimas de empaque y embalaje durante el transporte y almacenaje, y que la calidad de los insumos se mantenga durante el periodo de vida útil, y de acuerdo a la Ley General de Salud.  El jefe o encargado del servicio verificará que los equipos para procesar Pruebas de Tamiz Neonatal Ampliado correspondan a los requerimientos técnicos establecidos en el contrato y bases; así mismo que contenga etiqueta de identificación.  12.- **CONDICIONES DE ENTREGA Y PLAZO DE ENTREGA**  La instalación y puesta en funcionamiento de los equipos analíticos y sistemas informáticos de los mismos **deberán de ser instalados en un plazo no mayor a 15 días naturales a partir del fallo** , para lo cual los licitantes deberán presentar el programa de trabajo correspondiente en el sobre de su propuesta técnica. **No obstante a lo anterior, la empresa adjudicada otorgará el servicio contratado al día siguiente del fallo.**  El licitante adjudicado se compromete a que para la primera entrega suministrará los insumos necesarios en cantidad doble de la cantidad mensual.  En las subsecuentes entregas, el proveedor suministrará los insumos que en forma previa y de conformidad con el Jefe o encargado del Laboratorio **Anexo 6**, se determinen que son necesarios para mantener la productividad, vigilando no rebasar el máximo total general de Pruebas contratadas por “La Convocante”.  En caso de requerirse una cantidad superior de pruebas al máximo total general contratado, se deberá contar con la autorización por escrito de la Dirección General de Administración y con el visto bueno de Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias y de la Dirección de Medicamentos, Insumos y Tecnología, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal de “ La Convocante”.  El conteo de las pruebas se efectuará el día 26 de cada mes antes de iniciar la jornada matutina (considerando que el período de conteo de Pruebas es del día 26 del mes pasado hasta el día 25 del mes del corte) asentándose dicha información en los formatos denominado “Conteo de Pruebas Efectivas Realizadas”, indicado en el **Anexo 5**. Dicho documento deberá ser firmado por los Servidores Públicos de la Unidad Médica, conforme al catalogo de firmas autorizadas que se le entregará al licitante adjudicado al momento del contrato, así como la firma del proveedor.  Con el objeto de estar en condiciones de hacer efectivo el pago al licitante ganador, el formato “conteo de pruebas” **Anexo 5**, deberá ser requisitado y anexado a la factura correspondiente. Se emitirá un original que deberá anexarse a la factura. La primera copia será para la administración de la unidad hospitalaria; la segunda copia para los servicios de Laboratorio de la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias; la tercera copia para la Dirección de Medicamentos Insumos y Tecnología, y la cuarta copia para el proveedor, así mismo deberá entregar una informe desglosado por unidad médica a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias. Es indispensable que se emita un sólo original con firmas autógrafas y que las copias señalen claramente en el encabezado la palabra “COPIA”.  Una vez firmado el formato de “Conteo de Pruebas Efectivas Realizadas” anexo 5, la factura no requiere ser firmada, por lo que la Dirección General de Administración procederá a su pago, quedando bajo la estricta responsabilidad de los Servidores Públicos de cada Unidad Médica de la Red de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, los pagos que “La Convocante” realice en exceso o las penas convencionales que no puedan ser determinadas.  **13.- LUGAR DE ENTREGA**  La entrega de los equipos para procesar Pruebas de Tamiz Neonatal Ampliado e insumos será en días hábiles de lunes a viernes de 8:00 a 13:00 horas, en la Unidad Médica debiendo firmar el responsable del laboratorio y el Administrador la remisión y la carta custodia correspondiente.  **“**La Convocante” otorgará a los licitantes, el consumo promedio estimado mensual por Unidad Médica de la Red de la Secretaría de Salud del Distrito Federal para la distribución de insumos. En el entendido de que su distribución puede variar conforme a las necesidades de cada Unidad Médica de la Red de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, siempre y cuando no se rebase el número total general de Pruebas contratadas por “La Convocante”.  **14.- EMPAQUE Y TRANSPORTE**  La forma de empaque que se deberá utilizar es la que garantice a “La Convocante” que los equipos e insumos no sufran daño y/o avería alguna durante las maniobras de carga, descarga, transporte terrestre, marítimo o aéreo y descarga en el Servicio de la Unidad Médica, cuando aplique deberán ser transportados en Red Fría o sistema similar, que asegure la identidad, calidad y seguridad de los productos, sin cargo para “La Convocante”*.*  **15.- PATENTES, MARCAS O DERECHOS DE AUTOR**  **El licitante ganador a quien se adjudique el o los contratos, asumirá la responsabilidad total en el caso de que, infrinja patentes, marcas o derechos de autor u otros derechos exclusivos durante la vigencia del Contrato, sin responsabilidad para “La Convocante”.** | |

**ANEXO 3**

| **Calendario Semanal de Recoleccion de Muestras de Tamiz Neonatal Ampliado** | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidades Médicas** | **Días de la Semana** | | | | |  |  | |
|  | **Lun** | **Mar** | **Mie** | **Jue** | **Vie** | **Total** | **Sitio de Recolección** | **Horario** |
| Hospital de Esp. Dr. B. Dominguez | **X** | **** | **** | **** | **** | **4** | Jefatura de Cuidados Intensivos Neonatales | 12:00 a 14:00 |
| Hospital General Dr. Enrique Cabrera | **X** | **** | **** | **** | **** | **4** | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| Hospital General Ticomán | **X** | **** | **** | **** | **** | **4** | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| Hospital General Rúben Leñero | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **0** |  |  |
| Hospital General Xoco | **X** | **X** | **** | **X** | **X** | **1** | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| Hospital General La Villa | **X** | **X** | **** | **X** | **** | **2** | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| Hospital General Balbuena | **X** | **X** | **** | **X** | **X** | **1** | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| Hospital General Gregorio Salas | **X** | **** | **** | **** | **** | **4** | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| Hospital General Iztapalapa | **X** | **** | **** | **** | **** | **4** | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| Hospital General Milpa Alta | **X** | **** | **** | **** | **** | **4** | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| Hospital General Matilde Montoya | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **0** | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| Hospital General Obdulia Rodríguez | **X** | **** | **** | **** | **** | **4** | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| Clínica Hospital General Emiliano Zapata | **X** | **** | **** | **** | **** | **4** | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| Hospital Pediátrico Azcapotzalco | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **0** |  |  |
| Hospital Pediátrico Coyoacán | **X** | **X** | **** | **X** | **** | **2** | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| Hospital Pediátrico Villa | **X** | **X** | **** | **X** | **** | **2** | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| Hospital Pediátrico Iztacalco | **X** | **X** | **** | **X** | **** | **2** | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| Hospital Pediátrico Legaria | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **0** |  |  |
| Hospital Pediátrico Iztapalapa | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **0** |  |  |
| Hospital Pediátrico Moctezuma | **X** | **X** | **** | **X** | **** | **2** | Jefatura de Neonatos | 12:00 a 14:00 |
| Hospital Pediátrico Peralvillo | **X** | **X** | **** | **X** | **** | **2** | Jefatura de Cuidados Intensivos Neonatales | 12:00 a 14:00 |
| Hospital Pediátrico S. J. Aragón | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **0** |  |  |
| Hospital Pediátrico Tacubaya | **X** | **X** | **** | **X** | **** | **2** | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| Hospital Materno Inf. Inguaran | **X** | **** | **** | **** | **** | **4** | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| Hospital Mat. Ped. Xochimilco | **X** | **** | **** | **** | **** |  | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| Hospital Materno Inf. N.M. Cedillo | **X** | **** | **X** | **** | **** | **3** | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| Hospital Materno Inf. Cuajimalpa | **X** | **** | **** | **** | **** | **4** | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| Hospital Materno Inf. Cuautepec | **X** | **** | **** | **** | **** | **4** | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| Hospital Materno Inf. M. Contreras | **X** | **** | **** | **** | **** | **4** | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| Hospital Materno Inf. Tlahuac | **X** | **** | **** | **** | **** | **4** | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| Hospital Materno Inf. Topilejo | **X** | **** | **** | **** | **** | **4** | Jefatura de Epidemiología | 12:00 a 14:00 |
| **Total** |  |  |  |  |  | **75** |  |  |

**ANEXO 4**

**CONTEO DE PRUEBAS DE TAMIZ NEONATAL AMPLIADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **UNIDAD MÉDICA:** | |
| **No DE LICITACIÓN:** | **No. DE CONTRATO:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROVEEDOR:** |  | **EQUIPO:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARTIDA:** |  | **No. CONS CONTEO:** |

|  |
| --- |
| **FECHA DE ELABORACIÓN:** |
| **PERIODO DEL CONTEO: DEL: AL:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **C O N C E P T O** | **N Ú M E R O** |
| 1. **CONTADOR INICIAL DEL PERIODO** |  |
| 1. **CONTADOR FINAL DEL PERIODO** |  |
| 1. **NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)** |  |
| 1. **CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS** |  |
| 1. **PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR. (Numeral de Bases de Licitación Pública.** |  |
| **F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E)** |  |

**OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**V A L I D A C I Ó N DE I N F O R M A C I Ó N**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **C A R G O** | **N O M B R E** | **F I R M A** |
| **Jefe o Encargado de laboratorio clínico.** |  |  |
| **\*Encargado de la Administración.** |  |  |
| **\*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.** |  |  |
| **Proveedor.** |  |  |

* **En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptara la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.**

**ANEXO 4**

**CONTEO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS**

**ANEXO 5**

**TAMIZ NEONATAL AMPLIADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN** | **PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS** |
| PRUEBA DE TAMIZ NEONATAL AMPLIADO QUE INCLUYE 54 DESORDENES |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Variantes de hemoglobina |  |

**ANOTAR CON LETRA EL NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS:**

**(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**Abastecimiento, registro,guarda, control y rendimiento de reactivo para procesar muestras de laboratorio clínico**

**Año**

**Mes**

**Día**

**De:**

**64**

**43**

**Página:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Formato:** | Conteo de pruebas efectivas realizadas con cargo al proveedor |

**Instructivo**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dice** | **No.** | **Debe Anotarse** |

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Nombre completo de la Unidad Médica a la que pertenecen las muestras del Servicio.

Nombre completo de la Unidad Médica que realiza las pruebas de Tamiz Neonatal Ampliado.

Nombre completo de la partida y del proveedor ganador que suministrará el reactivo para procesar muestras de Tamiz Neoanatal Ampliado

Número de contrato asignado al proveedor ganador por la Dirección General de Administración.

Número de Licitación Pública establecido por la Dirección General de Administración.

Indicar la hora y fecha (con dos dígitos el día, mes y año) en que se entregan las muestras por parte de la Unidad Médica de referencia al proveedor. Así como la entrega de resultados por el proveedor a la Unidad Médica de referencia.

Indicar la causa debida a la que no se procesan pruebas de Tamiz Neonatal Ampliado en la Unidad médica de referencia. Así como, el número de reporte y la fecha de notificación al proveedor.

En caso de ser necesario se anotará brevemente las aclaraciones pertinentes, respecto al conteo de pruebas por parte del responsable de laboratorio o proveedor

Número progresivo de las muestras que se entregan al proveedor.

Nombre completo del paciente al que pertenecen las muestras de laboratorio.

Unidad Médica de

referencia

Unidad Médica que

procesa muestras

Partida y proveedor

No de Contrato

No. de Licitación

Fecha y hora

Causa por las que se

procesa en otra

unidad médica

Observaciones

No. Prog

Nombre del paciente

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**Abastecimiento, registro,guarda, control y rendimiento de reactivo para procesar muestras de laboratorio clínico**

**Año**

**Mes**

**Día**

**De:**

**64**

**44**

**Página:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Formato:** | Conteo de pruebas efectivas realizadas con cargo al proveedor |

**Instructivo**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dice** | **No.** | **Debe Anotarse** |

11

12

13

14

15

Número total de pruebas efectivas a realizar a la muestra del paciente.

Número total de pruebas efectivas realizadas a la muestra del paciente.

En caso de ser necesario se anotará brevemente las aclaraciones pertinentes, respecto al conteo de pruebas efectivas

Nombre completo de las personas que aparecen en la columna de cargo y validan el conteo de pruebas efectivas realizadas.

Firma de las personas que aparecen en la columna de cargo y validan el conteo de pruebas efectivas realizadas.

Pruebas a realizar

Pruebas efectivas realizadas

Observaciones

Nombre

Firma

**ANEXO 4A**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONTEO DE PRUEBAS EFECTIVAS CON CARGO AL PROVEEDOR QUE NO SE REALIZARON EN LA UNIDAD MEDICA (Bases de Licitación Pública Numeral** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **UNIDAD MEDICA DE REFERENCIA** | | |  |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **UNIDAD MÉDICA QUE PROCESA MUESTRAS** | | |  |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NOMBRE DE LA SUBPARTIDA Y PROVEEDOR** | |  | | | **No. DE CONTRATO** |  |  |
| **No. DE LICITACIÓN** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ENTREGA DE MUESTRAS PARA PROCESAR** | | |  | **FECHA** |  | **HORA** |  |
| **ENTREGA DE RESULTADOS** | | |  | **FECHA** |  | **HORA** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CAUSAS POR LAS QUE SE PROCESA EN OTRA UNIDAD MEDICA** | | | | | | | |
| **1.- DESCOMPOSTURA DEL EQUIPO** |  | **2.- FALTA DE SUMINISTROS DE INSUMOS** | | |  | **3.- OTRA** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OBSERVACIONES** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PRUEBAS PROCESADAS** | | | | | | | |
| **No. Prog.** | **NOMBRE DEL PACIENTE** | | **PRUEBAS A REALIZAR** | | **PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS** | | **OBSERVACIONES** |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |

**ANEXO 4A**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONTEO DE PRUEBAS EFECTIVAS CON CARGO AL PROVEEDOR QUE NO SE REALIZARON EN LA UNIDAD MEDICA (Bases de Licitación Pública Numeral** | | | | |
| **PRUEBAS PROCESADAS** | | | | |
| **No. PROG.** | **NOMBRE DEL PACIENTE** | **PRUEBAS A REALIZAR** | **PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS** | **OBSERVACIONES** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN** | | |
| **CARGO** | **NOMBRE** | **FIRMA** |
| Jefe o Encargado de laboratorio clínico de la Unidad Médica en que el proveedor procesa las muestras. |  |  |
| Representante del proveedor que recibe, procesa y entrega resultados. |  |  |
| Jefe o Encargado de laboratorio clínico que solicita apoyo. |  |  |

**INSTRUCTIVO CONTEO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS ANEXO 5**

|  |  |
| --- | --- |
| **Formato:** | Conteo de pruebas efectivas realizadas de Laboratorio Cínico. |

Instructivo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dice** | **No.** | **Debe Anotarse** |

Nombre completo de la Unidad Médica a la que se encuentra adscrito el Servicio.

Número de Licitación Pública establecido por la Dirección General de Administración.

Número de contrato asignado al proveedor ganador por la Dirección General de Administración.

Nombre completo del proveedor ganador que suministrará el reactivo para procesar muestras.

Marca del equipo propuesto por el proveedor ganador para procesar muestras.

Nombre de la partida a la que corresponde la prueba de laboratorio

Número consecutivo del conteo correspondiente a la partida

Fecha de elaboración del formato denominado conteo de pruebas.

Indicar con dos dígitos el día, mes y año en que inicia y termina el periodo del conteo

Número que tiene el contador del equipo al iniciar el periodo del conteo de pruebas

Número que tiene el contador del equipo al finalizar el periodo del conteo de pruebas

Diferencia entre el contador final e inicial del periodo de conteo de pruebas

Total de controles, calibradores y blancos realizados durante el periodo de conteo.

Número total de pruebas realizadas restando controles, calibradores, blancos y pruebas procesadas de apoyo a otra unidad médica con cargo al proveedor (si aplica) realizados durante el periodo de conteo

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

Unidad Médica

No. de Licitación

No de Contrato

Proveedor

Equipo

Partida

No. Cons. del conteo

Fecha de elaboración

Periodo del conteo

Contador inicial del periodo

Contador final del periodo

Número total de pruebas

realizadas

Controles, calibradores

y blancos.

Pruebas procesadas de apoyo

a otra unidad médica con

cargo al proveedor.

**INSTRUCTIVO CONTEO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS ANEXO 5**

|  |  |
| --- | --- |
| **Formato:** | Conteo de pruebas efectivas realizadas de Laboratorio Cínico. |

Instructivo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dice** | **No.** | **Debe Anotarse** |

15

16

17

18

19

En caso de ser necesario se anotará brevemente las aclaraciones pertinentes, respecto al conteo de pruebas efectivas por parte del responsable de laboratorio o proveedor.

Nombre completo de las personas que aparecen en la columna de cargo y validan el conteo de pruebas efectivas realizadas.

Firma de las personas que aparecen en la columna de cargo y validan el conteo de pruebas efectivas realizadas.

Número de pruebas realizadas en el periodo desglosado por analito; sin considerar controles, calibradores y blancos (Si aplica).

Número total de pruebas

efectivas para pago

Observaciones

Nombre

Firma

Pruebas efectivas realizadas

**ANEXO 5**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE REACTIVO** | | | | | | | |
| **Tamiz Neonatal Ampliado** | | | | | | | |
|  |  |  | | |  |  |  |
| **UNIDAD MÉDICA:** |  |  | | | **SUBPARTIDA:** |  |  |
|  |  |  | | |  |  |  |
| **FECHA** |  |  | | |  |  |  |
|  |  |  | | |  |  |  |
| **No. DE PRUEBAS EFECTIVAS SOLICITADAS** | | | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  | **PERIODO:** |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |
| **DESCRIPCIÓN** | | | | | **PRUEBAS EFECTIVAS SOLICITADAS** | | |
| **TAMIZ NEONATAL AMPLIADO QUE INCLUYE 54 DESORDENES** | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
| **TOTAL DE PRUEBAS SOLICITADAS** | | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENCARGADO DEL SERVICIO** | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **NOMBRE:** |  |  | **FIRMA:** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **PROVEEDOR** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **NOMBRE:** |  |  | **FIRMA:** |  |  |

**ANEXO 6**

**CANTIDAD DE PERSONAL A CAPACITAR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Matutino** | **Vespertino** | **Nocturno** | **Sábados Domingos y Festivos** |
| Hospital General Tláhuac | 8 | 3 | 5 | 0 |
| **Total** | **8** | **3** | **5** | **16** |

**ANEXO 7**

**FORMATO PARA LA CAPACITACIÓN**

FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TURNO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UNIDAD HOSPITALARIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SUBPARTIDA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROVEEDOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERIODO DE CAPACITACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EQUIPO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROGRAMA PARA EL MANEJO, OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

TEORICO.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PRACTICO.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MANTENIMIENTO.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EXAMEN INICIAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EXAMEN FINAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL DE LA EMPRESA:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL USUARIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO 8**

**CONSTANCIA DE VISITA A LABORATORIOS DE LA RED HOSPITALARIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.**

**FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

UNIDAD HOSPITALARIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CARACTERISTICAS DEL AREA DONDE SE UBICAN LOS EQUIPO:**

ESPACIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ELECTRICIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AGUA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DRENAJE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ASISTENTES:**

**AUTORIDADES PROVEEDOR.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE | FIRMA | NOMBRE Y EMPRESA | FIRMA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ANEXO 9**

**OBLIGACIONES FISCALES**

(LOS INTERESADOS EN ESTE PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA, DEBERÁN TRANSCRIBIR EN HOJA MEMBRETADA LA SIGUIENTE PROMOCIÓN E **INDICAR LOS CASOS QUE SEAN APLICABLES O NO A SU SITUACIÓN**)

MÉXICO, D.F. A…

**LIC. MANUEL FERNANDO LORÍA DE REGÍL**

**DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

**PRESENTE**

EN CUMPLIMIENTO AL SEGUNDO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 51 DE LA LEY DE PRESUPUESTO Y GASTO EFICIENTE DEL DISTRITO FEDERAL, MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE NUESTRA EMPRESA HA CUMPLIDO EN DEBIDA FORMA CON LAS OBLIGACIONES FISCALES SEÑALADAS POR EL CÓDIGO FISCAL DEL DISTRITO FEDERAL, CORRESPONDIENTES A LOS ÚLTIMOS CINCO EJERCICIOS FISCALES REALIZANDO PARA EL EFECTO EL LISTADO DE POR LO MENOS LAS SIGUIENTES CONTRIBUCIONES:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONTRIBUCIÓN** | **APLICA** | **NO APLICA** |
| IMPUESTO PREDIAL |  |  |
| IMPUESTO SOBRE LA ADQUISICIÓN DE INMUEBLES |  |  |
| IMPUESTO DE NÓMINAS |  |  |
| IMPUESTO SOBRE TENENCIA O USO DE VEHÍCULOS |  |  |
| IMPUESTO POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPEDAJE |  |  |
| DERECHOS POR EL SUMINISTRO DE AGUA. |  |  |

ASIMISMO MANIFIESTO QUE LA EMPRESA QUE REPRESENTO SE ENCUENTRA EN LOS SIGUIENTES SUPUESTOS:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SUPUESTO** | **APLICA** | **NO APLICA** |
| LA CAUSACIÓN DE LAS CONTRIBUCIONES ES MENOR A CINCO AÑOS, DEBIDO A QUE LA FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE GENERARON ES \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |  |  |
| EL DOMICILIO FISCAL SE ENCUENTRA FUERA DEL DISTRITO FEDERAL. |  |  |
| EL DOMICILIO FISCAL SE ENCONTRÓ EN EL DISTRITO FEDERAL DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS. |  |  |
| SE CUENTA CON AUTORIZACIÓN PARA PAGO A PLAZO, Y NO SE HA INCURRIDO EN ALGUNO DE LOS SUPUESTOS QUE CONTEMPLA EL CÓDIGO FISCAL DEL DISTRITO FEDERAL, POR LO QUE CESE DICHA AUTORIZACIÓN. |  |  |
| SE ENCUENTRA OBLIGADA A DICTAMINAR EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES O QUE HAYA ADOPTADO POR LA DICTAMINACIÓN, CONFORME A LOS SUPUESTOS QUE MARCA EL CÓDIGO FISCAL DEL DISTRITO FEDERAL.  EN ESTE CASO SE PRECISA QUE LOS EJERCICIOS Y LAS CONTRIBUCIONES DICTAMINADAS SON LAS SIGUIENTES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASIMISMO MANIFIESTO QUE EL DICTAMEN SE ENCUENTRA EN PROCESO DE INTEGRACIÓN POR PERSONA AUTORIZADA POR EL CÓDIGO FISCAL DEL DISTRITO FEDERAL. |  |  |

ATENTAMENTE:

|  |  |
| --- | --- |
| RAZÓN SOCIAL: |  |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: |  |
| DOMICILIO PARA OÍR Y RECIBIR NOTIFICACIONES DENTRO DEL DISTRITO FEDERAL: |  |
| NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA RECIBIR NOTIFICACIONES: |  |
| NÚMERO TELEFÓNICO: |  |
| REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES: |  |
| FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL: |  |

PROTESTO LO NECESARIO

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL LICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL |
| FIRMA |

**NOTA: EL PRESENTE FORMATO DEBERÁ SER PRESENTADO PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL LICITANTE.**

**ANEXO 9.1**

MÉXICO, D.F. A…

**LIC. MANUEL FERNANDO LORÍA DE REGÍL**

**DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

**PRESENTE**

SERVICIO INTEGRAL DE TAMIZ NEONATAL AMPLIADO

DECLARO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE MI REPRESENTADA NO ESTÁ SUJETA A LAS OBLIGACIONES FISCALES QUE SE RELACIONAN A CONTINUACIÓN, POR LAS RAZONES QUE PARA CADA CASO SE INDICAN:

|  |  |
| --- | --- |
| **CONCEPTO** | **RAZÓN POR LA QUE NO APLICA** |
| **IMPUESTO PREDIAL** |  |
| **IMPUESTO SOBRE ADQUISICIÓN DE INMUEBLES** |  |
| **IMPUESTO SOBRE NÓMINA** |  |
| **IMPUESTO SOBRE TENENCIA O USO DE VEHÍCULOS** |  |
| **IMPUESTO POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPEDAJE** |  |
| **DERECHOS DE SUMINISTRO DE AGUA** |  |

POR LO CUAL **NO SE PRESENTAN** LAS CONSTANCIAS DE ADEUDOS RESPECTIVAS.

PROTESTO LO NECESARIO

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL PARTICIPANTE O REPRESENTANTE LEGAL |
| FIRMA |

**NOTA: EL PRESENTE FORMATO DEBERÁ SER PRESENTADO PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL PARTICIPANTE.**

**ANEXO 10**

MÉXICO, D.F. A…

**LIC. MANUEL FERNANDO LORÍA DE REGÍL**

**DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

**PRESENTE**

SERVICIO INTEGRAL DE TAMIZ NEONATAL AMPLIADO

DECLARO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE CONOZCO Y ACEPTO EL CONTENIDO DE **TODAS Y CADA UNA DE LAS HOJAS DE LAS BASES INCLUYENDO SUS ANEXOS**, ASÍ COMO DEL ACTA DERIVADA DE LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO, DOCUMENTOS QUE ME FUERON PROPORCIONADOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

PROTESTO LO NECESARIO

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL LICITANTE O REPRESENTANTE |
| FIRMA |
| R FC: |

**NOTA: EL PRESENTE FORMATO DEBERÁ SER PRESENTADO PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL LICITANTE.**

**ANEXO 11**

MÉXICO, D.F. A …

**LIC. MANUEL FERNANDO LORÍA DE REGÍL**

**DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

**PRESENTE**

SERVICIO INTEGRAL DE TAMIZ NEONATAL AMPLIADO

DECLARO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADA, MI REPRESENTADA NO CEDERÁ NI SUBCONTRATARÁ LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE SE DERIVEN DEL CONTRATO RESPECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 61 DE LA “LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL”.

PROTESTO LO NECESARIO

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL LICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL |
| FIRMA |
| R FC: |

**NOTA: EL PRESENTE FORMATO DEBERÁ SER PRESENTADO PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL LICITANTE.**

**ANEXO 12**

MÉXICO, D.F. A…

**LIC. MANUEL FERNANDO LORÍA DE REGIL**

**DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

**PRESENTE**

SERVICIO INTEGRAL DE TAMIZ NEONATAL AMPLIADO

DECLARO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE ME COMPROMETO A NO INCURRIR EN PRÁCTICAS NO ÉTICAS O ILEGALES DURANTE EL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA, ASÍ COMO EN EL PROCESO DE FORMALIZACIÓN Y VIGENCIA DEL CONTRATO, Y EN SU CASO LOS CONVENIOS QUE SE CELEBREN, INCLUYENDO LOS ACTOS QUE DE ÉSTOS DERIVEN.

PROTESTO LO NECESARIO

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL LICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL |
| FIRMA |
| R FC: |

**NOTA: EL PRESENTE FORMATO DEBERÁ SER PRESENTADO PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL LICITANTE.**

**ANEXO 13**

**FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA ECONÓMICA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA** | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **CANTIDAD** | | **PRECIO UNITARIO** | **IMPORTE** | |
| **MÍNIMA** | **MÁXIMA** |  | **MÍNIMO** | **MÁXIMO** |
| ÚNICA | SERVICIO INTEGRAL DE TAMIZ AMPLIADO | PRUEBA DE TAMIZAJE METABOLICO AMPLIADO A RECIÉN NACIDOS | 4,600 | 40,600 |  |  |  |
| ESTA PROPUESTA CORRESPONDE CON LOS SERVICIOS DETALLADOS EN LA PROPUESTA TÉCNICA, LOS PRECIOS SON EN MONEDA NACIONAL (PESOS MEXICANOS) Y SERÁN FIJOS HASTA EL TOTAL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS EN EL CONTRATO RESPECTIVO, ASÍ MISMO, SE ACEPTAN LAS CONDICIONES DE PAGO, CONFORME AL PLAZO Y PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO POR **“LA CONVOCANTE”.** ESTAPROPUESTA TIENE UNA **VIGENCIA DE 30** (TREINTA) DÍAS NATURALES A PARTIR DE LA FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA MISMA. | | | SUBTOTAL | | |  |  |
| IVA | | |  |  |
| TOTAL | | |  |  |

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL PARTICIPANTE O REPRESENTANTE LEGAL |
| FIRMA |
| R FC: |

REQUISITAR PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL LICITANTE. (**NO INCLUIR LOGOTIPOS DE “LA CONVOCANTE”)**

**ANEXO 14**

**FORMATO PARA LA PROPUESTA DE PRECIOS MÁS BAJOS**

Con fundamento en lo establecido en el artículo 43 fracción II segundo párrafo de la Ley de Adquisiciones para el Distrito Federal que a la letra dice: “Se comunicará a los licitantes que en ese mismo acto, podrán ofertar un precio más bajo por los servicios objeto de este procedimiento de licitación pública, en beneficio del área Convocante, con la finalidad de resultar adjudicados, respecto de la propuesta que originalmente haya resultado más benéfica para el área Convocante, lo cual podrán efectuar, siempre y cuando, en el acto se encuentre la persona que cuente con poderes de representación de la persona física o moral participante, lo que deberá ser acreditado en el mismo acto”. De conformidad con los Lineamientos Generales para la Presentación de Precios Más Bajos para los Bienes y Servicios Objeto del Procedimiento Licitatorio, publicados el 14 de Abril del año 2010 en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, se establecen los fines y procedimientos a realizar por  **“LA CONVOCANTE”**, a efecto de que los licitantes presenten precios más bajos en términos porcentuales para los servicios objeto del presente procedimiento.

|  |  |
| --- | --- |
| LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL | SERVICIO INTEGRAL DE TAMIZ NEONATAL AMPLIADO |
| NUMERO DE PROCEDIMIENTO | **30001122 – 005 – 14** |
| Persona Física o Moral: |  |
| Documento que acredita su representación |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Descripción | Oferta **más baja** presentada originalmente | Ronda  % | Ronda  % | Ronda  % | Ronda  % | Ronda  % | **\*Precio**  **Definitivo** |
| SERVICIO INTEGRAL DE TAMIZ NEONATAL AMPLIADO |  |  |  |  |  |  |  |
|  | NUEVO PRECIO  MÁS BAJO: |  |  |  |  |  |  |

**\*Anotar el precio definitivo ofrecido por el LICITANTE que suscribe el presente formato.**

|  |
| --- |
| **SOSTENIMIENTO DE PRECIO DEFINITIVO** |
| **NOMBRE DEL LICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL** |
|  |
| **FIRMA Y FECHA** |
| R FC: |

**CLÁUSULA:** En caso de que la presente propuesta sea la del precio definitivo más bajo ofrecido por los servicios requeridos y como consecuencia resulte adjudicada, el LICITANTE se compromete al sostenimiento y cumplimiento de la misma, conforme al (los) descuento(s) estipulado(s) por su representante legal debidamente acreditado. Asimismo, en su caso, el porcentaje final de descuento se aplicará de manera proporcional a los precios unitarios de todas las partidas.

**ANEXO 15**

**FORMATO DE FIANZA DE SOSTENIMIENTO DE PROPUESTA**

\_\_\_\_\_\_\_\_(1)\_\_\_\_\_\_\_\_ EN EJERCICIO DE LA AUTORIZACIÓN QUE LE FUE CONCEDIDA POR LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS, SE CONSTITUYE FIADORA HASTA POR LA SUMA DE \_\_\_\_\_\_\_\_(2)\_\_\_\_\_\_\_\_ M.N., A FAVOR DE LA SECRETARÍA DE FINANZAS DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL PARA GARANTIZAR POR \_\_\_\_\_\_\_\_(3)\_\_\_\_\_\_\_\_ CON DOMICILIO EN \_\_\_\_\_\_\_\_(4)\_\_\_\_\_\_\_\_, EL SOSTENIMIENTO DE LA PROPUESTA PRESENTADA PARA PARTICIPAR EN EL PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL No 30001122 – 005 – 14 CONVOCADA POR EL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL, A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL, TENIENDO POR OBJETO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(5)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

ESTA GARANTÍA ESTARÁ VIGENTE HASTA QUE EL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL MANIFIESTE EXPRESAMENTE POR ESCRITO LA DEVOLUCIÓN PARA SU CANCELACIÓN, DE CONFORMIDAD CON LA “LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL”, SU REGLAMENTO Y DEMÁS QUE RESULTEN APLICABLES. (FIN DE TEXTO).

**NOTAS:**

1. NOMBRE DE LA AFIANZADORA.
2. IMPORTE EN MONEDA NACIONAL CON NÚMERO Y LETRA, SEGÚN LA MAGNITUD DE LA COTIZACIÓN SIN CONSIDERAR EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO.
3. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA.
4. DOMICILIO DE LA EMPRESA.
5. OBJETO DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA.

**ANEXO 16**

###### REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE PAGO DE FACTURAS

# REQUISITOS FISCALES.

* 1. LAS FACTURAS, NOTAS DE CARGO O CRÉDITO, DEBERÁN REUNIR LOS REQUISITOS CON BASE EN LOS ARTÍCULOS 29 Y 29-A DEL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN, ARTÍCULO 133 FRACCIÓN III DE LA LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA, ARTÍCULO 32 FRACCIÓN III SEGUNDO PÁRRAFO DE LA LEY DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO Y LA REGLA CORRESPONDIENTE A LA IMPRESIÓN Y EXPEDICIÓN DE COMPROBANTES FISCALES DE LA RESOLUCIÓN MISCELÁNEA FISCAL VIGENTE.
  2. LAS FACTURAS, NOTAS DE CARGO O CRÉDITO DEBERÁN EXPEDIRSE:

NOMBRE: **GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL (GDF).**

R.F.C.: **GDF9712054NA**

DOMICILIO FISCAL. **PLAZA DE LA CONSTITUCIÓN S/N CENTRO DE LA CIUDAD DE MÉXICO ÁREA 1, DISTRITO FEDERAL, C.P. 06000.**

* 1. EN CASO DE QUE SE PRESENTEN COMPROBANTES FISCALES DIGITALES (CFD) SU EXPEDICIÓN SE REGIRÁ POR LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN, SU REGLAMENTO, LA RESOLUCIÓN MISCELÁNEA FISCAL VIGENTE Y DEMÁS DISPOSICIONES APLICABLES.

PARA EL INICIO DE TRÁMITE DE PAGO SE DEBERÁ ENTREGAR EN LA VENTANILLA ÚNICA DE LA DIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS DE **“LA CONVOCANTE”** UNA IMPRESIÓN DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL (CFD) ACOMPAÑADA DE LA DOCUMENTACIÓN QUE COMPRUEBE LA ENTREGA DE LOS BIENES O LA CONCLUSIÓN Y ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS (FACTURA Y ANEXO 4 LOS CUALES ESTARÁN FIRMADAS POR EL DIRECTOR DE LA UNIDAD HOSPITALARIA, EL ADMINISTRADOR DE LA MISMA Y EL PERSONAL QUE RECIBIÓ LAS PRUEBAS.)

1. **REQUISITOS ADMINISTRATIVOS** 
   1. LAS FACTURAS ORIGINALES DEBERÁN CONTENER:
   2. SELLO DEL ÁREA QUE RECIBE LOS SERVICIOS, ASÍ COMO NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO AUTORIZADO PARA LA RECEPCIÓN, UTILIZANDO UNA SOLA TINTA DE BOLÍGRAFO.
   3. CUANDO LA CONCLUSIÓN DE LOS SERVICIOS SE REALICE MEDIANTE REMISIONES, INDICAR EN LA FACTURA LOS FOLIOS DE LAS MISMAS.
   4. INDICAR PARA CADA CONCEPTO INCLUIDO EN LA FACTURA, EL TIPO DE RECURSO QUE CORRESPONDE (RECURSOS FISCALES O SEGURO POPULAR), CONFORME SE SOLICITE EN EL CONTRATO RESPECTIVO,
   5. LA FACTURACIÓN DEBERÁ EFECTUARSE CON FECHA DEL AÑO EN QUE SE EJERCE EL RECURSO PRESUPUESTAL, DE ACUERDO A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y EN CASO DE QUE EXISTA REFACTURACIÓN DEBERÁ TENER LA LEYENDA “CANCELA Y SUSTITUYE A” E INDICAR “FOLIO DE LA FACTURA CANCELADA” Y DEBERÁ SER DEL MISMO AÑO.
   6. INDICAR CANTIDAD, DESCRIPCIÓN DEL BIEN, PRECIO UNITARIO, CADUCIDAD Y NUMERO DE LOTE, CUANDO ASÍ APLIQUE.
   7. TRATÁNDOSE DE ACTIVOS FIJOS, EL NÚMERO DE SERIE CORRESPONDIENTE.
   8. DE LAS REMISIONES ORIGINALES:
2. CONTENER EN FORMA IMPRESA EL NÚMERO DE FOLIO (NO DEBERÁ REPETIRSE EL FOLIO).

1. SE CONSIDERA PARTE INHERENTE DE LA FACTURA Y DEBERÁ ANOTARSE EN LA FACTURA LOS NÚMEROS DE FOLIOS DE LAS REMISIONES QUE SE INCLUYEN EN ELLA.
2. CUANDO LAS REMISIONES CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DE RECEPCIÓN Y LIBERACIÓN SOLICITADOS EN EL NUMERAL 2.1 DE ESTE ANEXO, YA NO SERÁ NECESARIO EN LA FACTURA.
3. INDICAR CANTIDAD, VALOR UNITARIO E IMPORTE TOTAL.
   1. LAS FACTURAS Y REMISIONES DEBERÁN CONTENER EN FORMA IMPRESA EL NÚMERO DE CONTRATO, NÚMERO O FECHA DE ENTREGA CONFORME AL CALENDARIO DE EJECUCIÓN DE LOS SERVICIOS INDICADOS EN EL CONTRATO, LUGAR DE ENTREGA Y NÚMERO DE SERIE PARA EL CASO DE ACTIVOS FIJOS.
   2. LA DESCRIPCIÓN (CALIDAD, MARCA, ETC.) Y PRECIO UNITARIO INCLUIDOS EN LAS FACTURAS Y REMISIONES DEBERÁN COINCIDIR CON LOS DATOS ASENTADOS EN EL CONTRATO.
   3. DOCUMENTOS A ENTREGAR PARA TRÁMITE DE PAGO ANTE EL ÁREA DE EGRESOS DE LA UNIDAD DEPARTAMENTAL DE PRESUPUESTOS.
   4. ORIGINAL DE LA FACTURA Y REMISIÓN.
   5. ANEXO DE SUFICIENCIA PRESUPUESTAL.
   6. COMPROBANTE DE ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS POR PARTE DEL ÁREA RECEPTORA.

CUANDO EN LA FACTURA O REMISIÓN SE INDIQUE QUE ES EN SUSTITUCIÓN DE OTRO DOCUMENTO, DEBERÁ ANEXARSE COPIA DE LA FACTURA O REMISIÓN SUSTITUIDA DEBIDAMENTE CANCELADA.

**ANEXO 17**

**FORMATO PARA SOLICITAR ACLARACIONES A LAS BASES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SERVICIO INTEGRAL DE TAMIZ NEONATAL AMPLIADO | | | |
| **PREGUNTA**  **No.** | **NUMERAL E INCISO DE LAS BASES A QUE SE REFIERE LA PREGUNTA** | **PREGUNTA** | **RESPUESTA DE LA CONVOCANTE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LICITANTE** | **NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Y FIRMA** | **DOMICILIO Y TELÉFONO EN EL DISTRITO FEDERAL** | |
|  |  | CALLE Y NÚMERO |  |
| COL. Y DEL . O MUNICIPIO |  |
| C.P. Y ESTADO |  |
| TELÉFONO |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |