



CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-064-2024

CONTRATO ADMINISTRATIVO ABIERTO PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR LA MTRA. EMMA LUZ LÓPEZ JUÁREZ, EN SU CARÁCTER DE DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ “EL GCDMX”, ASISTIDA POR EL LIC. SERGIO MENESES HERNÁNDEZ, DIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS, EL DR. VÍCTOR FERNANDO GONZÁLEZ ROMERO, DIRECTOR GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS COMO EL “ÁREA REQUIRENTE Y ADMINISTRADORA DEL CONTRATO”, EL Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY, DIRECTOR DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS, COMO EL “ÁREA TÉCNICA” Y POR LA OTRA, LA PERSONA MORAL, “ZDENKO, S.A. DE C.V”., REPRESENTADA POR SU APODERADA LEGAL, LA C. MARÍA DEL ROCIO SANTAMARINA AGUIRRE, A QUIEN PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO SE LE DENOMINARÁ COMO “EL PROVEEDOR” Y CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ “LAS PARTES”, DE CONFORMIDAD CON LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

DECLARACIONES

- I. “EL GCDMX”, POR CONDUCTO DE SU REPRESENTANTE, DECLARA QUE:
 - I.1.- LA CIUDAD DE MÉXICO ES UNA ENTIDAD FEDERATIVA INTEGRANTE DE LA FEDERACIÓN, SEDE DE LOS PODERES DE LA UNIÓN Y CAPITAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, CON PERSONALIDAD JURÍDICA Y PATRIMONIO PROPIO, CUYO GOBIERNO ESTÁ A CARGO, ENTRE OTROS, DEL EJECUTIVO LOCAL, TITULAR QUE SE AUXILIA DE ÓRGANOS CENTRALES, DESCONCENTRADOS Y ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS. LOS CUALES INTEGRAN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 43, 44 Y 122 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; 1º, 32 APARTADO C NUMERAL 1, 2 Y 33, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO; 3, 9 Y 12 DE LA LEY ORGÁNICA DEL PODER EJECUTIVO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y 13 DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL PODER EJECUTIVO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO.
 - I.2.- LA SECRETARÍA DE SALUD ES UNA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA CENTRALIZADA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 33 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO; 2, 3, 11 FRACCIÓN I Y 16 FRACCIÓN XV DE LA LEY ORGÁNICA DEL PODER EJECUTIVO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y 1, 2, 3 Y 7 FRACCIÓN XV DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL PODER EJECUTIVO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO.
 - I.3.- LA MTRA. EMMA LUZ LÓPEZ JUÁREZ EN SU CARÁCTER DE DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, ACREDITA SU PERSONALIDAD JURÍDICA EN TÉRMINOS DEL NOMBRAMIENTO DE FECHA 16 DE AGOSTO DEL 2021, SIGNADO POR LA DRA. CLAUDIA SHEINBAUM PARDO EN SU CARÁCTER DE JEFA DE GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, MANIFESTANDO QUE CUENTA CON FACULTADES AMPLIAS, SUFICIENTES Y CON LA ATRIBUCIÓN PARA CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 129 FRACCIONES I, VIII, IX, X, XIV Y XVI DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL PODER EJECUTIVO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, PUBLICADO EN LA GACETA OFICIAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO EL 02 DE ENERO DE 2019. ASÍ COMO EN LO DISPUESTO EN EL PUNTO PRIMERO DEL “ACUERDO POR EL QUE SE DELEGA EN LOS DIRECTORES GENERALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL Y EN EL TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN EN DICHA DEPENDENCIA, LAS FACULTADES QUE SE INDICAN”, PUBLICADO EN LA GACETA OFICIAL DEL ENTONCES DISTRITO FEDERAL EL DÍA 18 DE AGOSTO DE 2006.
 - I.4.- LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS, “ÁREA REQUIRENTE Y ADMINISTRADORA DEL CONTRATO”, REQUIERE PARA CUMPLIR DEBIDAMENTE CON SUS FINES Y OBJETIVOS EL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES, MISMO QUE SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE IDENTIFICADO CONFORME A LA REQUISICIÓN NÚMERO 011/2024.
 - I.5.- LA CONTRATACIÓN SE EFECTUÓ A TRAVÉS DEL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA DERIVADO DE UNA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO 30001122-002-2024, QUE FUERA DECLARADO DESIERTO Y OTORGADA MEDIANTE OFICIO DE ADJUDICACIÓN NÚMERO SSCDMX/DGAF/DRMAS/SRM/JUDCCM/REQ.011/094/2024 DE FECHA 08 DE MARZO DE 2024, PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 134 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; 27 INCISO C), 28, 52, 54 FRACCIÓN IV Y 63 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y DEMÁS NORMAS APLICABLES.



CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-064-2024

- I.6.- EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 28 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, AL MOMENTO DE LA CELEBRACIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO SE CUENTA CON LA SUFICIENCIA PRESUPUESTAL PARA LA PARTIDA No. 3993 "SUBROGACIONES" CONFORME AL OFICIO NÚMERO SSCDMX/DGAF/DF/SP/022/2024, DE FECHA 08 DE FEBRERO DE 2024, EMITIDO POR LA DIRECCIÓN DE FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO.
- I.7.- EN EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA PARA LLEVAR A CABO **EL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES**, OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO, ASÍ COMO EN LA FORMALIZACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO, NO MEDIÓ NINGUNA FORMA DE DISCRIMINACIÓN, SEA POR ACCIÓN U OMISIÓN, POR RAZONES DE ORIGEN ÉTNICO O NACIONAL, GÉNERO, EDAD, DISCAPACIDAD, CONDICIÓN SOCIAL, CONDICIONES DE SALUD, RELIGIÓN, OPINIONES, PREFERENCIA O IDENTIDAD SEXUAL O DE GÉNERO, ESTADO CIVIL, APARIENCIA EXTERIOR O CUALQUIER OTRA ANÁLOGA, CONFORME A LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 5 DE LA LEY PARA PREVENIR Y ELIMINAR LA DISCRIMINACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO DE FECHA 24 DE FEBRERO DE 2011 Y SU ÚLTIMA REFORMA PÚBLICADA EN LA GACETA OFICIAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO EL 15 DE JUNIO DE 2022 Y EL NUMERAL 5.1.2 DE LA CIRCULAR UNO 2019, "NORMATIVIDAD EN MATERIA DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS" VIGENTE, PUBLICADA EN LA GACETA OFICIAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO EL 02 DE AGOSTO DE 2019 Y EL ACUERDO POR EL QUE SE MODIFICA LA MISMA DE FECHA 23 DE FEBRERO DE 2022.
- I.8.- PARA PREVENIR EL CONFLICTO DE INTERESES, EN EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA, MENCIONADO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, PARA **EL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES**, PREVIO A LA FORMALIZACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO, SE EFECTUÓ UNA CONSULTA DE LA QUE SE DESPRENDE QUE NO MEDIÓ CONFLICTO DE INTERESES
- I.9.- QUE EL PRESENTE CONTRATO SE LE ASIGNÓ A "EL PROVEEDOR" EN VIRTUD DE QUE OFRECIÓ LAS MEJORES CONDICIONES TÉCNICAS, ECONÓMICAS Y MATERIALES PARA **EL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES** SOLICITADO, EN CUMPLIMIENTO CON LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 134 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; 27 INCISO C), 28, 52, 54 FRACCIÓN IV Y 63 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y DEMÁS NORMAS APLICABLES.
- I.10.- SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, BAJO LA CLAVE DE IDENTIFICACIÓN GDF971205-4NA.
- I.11.- EL DOMICILIO DE SU REPRESENTADO PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO, SE UBICA EN AVENIDA INSURGENTES NORTE NO. 423, CONJUNTO URBANO NONOALCO-TLATELOLCO, ALCALDÍA CUAUHTÉMOC, C.P. 06900, CIUDAD DE MÉXICO.
- II.- "EL PROVEEDOR", A TRAVÉS DE SU APODERADA LEGAL, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD DECLARA QUE:
 - II.1.- ES UNA PERSONA MORAL LEGALMENTE CONSTITUIDA CONFORME A LAS LEYES MEXICANAS, COMO LO ACREDITA CON ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 59,084, DE FECHA 18 DE DICIEMBRE DE 2017, OTORGADA ANTE LA FE DEL LICENCIADO JOSÉ ORTIZ GIRÓN, TITULAR DE LA NOTARÍA PÚBLICA NÚMERO 113 EN CIUDAD NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO, INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO DEL ESTADO DE MÉXICO EN EL FOLIO MERCANTIL ELECTRÓNICO NÚMERO N-2018083109, EL DÍA 11 DE OCTUBRE DE 2018.
 - II.2.- LA C. MARÍA DEL ROCIO SANTAMARINA AGUIRRE, EN SU CARÁCTER DE APODERADO LEGAL DE LA SOCIEDAD "ZDENKO, S.A. DE C.V"., SE IDENTIFICA CON CREDENCIAL PARA VOTAR EXPEDIDA A SU FAVOR POR EL INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL, CON NÚMERO IDMEX1529029806, ACREDITANDO SU PERSONALIDAD Y FACULTADES PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE INSTRUMENTO EN TÉRMINOS DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 95,661, DE FECHA 31 DE MARZO DE 2020, OTORGADA ANTE LA FE DEL LICENCIADO LUIS RICARDO DUARTE GUERRA, TITULAR DE LA NOTARÍA PÚBLICA NÚMERO 24 DE LA CIUDAD DE MÉXICO, ACTUANDO COMO ASOCIADO EN EL PROTOCOLO DE LA NOTARÍA NÚMERO 98 DE ESTA CIUDAD DE LA QUE ES TITULAR EL LICENCIADO GONZÁLO M. ORTIZ BLANCO, INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO DEL ESTADO DE MÉXICO EN EL FOLIO MERCANTIL ELECTRÓNICO NÚMERO N-2018083109, EL DÍA 16 DE JUNIO DE 2020; MISMAS QUE, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTA QUE, NO LE HAN SIDO REVOCADAS, MODIFICADAS O LIMITADAS EN FORMA ALGUNA Y SURTEN PLENOS EFECTOS A LA FECHA DE CELEBRACIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.
 - II.3.- CONFORME A LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 95,661, DE FECHA 31 DE MARZO DE 2020, OTORGADA ANTE LA FE DEL LICENCIADO LUIS RICARDO DUARTE GUERRA, TITULAR DE LA NOTARÍA PÚBLICA NÚMERO 24 DE LA CIUDAD DE MÉXICO, ACTUANDO COMO ASOCIADO EN EL PROTOCOLO DE LA NOTARÍA NÚMERO 98 DE ESTA CIUDAD DE LA QUE ES TITULAR EL LICENCIADO GONZÁLO M. ORTIZ BLANCO, INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO DEL ESTADO DE MÉXICO EN EL FOLIO MERCANTIL



CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-064-2024

ELECTRÓNICO NÚMERO N-2018083109, EL DÍA 04 DE JUNIO DE 2020; CLÁUSULA ESTATUTARIA, DONDE RIGE SU ACTUACIÓN TIENE POR OBJETO, ENTRE OTROS: XXI.- PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN EL SECTOR SALUD EN TODA LA REPÚBLICA MEXICANA, ASÍ COMO LOS SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES EN MATERIAL DE MÍNIMA INVASIÓN, HEMODIÁLISIS, DOSIFICACIÓN DE GASES ANESTÉSICOS, ANESTESIA, TELERADIOLOGÍA, ORTOPEDIA, OSTESÍNTESIS, MASTOGRAFÍA E INTERPRETACIÓN DE IMÁGENES MÉDICAS.

II.4.- PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES DEL PRESENTE CONTRATO REFIERE COMO DOMICILIO FISCAL, ASÍ COMO PARA OÍR Y RECIBIR NOTIFICACIONES EL UBICADO EN: AVENIDA MÉXICO NÚMERO 700 L-10. COLONIA SAN IFRÓNIMO ACIIICO, ALCALDÍA MAGDALENA CONTRERAS. C.P. 10400 CIUDAD DE MÉXICO, TELÉFONOS [REDACTED] CORREO ELECTRÓNICO: [REDACTED]

II.5.- CUENTA CON LA EXPERIENCIA PROFESIONAL, PERSONAL CAPACITADO, ASÍ COMO CON CAPACIDAD TÉCNICA, MATERIAL, FINANCIERA Y LEGAL SUFICIENTE, QUE LE PERMITE OBLIGARSE Y CUMPLIR TODOS LOS REQUERIMIENTOS QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE INSTRUMENTO CONTRACTUAL.

II.6.- ES UNA PERSONA MORAL QUE PARA CUMPLIR CON SUS ACTIVIDADES FISCALES SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO BAJO LA CLAVE DE IDENTIFICACIÓN ZDE1712186W7.

II.7.- BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE HA CUMPLIDO EN DEBIDA FORMA CON LAS OBLIGACIONES FISCALES A SU CARGO, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 58 DE LA LEY DE AUSTERIDAD, TRANSPARENCIA EN REMUNERACIONES, PRESTACIONES Y EJERCICIO DE RECURSOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO; QUE SE ENCUENTRA AL CORRIENTE EN SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS, DERECHOS, APROVECHAMIENTOS Y PRODUCTOS REFERIDOS EN EL CÓDIGO FISCAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y EL NUMERAL 5.7.4 DE LA CIRCULAR UNO 2019, VIGENTE, "NORMATIVIDAD EN MATERIA DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS"; Y QUE HA PRESENTADO LAS CONSTANCIAS CORRESPONDIENTES.

II.8.- SU REPRESENTADA, CUENTA CON CONSTANCIA DE REGISTRO EN EL PADRÓN DE PROVEEDORES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

II.9.- MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE ÉL, LOS SOCIOS DE SU REPRESENTADA; DIRECTIVOS, ACCIONISTAS, LOS MIEMBROS DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA MISMA, COMISARIOS, SUS APODERADOS Y REPRESENTANTES LEGALES Y DEMÁS PERSONAL DE SUS PROCESOS DE VENTAS, COMERCIALIZACIÓN, RELACIONES PÚBLICAS O SIMILARES, NO TIENEN O VAN A TENER EN EL SIGUIENTE AÑO O HAN TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO, RELACIÓN PERSONAL, PROFESIONAL, LABORAL, FAMILIAR O DE NEGOCIOS; ASÍ COMO LOS CÓNYUGES DE TODOS ELLOS NO TIENEN LAZOS DE CONSANGUINIDAD NI DE AFINIDAD HASTA EL CUARTO GRADO, CON PERSONA ALGUNA QUE LABORE EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, Y ENTRE CUYAS FUNCIONES SE ENCUENTRA LA DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RELATIVAS A LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS Y/O VENTA DE QUE SON MATERIA DEL PRESENTE CONTRATO ADMINISTRATIVO.

II.10.- ASIMISMO DECLARA QUE ÉL, LAS PERSONAS Y FUNCIONARIOS DE SU REPRESENTADA ANTES MENCIONADOS NO SE ENCUENTRAN EN LOS SUPUESTOS QUE ESTABLECEN LOS ARTÍCULOS 49, FRACCIÓN XV, DE LA LEY DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y 39 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, POR LO QUE NO ESTÁN EN LOS SUPUESTOS DE IMPEDIMENTO LEGALES CORRESPONDIENTES, NI INHABILITADO O SANCIONADO POR LA SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, POR LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL O AUTORIDADES COMPETENTES DE LOS GOBIERNOS DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS O MUNICIPIOS PARA CELEBRAR O AUTORIZAR LA FORMALIZACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO ADMINISTRATIVO.

POR LO TANTO, ACEPTA EXPRESAMENTE QUE EN CASO DE QUE RESULTE FALSA LA MANIFESTACIÓN ANTES MENCIONADA, O QUE DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE CONTRATO ADMINISTRATIVO SE INCURRA EN TALES SUPUESTOS Y EN CONSECUENCIA SE CONTRAVENGAN LAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO SERÁ NULO DE PLENO DERECHO, PREVIA DETERMINACIÓN DE AUTORIDAD JUDICIAL O ADMINISTRATIVA EN FUNCIONES JURISDICCIONALES, DE CONFORMIDAD CON EL ÚLTIMO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 13 DE LA CITADA LEY.

II.11.- "EL PROVEEDOR" SE COMPROMETE A REALIZAR EL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES, CUMPLIENDO CON LAS OBLIGACIONES Y TÉRMINOS SEÑALADOS EN ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO Y EN SUS ANEXOS, DE LOS CUALES CONOCE PLENAMENTE SU CONTENIDO.



CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-064-2024

II.12.- CONOCE EL CONTENIDO Y LOS REQUISITOS QUE SE ESTABLECEN EN:

- A) LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, SU REGLAMENTO, ASÍ COMO LAS DEMÁS NORMAS QUE REGULAN LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO ADMINISTRATIVO; Y
- B) EL CONTENIDO DE LOS **ANEXOS: 1** (ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES) Y **2** (COSTOS); LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE INSTRUMENTO Y QUE CONTIENEN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO.

III.- DECLARAN "LAS PARTES" QUE:

- III.1.- A LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO ADMINISTRATIVO SE HA TENIDO A LA VISTA LA DOCUMENTACIÓN QUE SE SEÑALA EN LAS DECLARACIONES QUE ANTECEDEN.
- III.2.- SE RECONOCE MUTUAMENTE LA PERSONALIDAD JURÍDICA CON QUE SE OSTENTAN Y CON LA QUE ACUDEN A LA CELEBRACIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO Y CUENTAN CON PLENA CAPACIDAD LEGAL, TÉCNICA Y ECONÓMICA PARA CONTRATAR.
- III.3.- EL PRESENTE CONTRATO ADMINISTRATIVO SE REGULA POR LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, SU REGLAMENTO Y DEMÁS DISPOSICIONES APLICABLES Y MANIFIESTAN BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE NO EXISTE DOLO, LESIÓN NI MALA FE, Y QUE LO CELEBRAN DE ACUERDO CON SU LIBRE VOLUNTAD.

LEÍDAS QUE FUERON, LAS ANTERIORES DECLARACIONES POR "LAS PARTES", LAS RATIFICAN Y EXPRESAN SU CONSENTIMIENTO PARA OBLIGARSE EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LAS CLÁUSULAS DEL PRESENTE INSTRUMENTO, LAS CUALES NO SON NEGOCIABLES, ASÍ COMO TODOS LOS DOCUMENTOS QUE EMANEN DE ESTE PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA DERIVADO DE UNA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO **30001122-002-2024**, QUE FUERA DECLARADO DESIERTO Y EN LO NO PREVISTO SE ESTARÁN A LO DISPUESTO EN LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, EN SU REGLAMENTO, EN LA NORMATIVIDAD QUE PARA REGULAR ESTE TIPO DE ACTOS Y CONTRATOS QUE EMANEN DE AUTORIDAD COMPETENTE, ASÍ COMO EN LOS DOCUMENTOS MENCIONADOS EN LA **DECLARACIÓN (II.12)** DE ESTE INSTRUMENTO.

EXPUESTO LO ANTERIOR "LAS PARTES" SUJETAN SU COMPROMISO A LAS FORMAS Y TÉRMINOS QUE ESTABLECEN LAS SIGUIENTES:

CLÁUSULAS

PRIMERA. - OBJETO

EL PRESENTE CONTRATO TIENE POR OBJETO QUE "EL PROVEEDOR, REALICE A FAVOR DE "EL GCDMX", EL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES, CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTIPULADAS EN LOS **ANEXOS: 1** (ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES) Y **2** (COSTOS); LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.

SEGUNDA. - VIGENCIA DEL CONTRATO

"LAS PARTES" ACUERDAN QUE EL PLAZO PARA LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO Y LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ DEL 08 DE MARZO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024, O HASTA AGOTAR EL MONTO MÁXIMO ADJUDICADO.

TERCERA. - MONTO

"LAS PARTES" ESTABLECEN QUE "EL GCDMX" PAGARÁ A "EL PROVEEDOR" POR EL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES, OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, UN MONTO MÍNIMO A EJERCER DE \$2,900,000.00 (DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS 00/100 M.N.) Y UN MONTO MÁXIMO A EJERCER DE \$29,000,000.00 (VEINTINUEVE MILLONES DE PESOS 00/100 M.N.), AMBOS IMPORTES INCLUYEN EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO.



CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-064-2024

“EL PROVEEDOR” ACEPTA QUE, ÚNICAMENTE SE LE PAGARÁN AQUELLOS SERVICIOS QUE SEAN RECIBIDOS, SIEMPRE Y CUANDO NO SE REBASE EL MONTO DEL PRESENTE CONTRATO. PARA EL CASO QUE, “EL PROVEEDOR” REBASE EL MONTO PACTADO, SERÁ BAJO SU PROPIA RESPONSABILIDAD Y EXIME A “EL GCDMX” DE LA OBLIGACIÓN DE PAGAR EL IMPORTE EXCEDIDO.

EL PRESENTE CONTRATO QUE SE CELEBRA ES ABIERTO Y A PRECIO FIJO, DE ACUERDO CON LOS PRECIOS UNITARIOS ESTABLECIDOS EN EL ANEXO 2 (COSTOS), Y NO PODRÁN SER MODIFICADOS DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO, POR LO QUE “EL PROVEEDOR” NO PODRÁ EXIGIR PAGO ADICIONAL ALGUNO, PUES INCLUYEN MANO DE OBRA, COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS Y DEMÁS QUE SE GENEREN POR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

CUARTA. - PAGO.

“LAS PARTES” CONVIENEN QUE LOS PAGOS QUE SE GENEREN CON MOTIVO DEL PRESENTE CONTRATO, SE EFECTUARÁN MEDIANTE TRANSFERENCIA INTERBANCARIA, CONFORME A LOS SERVICIOS PRESTADOS, EN MONEDA NACIONAL A MÁS TARDAR A LOS 20 (VEINTE) DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA DEL REGISTRO DE LAS CUENTAS POR LIQUIDAR CERTIFICADAS (CLC) EN EL SISTEMA SAP-GRP, CONFORME AL ARTÍCULO 54 DE LA LEY DE AUSTERIDAD, TRANSPARENCIA EN REMUNERACIONES PRESTACIONES Y EJERCICIO DE RECURSOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, PREVIO REGISTRO POR PARTE DE “EL PROVEEDOR” ANTE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EN EL “CATÁLOGO DE CUENTAS BANCARIAS DE PROVEEDORES DE LA CDMX”. LO ANTERIOR, SIN PERJUICIO DE QUE EL TIEMPO EN QUE SE CUBRAN LOS REQUISITOS, NO SERÁ CONTABILIZADO PARA EFECTOS DEL PLAZO ESTABLECIDO PARA HACER EFECTIVO EL PAGO, DICHO REGISTRO DEBERÁ EFECTUARSE DENTRO DE LAS 72 HORAS HÁBILES POSTERIORES A LA FIRMA DEL PRESENTE INSTRUMENTO.

EL PAGO DE LOS SERVICIOS QUEDARÁ CONDICIONADO, PROPORCIONALMENTE AL PAGO QUE “EL PROVEEDOR” DEBA EFECTUAR POR CONCEPTO DE PENAS CONVENCIONALES

QUINTA. - FACTURACIÓN.

LA FACTURA QUE EMITA “EL PROVEEDOR” DEBERÁ PRESENTARSE PARA SU PAGO A MES VENCIDO DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 DÍAS HÁBILES DE CADA MES Y CUMPLIR CON LOS REQUISITOS FISCALES NECESARIOS DE CONFORMIDAD CON LA LEY APLICABLE EN EL MOMENTO DE HACER EL PAGO, ADEMÁS DE CONTAR CON EL SOPORTE DOCUMENTAL CORRESPONDIENTE DE ESE PERIODO; QUE ACREDITE QUE LOS SERVICIOS FUERON DEBIDAMENTE REALIZADOS; VALIDADA CON SELLO, NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL PERSONAL RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN A ENTERA SATISFACCIÓN DE LOS MISMOS.

LA FACTURA SEÑALADA EN EL PÁRRAFO ANTERIOR DEBERÁ CONTENER LOS SIGUIENTES DATOS FISCALES: A NOMBRE DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO/SECRETARÍA DE SALUD, CON DOMICILIO EN AV. FRAY SERVANDO TERESA DE MIER, NÚMERO 77, COLONIA CENTRO, ALCALDÍA CUAUHTÉMOC, CÓDIGO POSTAL 06000, CIUDAD DE MÉXICO, REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES GDF9712054NA, ADEMÁS DE SEÑALAR EL NÚMERO DE CONTRATO, LA DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y EN SU CASO LAS RETENCIONES DE IMPUESTOS QUE EN TÉRMINOS DE LEY CORRESPONDAN.

PARA EL TRÁMITE DE PAGO, “EL PROVEEDOR” SE OBLIGA A ENTREGAR LAS FACTURAS ACOMPAÑADAS DE LA DOCUMENTACIÓN SOPORTE, EN LA VENTANILLA ÚNICA DE LA DIRECCIÓN DE FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO JUNTO CON IMPRESIÓN DE LA VERIFICACIÓN DE COMPROBANTE FISCAL DIGITAL (CFDI), EN DÍAS HÁBILES EN UN HORARIO DE 9:00 A 14:00 HORAS, Y ENVIAR SUS FACTURAS EN FORMATO PDF Y XML AL CORREO ELECTRÓNICO ventanilla.sedesadrf@gmail.com.

EN CASO DE QUE LOS RECIBOS Y/O FACTURAS PRESENTEN ERRORES Y/O INCONSISTENCIAS, SERÁN DEVUELTAS A “EL PROVEEDOR” PARA SU CORRECCIÓN, SIENDO RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE ESTE, EL ATRASO EN EL PAGO CORRESPONDIENTE. “EL PROVEEDOR” ACEPTA QUE, NO SE EFECTUARÁ EL PAGO DE CUALQUIER FACTURA QUE EMITA, HASTA EN TANTO, NO SE ENCUENTRE INSCRITO EN EL “CATÁLOGO DE CUENTAS BANCARIAS DE PROVEEDORES DE LA CDMX”.

SEXTA. - ANTICIPOS.

“EL GCDMX” NO OTORGARÁ NINGÚN ANTICIPO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE INSTRUMENTO.



SÉPTIMA. - PAGOS EN EXCESO.

EN CASO DE QUE **"EL PROVEEDOR"** RECIBA PAGOS EN EXCESO, SE OBLIGA A REINTEGRAR A **"EL GCDMX"** EL MONTO TOTAL DEL IMPORTE APLICADO EN DICHO PAGO EN EXCESO, EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 72 (SETENTA Y DOS) HORAS POSTERIORES A LA FECHA DEL DEPÓSITO REGISTRADO POR LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

LOS INTERESES SE CALCULARÁN POR DÍAS NATURALES DESDE LA FECHA DEL PAGO EN EXCESO HASTA LA FECHA EN LA QUE SE REALICE LA DEVOLUCIÓN A **"EL GCDMX"**, ASIMISMO, **"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A PAGAR LOS INTERESES CORRESPONDIENTES, CONFORME A LA TASA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 64, PÁRRAFOS TERCERO Y CUARTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y EL ARTÍCULO 3 DE LA LEY DE INGRESOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO PARA EL EJERCICIO FISCAL 2024.

OCTAVA. - LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

"EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A REALIZAR EL SERVICIO, OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, FÍSICA Y DOCUMENTALMENTE, DE ACUERDO A LOS PERIODOS, HORARIOS, CONDICIONES Y EN SU CASO NORMAS GENERALES O ESPECÍFICAS, CONFORME A LO SEÑALADO EN LOS **ANEXOS: 1** (ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES) Y **2** (COSTOS); LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE INSTRUMENTO Y CONTIENEN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

- EL SERVICIO SE REALIZARÁ DONDE INDIQUE LA JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS POR EL PERIODO COMPRENDIDO A PARTIR DEL 08 DE MARZO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024 O HASTA AGOTARSE EL MONTO MÁXIMO ADJUDICADO.

"EL PROVEEDOR" ACEPTA QUE **"EL GCDMX"**, DE ACUERDO A SU NECESIDADES, PODRÁ CAMBIAR EL LUGAR DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, A OTROS DOMICILIOS UBICADOS DENTRO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, SIN CARGO ALGUNO PARA ESTA, PREVIA NOTIFICACIÓN POR PARTE DE LA DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS.

LOS SERVICIOS QUE **"EL PROVEEDOR"** REALICE SIN PREVIA AUTORIZACIÓN DEL **"ÁREA REQUERENTE Y ADMINISTRADORA DEL CONTRATO"**, SERÁN SIN COSTO PARA **"EL GCDMX"**.

NOVENA. - SUPERVISIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ("ÁREA REQUERENTE Y ADMINISTRADORA DEL CONTRATO")

LOS SERVICIOS QUE PROPORCIONE **"EL PROVEEDOR"**, SERÁN SUPERVISADOS POR **"EL GCDMX"** A TRAVÉS DEL PERSONAL DEL **"ÁREA REQUERENTE Y ADMINISTRADORA DEL CONTRATO"**, CON EL OBJETO DE VERIFICAR EL CONTROL, INSPECCIÓN Y AVANCES DEL SERVICIO, OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, QUIEN ADEMÁS ADMINISTRARÁ EL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO. SI EL **"ÁREA REQUERENTE Y ADMINISTRADORA DEL CONTRATO"**, LLEGARE A DETERMINAR ALGUNA IRREGULARIDAD POR PARTE DE **"EL PROVEEDOR"**, EN CUANTO AL SERVICIO O CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN ESTE INSTRUMENTO, DICHA IRREGULARIDAD SE LE NOTIFICARÁ POR ESCRITO A FIN DE QUE PROCEDA A REPARARLAS Y/O CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO EN ESTE CONTRATO, INDEPENDIEMENTE DE LA APLICACIÓN DE PENAS CONVENCIONALES QUE LE RESULTEN APLICABLES.

EL EJERCICIO DE ESTE DERECHO, NO LIBERA A **"EL PROVEEDOR"** DE LA RESPONSABILIDAD DE SUPERVISAR ÉL MISMO LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO, EN CONSECUENCIA, LA OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR EL SERVICIO MAL EJECUTADO O DEFICIENCIAS, SUBSISTE EN TODO MOMENTO PARA **"EL PROVEEDOR"**.

DÉCIMA. -IMPUESTOS Y DERECHOS.

TODOS LOS IMPUESTOS, DERECHOS Y DEMÁS GRAVÁMENES, QUE SE GENEREN CON MOTIVO DE LA PRESENTE CONTRATACIÓN, SERÁN CUBIERTOS POR **"EL PROVEEDOR"**.

"EL GCDMX" ÚNICAMENTE PAGARÁ A **"EL PROVEEDOR"** EL IMPORTE CORRESPONDIENTE AL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO EN CASO DE QUE APLIQUE, CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 71 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL.



CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-064-2024

DÉCIMA PRIMERA. - PRÓRROGA.

NO SE OTORGARÁN PRÓRROGAS SALVO LO ESTIPULADO EN EL ARTÍCULO 42 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, EN RELACIÓN CON EL NUMERAL 5.10 DE LA "CIRCULAR UNO 2019, "NORMATIVIDAD EN MATERIA DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS".

"EL GCDMX" POR CASO FORTUITO, FUERZA MAYOR O POR CAUSAS ATRIBUIBLES AL MISMO, PODRÁ MODIFICAR EL CONTRATO A EFECTO DE PRORROGAR LA FECHA O PLAZO PARA LA REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS, PARA LO CUAL SE FORMALIZARÁ EL CONVENIO MODIFICATORIO RESPECTIVO, NO PROCEDIENDO LA APLICACIÓN DE PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO. TRATÁNDOSE DE CAUSAS IMPUTABLES A "EL GCDMX", NO SE REQUERIRÁ DE LA SOLICITUD DE "EL PROVEEDOR".

EN EL CASO DE QUE "EL PROVEEDOR", REQUIERA UNA PRÓRROGA POR LAS CAUSAS DESCRITAS EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, DEBERÁ SOLICITARLO POR ESCRITO DIRIGIDO A LA DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD, CON ANTICIPACIÓN A LA FECHA DE VENCIMIENTO EN EL PLAZO DE LA REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS O VIGENCIA DEL CONTRATO, INDICADO EN EL PRESENTE INSTRUMENTO.

EN CASO DE QUE "EL PROVEEDOR" NO OBTENGA LA PRÓRROGA SOLICITADA, POR SER CAUSA IMPUTABLE A ÉSTE EL ATRASO EN LA REALIZACIÓN DE SERVICIOS, SE HARÁ ACREEDOR A LA APLICACIÓN DE LAS PENAS CONVENCIONALES CORRESPONDIENTES.

DÉCIMA SEGUNDA. -GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.

DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 73 FRACCIÓN III Y 75 BIS FRACCIÓN VI DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, EN RELACIÓN CON EL ARTÍCULO 360 DEL CÓDIGO FISCAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, ASÍ COMO CON LAS REGLAS DE CARÁCTER GENERAL POR LAS QUE SE DETERMINAN LOS TIPOS DE GARANTÍA QUE DEBEN CONSTITUIRSE Y RECIBIR LAS DEPENDENCIAS, ÓRGANOS DESCONCENTRADOS, DELEGACIONES Y ENTIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL, PUBLICADAS EL 31 DE MAYO DE 2011 EN LA ENTONCES GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL (HOY CIUDAD DE MÉXICO), "EL PROVEEDOR" GARANTIZA POR UN IMPORTE EQUIVALENTE AL 15% DEL MONTO TOTAL MÁXIMO DEL CONTRATO, SIN CONSIDERAR EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO, A FAVOR DE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, MEDIANTE PÓLIZA DE FIANZA EXPEDIDA POR INSTITUCIÓN AFIANZADORA DEBIDAMENTE AUTORIZADA. LA CUAL PERMANECERÁ VIGENTE HASTA 1 (UN) AÑO A PARTIR DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO A ENTERA SATISFACCIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y HASTA EL TOTAL CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES DE ESTE CONTRATO, MISMA QUE SE HARÁ EFECTIVA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO.

LA GARANTIA DE CUMPLIMIENTO DEBERÁ SER EXPEDIDA CON FECHA DE LA FIRMA DEL INSTRUMENTO JURIDICO EN CUESTIÓN Y DEBERÁ ENTREGARSE EN LA JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE CONTRATOS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, DENTRO DE UN PLAZO DE 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FIRMA DE ESTE INSTRUMENTO; LA FALTA DE ENTREGA DE PÓLIZA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DENTRO DE PLAZO REFERIDO SERÁ CAUSAL DE RESCISIÓN DEL MISMO.

"EL GCDMX" MANTENDRÁ EN SU PODER LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO Y ESTA SERÁ DEVUELTA, PREVIA SOLICITUD POR ESCRITO POR PARTE DE "EL PROVEEDOR" ADJUDICADO A LA "DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS", UNA VEZ CUMPLIDAS LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES A ENTERA SATISFACCIÓN DE "EL GCDMX".

LA PÓLIZA DE FIANZA, GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES.

EN EL SUPUESTO DE QUE EL MONTO O PLAZO ORIGINALMENTE PACTADO EN EL CONTRATO SE MODIFIQUE, "EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A MANTENER LA PÓLIZA DE FIANZA EN EL PORCENTAJE MENCIONADO EN EL PRIMER PÁRRAFO DE ÉSTA CLÁUSULA O AMPLIAR SU VIGENCIA POR EL PLAZO DE LA PRÓRROGA CONCEDIDA.

EN CASO DE INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO POR PARTE DE "EL PROVEEDOR", ESTA PÓLIZA DE FIANZA PERMANECERÁ VIGENTE HASTA LA CONCLUSIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y NO PODRÁ SER CANCELADA SINO HASTA QUE LA PRESTACIÓN HAYA QUEDADO CUBIERTA A ENTERA SATISFACCIÓN DEL "ÁREA REQUERENTE Y ADMINISTRADORA DEL CONTRATO" Y HAYAN QUEDADO CUBIERTOS LOS VICIOS OCULTOS.

PARA EL PROCEDIMIENTO DE CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA DE FIANZA, SE DEBERÁ EFECTUAR LO SIGUIENTE:



CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-064-2024

- A) PARA SER CANCELADA LA PÓLIZA DE FIANZA SERÁ REQUISITO INDISPENSABLE LA CONFORMIDAD POR ESCRITO DE **"EL GCDMX"**.
- B) LA INSTITUCIÓN AFIANZADORA SE SOMETE EXPRESAMENTE AL PROCEDIMIENTO DE EJECUCIÓN ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 279 Y 282 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS VIGENTE. LA PÓLIZA DE FIANZA SE CANCELARÁ CUANDO **"EL PROVEEDOR"** HAYA CUMPLIDO CON TODAS LAS OBLIGACIONES QUE SE DERIVEN DEL CONTRATO.
- C) LA PÓLIZA DE FIANZA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO ÚNICAMENTE PODRÁ SER CANCELADA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 120 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE AUSTERIDAD, TRANSPARENCIA EN REMUNERACIONES, PRESTACIONES Y EJERCICIO DE RECURSOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, PERMANECIENDO VIGENTE DURANTE LA SUBSTANCIACIÓN DE TODOS LOS RECURSOS LEGALES O JUICIOS QUE SE INTERPONGAN HASTA QUE SE DICTE RESOLUCIÓN DEFINITIVA DE AUTORIDAD COMPETENTE.

LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO SERÁ LIBERADA A SOLICITUD POR ESCRITO DE **"EL PROVEEDOR"**, UNA VEZ QUE SE HAYAN CONCLUÍDO LOS SERVICIOS A SATISFACCIÓN DEL **"ÁREA REQUERENTE Y ADMINISTRADORA DEL CONTRATO"** Y PREVIO PAGO DE LAS PENAS CONVENCIONALES QUE HUBIEREN RESULTADO APLICABLES, EN SU CASO. SI **"EL PROVEEDOR"** NO SOLICITA LA DEVOLUCIÓN DE LA GARANTÍA EN EL PLAZO DE UN AÑO CALENDARIO CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DEL ÚLTIMO PAGO, **"EL GCDMX"** QUEDARÁ LIBERADA DE TODA RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL RESGUARDO DE LA MISMA.

DÉCIMA TERCERA. - APLICACIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.

"LAS PARTES" CONVIENEN QUE **"EL GCDMX"**, HARÁ EFECTIVA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO:

- A) DESPUÉS DE AGOTADAS LAS PENAS CONVENCIONALES APLICABLES POR INCUMPLIMIENTO EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS;
- B) CUANDO LOS DOCUMENTOS QUE DEMUESTREN LA RENOVACIÓN DE LAS GARANTÍAS, DERIVADAS DE LAS MODIFICACIONES A LOS CONTRATOS NO SE ENTREGUEN EN LA FECHA ESTABLECIDA;
- C) CUANDO SE RESCINDA EL CONTRATO POR CAUSAS IMPUTABLES A **"EL PROVEEDOR"**;
- D) CUANDO NO SE CUMPLA CON LO ESTIPULADO EN EL PRESENTE CONTRATO.

DÉCIMA CUARTA. - RESPONSABILIDAD CIVIL

"EL PROVEEDOR" ENTREGA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CON COBERTURA AMPLIA, EXPEDIDA POR INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE AUTORIZADA, LA CUAL GARANTIZA EL **20%** (VEINTE POR CIENTO) DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO ANTES DE I.V.A., MISMA QUE AMPARA DAÑOS A TERCEROS QUE PUEDAN OCACIONARSE DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, INCLUYENDO DAÑOS Y PERJUICIOS CAUSADOS EN EL PATRIMONIO DE **"EL GCDMX"**, PACIENTES O PERSONAL, ASÍ COMO A LAS PERSONAS CONSIDERADAS COMO TERCEROS Y/O A BIENES DE ESTOS COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ENCOMENDADOS.

DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, ASÍ COMO POR EL PLAZO DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, **"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A MANTENER VIGENTE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL.

ADEMÁS DE LO SEÑALADO EN LOS PÁRRAFOS ANTERIORES, **"EL PROVEEDOR"**, SE OBLIGA A LA CORRECTA EJECUCIÓN DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS SOLICITADOS, CON APEGO Y COMPLETA OBSERVANCIA A LAS NORMAS DE PROTECCIÓN CIVIL E HIGIENE, A LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS PROPIAS DE LOS SERVICIOS A PRESTAR, ASÍ COMO LAS QUE SE CONSIDEREN PERTINENTES.

DÉCIMA QUINTA. - DAÑOS Y PERJUICIOS.

"EL PROVEEDOR" SERÁ RESPONSABLE DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS QUE SE CAUSEN A **"EL GCDMX"**, DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA RESPONSABILIDAD EN QUE INCURRA EN LOS TÉRMINOS DEL MISMO.

SMH/TJZM/ACB/GBJ

Avenida Insurgentes Norte No. 423, Piso 8, Conjunto Urbano Nonoalco-Tlatelolco, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06900, Ciudad de México



CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-064-2024

DÉCIMA SEXTA. - PENAS CONVENCIONALES.

“LAS PARTES” CONVIENEN QUE “EL GCDMX” APLICARÁ LAS SIGUIENTES PENAS CONVENCIONALES:

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	PORCENTAJE A APLICAR
POR QUE LA UNIDAD NO SE PRESENTE O DE ESTAR PRESENTE NO DE SERVICIO.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO	JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS.	0.5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.
POR NO ENTREGAR LA INFORMACIÓN	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO	JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS.	0.5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.
POR NO ENTREGAR RESULTADOS DE ESTUDIOS AL PACIENTE O DE ENTREGAR LOS RESULTADOS, ESTOS NO CORRESPONDAN AL PACIENTE QUE SE LE REALIZÓ EL ESTUDIO.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO	JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS.	0.5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.

“LAS PARTES” ACUERDAN QUE, LA DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS SERÁ LA RESPONSABLE DEL CÁLCULO DE LAS PENAS CONVENCIONALES, PREVIA NOTIFICACIÓN DE INCUMPLIMIENTO QUE REALICE EL “ÁREA REQUERENTE Y ADMINISTRADORA DEL CONTRATO”; ASIMISMO, PROCEDERÁ INMEDIATAMENTE A NOTIFICAR POR ESCRITO A “EL PROVEEDOR” LA APLICACIÓN DE LA PENA O LAS PENAS CONVENCIONALES.

INDEPENDIEMENTE DE LA APLICACIÓN DE LAS SANCIONES QUE HAYAN SIDO ACORDADAS, “EL GCDMX” EXIGIRÁ, EN LOS CASOS EN QUE ASÍ PROCEDA, LA REPARACIÓN DE DAÑOS Y PERJUICIOS OCASIONADOS, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 58 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

EL MONTO DE LAS PENAS EN NINGÚN CASO DEBERÁ REBASAR EL MONTO TOTAL DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO Y AL LLEGAR A SU LÍMITE DEBERÁ INICIARSE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 57 Y 58 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, SIN PERJUICIO DEL DERECHO QUE TIENE “EL GCDMX” DE OPTAR ENTRE EXIGIR LA REPARACIÓN DE DAÑOS Y PERJUICIOS OCASIONADOS O EL CUMPLIMIENTO FORZOSO DEL CONTRATO O RESCINDIRLO, QUEDANDO A SALVO LOS DERECHOS QUE LE OTORQUE LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR.

DICHA PENALIZACIÓN SE DESCONTARÁ A “EL PROVEEDOR” DEL IMPORTE FACTURADO QUE CORRESPONDA A LA OPERACIÓN ESPECÍFICA DE QUE SE TRATE ANTES DE SU PAGO DEFINITIVO Y SE LIQUIDARÁ SÓLO LA DIFERENCIA QUE RESULTE.

“EL GCDMX” POR NINGÚN MOTIVO AUTORIZARÁ CONDONACIÓN DE SANCIONES POR ATRASO EN LA REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS, CUANDO LAS CAUSAS SEAN IMPUTABLES A “EL PROVEEDOR”.

DÉCIMA SÉPTIMA. - GARANTÍA CONTRA DEFECTOS O VICIOS OCULTOS.

“EL PROVEEDOR” SE COMPROMETE A SUBSANAR O SUSTITUIR LOS SERVICIOS QUE PRESENTEN DEFECTOS O VICIOS OCULTOS, DENTRO DE LOS PERIODOS PREVISTOS EN LOS ANEXOS DEL CONTRATO, A PETICIÓN QUE LE REALICE “EL GCDMX”, CON OTROS DE IGUAL CALIDAD, Y CARACTERÍSTICAS ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE CONTRATO Y SUS ANEXOS, CONFORME A LAS FORMALIDADES E INDICACIONES (LUGAR DE PRESTACIÓN) QUE “EL GCDMX” LE SEÑALE, ACEPTANDO QUE, DE NO SUBSANAR LOS DEFECTOS, VICIOS OCULTOS O MALA CALIDAD, SE HARÁ ACREEDOR A LA APLICACIÓN DE LA PENA CONVENCIONAL Y DICHA GARANTÍA DEBERÁ PERMANECER VIGENTE DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y HASTA POR EL NÚMERO DE DÍAS, DE ACUERDO A LA GARANTÍA SEÑALADA EN LOS ANEXOS.

“EL PROVEEDOR” ACEPTA QUE LOS SERVICIOS ESTÁN GARANTIZADOS CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN, VICIO OCULTOS O DEFICIENCIAS EN LA CALIDAD QUE IMPIDAN SU USO O CONSUMO.

Handwritten signatures and initials in blue and pink ink.



CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-064-2024

CUANDO EXISTA UN DEFECTO O DEFICIENCIA DE LA CALIDAD, PERSONAL DEL ÁREA REQUERENTE, DEBERÁ REPORTAR, MEDIANTE OFICIO Y ANEXANDO EL REPORTE DE DESVÍO DE LA CALIDAD CON DATOS COMPLETOS A LA **DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS** CON COPIA A LA **DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS**. LA **DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS** REALIZARÁ LA EVALUACIÓN TÉCNICA Y EN SU CASO EMITIRÁ UN DICTÁMEN QUE SE TURNARÁ A LA **DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS** A EFECTO DE QUE ÉSTA INDIQUE A **"EL PROVEEDOR"** LAS MEDIDAS QUE SE DETERMINEN.

DÉCIMA OCTAVA. - CESIÓN A TERCEROS.

LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO NO PODRÁN CEDERSE EN FORMA PARCIAL O TOTAL A FAVOR DE CUALQUIER OTRA PERSONA FÍSICA O MORAL, CON EXCEPCIÓN DE LOS DERECHOS DE COBRO, EN CUYO CASO, DEBERÁ CONTAR CON LA CONFORMIDAD PREVIA Y POR ESCRITO DE **"EL GCDMX"** EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 61 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, Y EN CASO DE HACERLO SERÁ CONSIDERADO CAUSA DE RESCISIÓN.

DÉCIMA NOVENA. - MODIFICACIONES AL CONTRATO.

"EL GCDMX" PODRÁ ACORDAR EL INCREMENTO Y/O DISMINUCIÓN DE LOS SERVICIOS SOLICITADOS MEDIANTE MODIFICACIÓN AL CONTRATO VIGENTE, SIEMPRE Y CUANDO SEA CONFORME AL PRECIO ORIGINAL Y DEMÁS CONDICIONES DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS, SEAN IGUALES A LOS INICIALMENTE PACTADOS, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 65 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

CUALQUIER MODIFICACIÓN O VARIACIÓN DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PACTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO DEBERÁN ESTIPULARSE POR ESCRITO, DEBIENDO SUSCRIBIRLO **"LAS PARTES"** QUE SIGNARON ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO O AQUÉLLAS QUE LAS SUSTITUYAN EN EL CARGO O FUNCIONES, ACREDITÁNDOSE ÉSTOS CON LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 65 Y 67 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

CUANDO SE EFECTÚEN MODIFICACIONES AL CONTRATO POR INCREMENTO DE SERVICIOS, **"EL PROVEEDOR"**, DEBERÁ PRESENTAR EN EL MOMENTO DE LA FORMALIZACIÓN DEL CONVENIO MODIFICATORIO LA ACTUALIZACIÓN A LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, ASÍ COMO, LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL, DE SER EL CASO, MISMAS QUE INCLUYAN LAS NUEVAS OBLIGACIONES.

NO PROCEDERÁN MODIFICACIONES AL CONTRATO QUE IMPLIQUEN INCREMENTO DE PRECIOS, OTORGAMIENTO DE ANTICIPOS, PAGOS PROGRESIVOS, ESPECIFICACIONES Y EN GENERAL, CUALQUIER CAMBIO QUE IMPLIQUE OTORGAR CONDICIONES MÁS VENTAJOSAS A FAVOR DE **"EL PROVEEDOR"**, COMPARADAS CON LAS ESTABLECIDAS ORIGINALMENTE, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 68 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, EXCEPTO LAS QUE SE REFIERAN A IGUALES O MEJORES CONDICIONES DE CALIDAD PARA **"EL GCDMX"** Y EL PRECIO SEA IGUAL AL ORIGINALMENTE PACTADO.

VIGÉSIMA. - RESCISIÓN

"EL GCDMX" PODRÁ RESCINDIR ADMINISTRATIVAMENTE ESTE CONTRATO SIN NECESIDAD DE DECLARACIÓN JUDICIAL PREVIA, POR EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIER OBLIGACIÓN ESTIPULADA EN EL MISMO POR PARTE DE **"EL PROVEEDOR"**, MISMA QUE SERÁ NOTIFICADA EN FORMA PERSONAL A ÉSTE, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 42 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL EN RELACIÓN CON LOS ARTÍCULOS 63 Y 64 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

"EL GCDMX" RESCINDIRÁ EL CONTRATO POR CUALQUIERA DE LAS CAUSAS QUE A CONTINUACIÓN SE SEÑALAN, MISMAS QUE SE MENCIONAN EN FORMA ENUNCIATIVA MAS NO LIMITATIVA:

- A) CUANDO **"EL PROVEEDOR"** NO CUMPLA CON EL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO;
- B) INCURRA EN CUALQUIERA DE LOS SUPUESTOS CONTENIDOS EN LOS ARTÍCULOS 39 Y 39 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL O EN EL ARTÍCULO 49 FRACCIÓN XV DE LA LEY DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO;
- C) **"EL GCDMX"** DETECTE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES FISCALES DE **"EL PROVEEDOR"**, TALES COMO EL PAGO OPORTUNO DE LOS IMPUESTOS Y DERECHOS LOCALES.
- D) SEA DECLARADO EN CONCURSO MERCANTIL;



CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-064-2024

- E) "EL PROVEEDOR" SUBCONTRATE, CEDA O TRASPASE EN FORMA TOTAL O PARCIAL LOS DERECHOS DERIVADOS DEL PRESENTE CONTRATO, CON EXCEPCIÓN DEL DERECHO DE COBRO, MISMO QUE TENDRÁ QUE SER AUTORIZADO PREVIAMENTE, ATENDIENDO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 61 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL;
- F) POR NO PRESENTAR LA(S) GARANTÍA(S) SOLICITADA(S) EN EL PRESENTE CONTRATO (DE CUMPLIMIENTO Y/O PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL) EN CASO DE QUE APLIQUE.
- G) CUANDO LA APLICACIÓN DE LAS PENAS CONVENCIONALES LLEGA A REPRESENTAR EL MISMO PORCENTAJE DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.
- H) SI SE LE ATRIBUYE LA INVASIÓN DE ALGÚN REGISTRO DE PROPIEDAD INDUSTRIAL Y/O PATENTE CON MOTIVO DEL PRESENTE CONTRATO.
- I) POR DIVULGAR INFORMACIÓN DE LOS EXPEDIENTES A LOS CUALES TENGA ACCESO, PARA CUMPLIR CON LOS OBJETIVOS DEL PRESENTE CONTRATO.
- J) Y EN GENERAL CUALQUIER OTRA CAUSA IMPUTABLE A "EL PROVEEDOR" QUE LESIONE LOS INTERESES DE "EL GCDMX".

"EL GCDMX" PODRÁ OPTAR ENTRE EXIGIR EL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO O BIEN DECLARAR LA RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL MISMO; Y SI SE DA ESTE ÚLTIMO SUPUESTO, LA RESCISIÓN SE INICIARÁ DENTRO DE LOS 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A AQUEL EN QUE SE HUBIERE AGOTADO EL PLAZO PARA HACER EFECTIVAS LAS PENAS CONVENCIONALES, EN EL IMPORTE FACTURADO CUANDO SE APLIQUE Y EN SU CASO SE EXIGIRÁ LA REPARACIÓN DE DAÑOS Y PERJUICIOS OCASIONADOS, INDEPENDIEMENTE DE LA APLICACIÓN DE LAS SANCIONES QUE HAYAN SIDO PACTADAS.

"EL PROVEEDOR" SERÁ RESPONSABLE DE LOS VICIOS OCULTOS, ASÍ COMO DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS QUE POR SU INCUMPLIMIENTO SEAN CAUSADOS A "EL GCDMX".

VIGÉSIMA PRIMERA. -SUSPENSIÓN TEMPORAL.

"LAS PARTES" CONVIENEN QUE "EL GCDMX" EN CUALQUIER MOMENTO PODRÁ SUSPENDER TEMPORALMENTE, EN TODO O EN PARTE EL PRESENTE CONTRATO, CUANDO CONCURRAN RAZONES DE INTERÉS GENERAL, CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR, SIN QUE ELLO IMPLIQUE SU TERMINACIÓN DEFINITIVA Y SERÁ SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA "EL GCDMX", SI ÉSTE FUERA EL CASO, COMUNICARÁ A "EL PROVEEDOR" LAS RAZONES QUE DIERON ORIGEN A DICHA TERMINACIÓN, SIN APLICACIÓN DE PENA O SANCIÓN ALGUNA.

EL PRESENTE CONTRATO PODRÁ CONTINUAR PRODUCIENDO TODOS SUS EFECTOS LEGALES, UNA VEZ QUE HAYAN DESAPARECIDO LAS CAUSAS QUE MOTIVARON DICHA SUSPENSIÓN.

SI NO FUERA POSIBLE SUPERAR LAS CIRCUNSTANCIAS QUE PROVOCARON LA INTERRUPCIÓN EN LA CONTINUIDAD DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, SE PROCEDERÁ A LA TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL MISMO.

VIGÉSIMA SEGUNDA. - TERMINACIÓN ANTICIPADA.

CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR EL ÚLTIMO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 69 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, "EL GCDMX" PODRÁ DECRETAR LA TERMINACIÓN ANTICIPADA DE ESTE CONTRATO, SIN AGOTAR EL PLAZO PARA LA APLICACIÓN DE LAS PENAS CONVENCIONALES, PREVIA OPINIÓN DE LA SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO POR CAUSAS DEBIDAMENTE JUSTIFICADAS Y QUE DE NO PROCEDERSE A LA TERMINACIÓN DEL MISMO SE PUDIERA ALTERAR LA SEGURIDAD E INTEGRIDAD DE LAS PERSONAS O EL MEDIO AMBIENTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO, O SE AFECTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS, SIN NECESIDAD DE LA APLICACIÓN DE PENAS CONVENCIONALES, EN LOS CASOS EN QUE EXISTAN CIRCUNSTANCIAS QUE CAUSEN AFECTACIONES A LOS INTERESES DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

DE IGUAL FORMA, EN EL SUPUESTO DE QUE DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO "EL GCDMX" ACREDITE QUE "EL PROVEEDOR" NO CUMPLE CON SUS OBLIGACIONES FISCALES, "EL GCDMX" TERMINARÁ ANTICIPADAMENTE ESTE CONTRATO, INDEPENDIEMENTE DE LA ACCIÓN QUE LE CORRESPONDA EJERCER A LAS AUTORIDADES FISCALES DE LA CIUDAD DE MÉXICO POR DICHO CONCEPTO.

Handwritten signature in blue ink

Handwritten signature in pink ink



CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-064-2024

EN CASO QUE LA SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES DETECTE VIOLACIONES A LAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, PODRÁ INSTRUIR A “EL GCDMX” QUE PROCEDA A DECLARAR LA SUSPENSIÓN TEMPORAL O LA TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.

EN CASO DE TERMINACIÓN ANTICIPADA, SUSPENSIÓN TEMPORAL O DEFINITIVA DEL CONTRATO, YA SEA POR MUTUO CONSENTIMIENTO, CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR, SERÁ SIN RESPONSABILIDAD PARA “EL GCDMX”, SI ÉSTE FUERA EL CASO, COMUNICARÁ A “EL PROVEEDOR” LAS RAZONES QUE DIERON ORIGEN A DICHA TERMINACIÓN, PARA LO CUAL BASTARÁ UNA NOTIFICACIÓN POR ESCRITO CON 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES DE ANTICIPACIÓN, SIN APLICACIÓN DE PENA O SANCIÓN ALGUNA DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 56, FRACCIÓN XIV, DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

VIGÉSIMA TERCERA. -RESPONSABILIDAD LABORAL.

“EL PROVEEDOR” SE CONSTITUYE COMO ÚNICO EMPRESARIO Y PATRÓN DEL PERSONAL QUE UTILICE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y SERÁ EL ÚNICO RESPONSABLE DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DE LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO Y DEMÁS ORDENAMIENTOS EN MATERIA DE TRABAJO Y DE SEGURIDAD SOCIAL, SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA “EL GCDMX”, POR LO QUE SE OBLIGA A RESPONDER POR LAS RECLAMACIONES QUE SUS TRABAJADORES PRESENTEN EN SU CONTRA O EN CONTRA DE “EL GCDMX” CON RELACIÓN A LOS TÉRMINOS Y EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO; POR LO QUE ÉSTE DESLINDA A “EL GCDMX” DE TODA RESPONSABILIDAD LABORAL, CIVIL, PENAL O DE CUALQUIER OTRA ÍNDOLE, RECONOCIENDO EXPRESAMENTE Y PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES QUE EN NINGÚN CASO SE PODRÁ CONSIDERAR A “EL GCDMX” COMO PATRÓN SOLIDARIO O SUSTITUTO DE NINGUNA DE LAS OBLIGACIONES OBRERO PATRONALES Y RESPONSABILIDADES QUE “EL PROVEEDOR” TENGA CON RESPECTO A SUS TRABAJADORES.

EN EL SUPUESTO DE QUE NO OBSTANTE LO SEÑALADO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, “EL GCDMX” SE VEA OBLIGADO A CUBRIR ALGUNA CANTIDAD CON MOTIVO DE CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE PUDIERA TENER EN SU CONTRA A CAUSA DE ALGUNA DECISIÓN DE AUTORIDAD COMPETENTE, “EL PROVEEDOR” SE OBLIGA A RESTITUIR DE INMEDIATO A “EL GCDMX” LA CANTIDAD EROGADA O BIEN LO AUTORIZA DESDE ESTE MOMENTO A DESCONTAR EL MONTO DE LA MISMA DEL PAGO DE LA CANTIDAD QUE EN CONCEPTO DE LA CONTRAPRESTACIÓN POR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SE OBLIGA A CUBRIR EN TÉRMINOS DE LA CLÁUSULA TERCERA DEL PRESENTE CONTRATO.

VIGÉSIMA CUARTA. - CONFIDENCIALIDAD.

“EL PROVEEDOR” SE ABSTENDRÁ DE DIFUNDIR, PROCESAR O UTILIZAR CUALQUIER INFORMACIÓN PROTEGIDA POR LA LEY DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y RENDICIÓN DE CUENTAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y CUALQUIER OTRA NORMATIVIDAD APLICABLE EN LA MATERIA.

“LAS PARTES” CONVIENEN QUE, LA INFORMACIÓN QUE LLEGUE A CONOCIMIENTO DE CUALQUIERA DE ELLAS EN EL DESARROLLO DEL PRESENTE CONTRATO Y QUE SE REFIERA A LA OTRA O A LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLÓ, NO PODRÁ SER DIVULGADA O REVELADA A NINGUNA PERSONA FÍSICA O MORAL, NI UTILIZADA EN NINGUNA FORMA, POR NINGÚN MEDIO, YA EN PROVECHO PROPIO O DE TERCEROS, POR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN. ESTA OBLIGACIÓN SE HARÁ EXTENSIVA A LOS SUBORDINADOS DE “LAS PARTES”, A CUYO CONOCIMIENTO LLEGUE LA INFORMACIÓN REFERIDA. EN ESTE SENTIDO, QUEDA TOTALMENTE PROHIBIDO A “LAS PARTES”, REPRODUCIR, COPIAR, DIVULGAR, EXHIBIR O REALIZAR CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD RELACIONADA CON DATOS PERSONALES, DOCUMENTACIÓN O INFORMACIÓN EN CUESTIÓN PARA FINES DISTINTOS A LOS ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE CONTRATO.

VIGÉSIMA QUINTA. - PROPIEDAD INTELECTUAL.

“EL PROVEEDOR” NO PODRÁ UTILIZAR PARA FINES COMERCIALES, PUBLICITARIOS O DE CUALQUIER OTRA ÍNDOLE, EL NOMBRE O LOGOTIPO DE “EL GCDMX”.

“EL PROVEEDOR” SERÁ EL ÚNICO RESPONSABLE EN EL CASO DE QUE SE INFRINJAN PATENTES, MARCAS, CERTIFICADOS DE INVENCIÓN Y TODO LO RELACIONADO CON LOS DERECHOS DE PROPIEDAD INDUSTRIAL O DERECHOS DE AUTOR, QUE SURJAN CON MOTIVO DE LA REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, DESLINDANDO DE TODA RESPONSABILIDAD A “EL GCDMX”.

SMH/TJZM/ACB/GBJ

Avenida Insurgentes Norte No. 423, Piso 8, Conjunto Urbano Nonoalco-Tlaelolco, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06900, Ciudad de México



CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-064-2024

IGÉSIMA SEXTA. - COMPROMISO CON EL RESPETO A LOS DERECHOS HUMANOS.

“LAS PARTES” SE OBLIGAN A CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PRINCIPIOS VIGENTES A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS.

EN ESTE SENTIDO “LAS PARTES”, ASUMEN EL ESFUERZO DE CONTRIBUIR A LA PROTECCIÓN Y EFECTIVIDAD DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES Y DERECHOS HUMANOS EN GENERAL; LA INTEGRIDAD PERSONAL, LA DIGNIDAD HUMANA, LA LEGALIDAD, LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS Y DE LAS NIÑAS, DE LAS Y LOS JÓVENES, PERSONAS ADULTAS MAYORES, CON DISCAPACIDAD, LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, ASÍ COMO A PRESERVAR LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES, CULTURALES Y AMBIENTALES.

VIGÉSIMA SÉPTIMA. - PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

“LAS PARTES” SE OBLIGAN A CUMPLIR CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN MATERIA DE DATOS PERSONALES, CON LA FINALIDAD DE GARANTIZAR LA PRIVACIDAD Y EL DERECHO A LA AUTODETERMINACIÓN INFORMATIVA DE LAS PERSONAS. AL EFECTO, “LAS PARTES” ADOPTARÁN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO, DE DESARROLLO Y APLICACIONES, LÓGICAS, FÍSICAS, DE CIFRADO, TÉCNICAS, DE COMUNICACIONES Y REDES, TENDIENTES A DAR LA DEBIDA PROTECCIÓN A LOS DATOS PERSONALES.

VIGÉSIMA OCTAVA. - INTEGRIDAD DEL CONTRATO.

“LAS PARTES” RECONOCEN COMO PARTE INTEGRAL DE ESTE CONTRATO, LOS ANEXOS ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

VIGÉSIMA NOVENA - LEGISLACIÓN.

“LAS PARTES” SE OBLIGAN A SUJETARSE ESTRICTAMENTE A LOS TÉRMINOS DE ESTE CONTRATO, ASÍ COMO A LOS TÉRMINOS, LINEAMIENTOS, PROCEDIMIENTOS Y REQUISITOS QUE ESTABLEZCAN LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, EL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y SUPLETORIAMENTE EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS CIVILES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

TRIGÉSIMA. - JURISDICCIÓN.

“LAS PARTES” CONVIENEN QUE PARA DIRIMIR LAS CONTROVERSIAS QUE SE SUSCITEN CON MOTIVO DE LA INTERPRETACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO, SE SOMETEN A LA JURISDICCIÓN DE LOS TRIBUNALES DEL FUERO COMÚN UBICADOS EN LA CIUDAD DE MÉXICO, RENUNCIANDO A CUALQUIER FUERO QUE PUDIERA CORRESPONDERLE POR RAZÓN DE SU NACIONALIDAD O DOMICILIO PRESENTE O FUTURO O POR CUALQUIER OTRA CAUSA.

TRIGÉSIMA PRIMERA. - DOMICILIOS

CUALQUIER CAMBIO EN LOS DOMICILIOS, DEBERÁ NOTIFICÁRSELE A LA OTRA PARTE, CON 5 (CINCO) DÍAS NATURALES DE ANTICIPACIÓN, EN TANTO “LAS PARTES” NO CUMPLAN CON DICHA NOTIFICACIÓN, TODAS LAS DILIGENCIAS, AVISOS Y EMPLAZAMIENTOS REALIZADOS EN LOS DOMICILIOS SEÑALADOS, SE ENTENDERÁN DEBIDAMENTE PRACTICADOS.

LEÍDO Y ANALIZADO EL CONTENIDO Y ALCANCE LEGAL DEL PRESENTE CONTRATO POR “LAS PARTES”, LO SUSCRIBEN EN 4 (CUATRO) EJEMPLARES FIRMANDO AL MARGEN Y AL CALZE, EN LA CIUDAD DE MÉXICO, EL DÍA OCHO DE MARZO DE DOS MIL VEINTICUATRO LOS QUE EN ÉL INTERVIENEN COMO CONSTANCIA DE SU ACEPTACIÓN.

POR “EL OCDMX”

MTRA. EMMA LUZ LÓPEZ JUÁREZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD

POR “EL PROVEEDOR”

C. MARÍA DEL ROCIO SANTAMARINA AGUIRRE
APODERADA LEGAL DE “ZDENKO, S.A. DE C.V”.

118

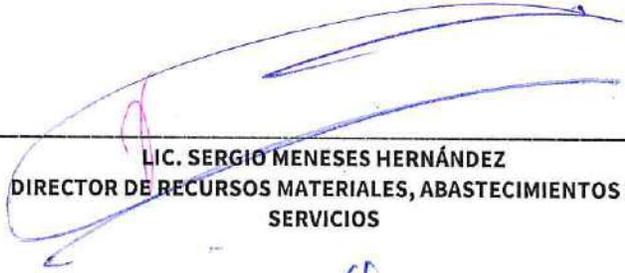
9

4

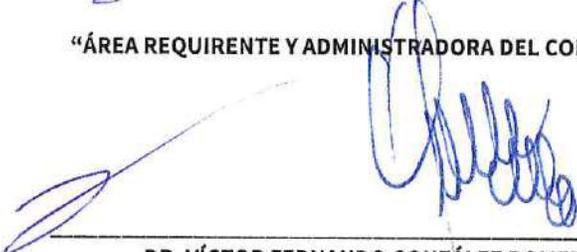


CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-064-2024

“ÁREA DE ASISTENCIA”


LIC. SERGIO MENESES HERNÁNDEZ
DIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS

“ÁREA REQUERENTE Y ADMINISTRADORA DEL CONTRATO”


DR. VÍCTOR FERNANDO GONZÁLEZ ROMERO
DIRECTOR GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS.

“ÁREA TÉCNICA”


Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY
DIRECTOR DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ESTA HOJA FORMA PARTE DEL CONTRATO AL RUBRO CITADO, PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y POR LA OTRA LA PERSONA MORAL “ZDENKO, S.A. DE C.V”.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ADASTECIMIENTOS Y SERVICIOS.



2024
Felipe Carrillo
PUERTO
SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ADASTECIMIENTOS Y SERVICIOS.

ANEXO 1

(ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES)



ANEXO 1

ANEXO TÉCNICO DEL

“SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES”

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO -SEDESA.	
ÁREASOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL PRESTACIONES Y SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	FOLIO DMTI: 091-23 VERSION: 2-2024

ANEXOS TÉCNICOS

- ANEXO 1.1 CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES. ✓
- ANEXO 1.2 RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS, EQUIPO MÉDICO, UNIDAD MÓVIL E INSUMOS.
- ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA, MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL.
- ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS
- ANEXO 1.5 ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS
- ANEXO 1.6 INFORME DIARIO
- ANEXO 1.7 REPORTE MENSUAL
- ANEXO 1.8 FORMATO FEDERAL CÁNCER DE MAMA
- ANEXO 1.9 FORMATO DE ESTUDIOS ✓
- ANEXO 1.10 SEGUIMIENTO A REPORTE DE INSUMOS PARA LA SALUD
- ANEXO 1.9 FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA

[Handwritten signature and initials]



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 091-23 VERSION: 2-2024

1. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

EL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFIA EN UNIDADES MÓVILES DEBE CONSIDERAR; EQUIPO DE MASTOGRAFÍA DIGITAL, PLANTAS DE LUZ PARA CADA SEDE QUE SE PRESENTEN, MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS DESCRITOS EN LOS ANEXOS: ANEXO 1.1 CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES, ANEXO 1.2 RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS, EQUIPO MÉDICO, UNIDAD MÓVIL E INSUMOS, ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA, MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL Y ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS TOMA DE MASTOGRAFÍAS, INTERPRETACIÓN DE MASTOGRAFIA, ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (ULTRASONIDO Y PROYECCIONES ADICIONALES DE MASTOGRAFÍA) Y TOMA DE BIOPSIA

EL LICITANTE SOLO PODRÁ OFERTAR UNA PROPUESTA POR FICHA TÉCNICA, GARANTIZARÁ LAS COMPATIBILIDADES DE LAS REFACCIONES, ACCESORIOS Y CONSUMIBLES CON EL EQUIPO EN PRÉSTAMO PERMANENTE.

EL SERVICIO INTEGRAL CONTEMPLA:

1. TOMA DE MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE (DOS PROYECCIONES POR CADA MAMA)
2. INTERPRETACIÓN E IMPRESIÓN DE RESULTADOS.
3. REALIZACIÓN DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O BIOPSIA EN CASOS DE REQUERIRSE
4. UTILIZACIÓN DE FORMATOS OFICIALES Y LLENADO DE REPORTES
 - a. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO DE "VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL CÁNCER DE MAMA (ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA)
 - b. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO OFICIAL DE "CASO PROBABLE Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA"
 - c. REPORTE DE PRODUCTIVIDAD SEMANAL Y MENSUAL POR SEDE Y POR UNIDAD MÓVIL.
 - d. REPORTE DE MASTOGRAFÍAS CON RESULTADOS BIRADS DEL 0, 1, 2, 3, 4 Y 5.
 - e. REPORTE DE MASTOGRAFÍAS CON SEGUIMIENTO BIRADS 0, 3, 4 Y 5.
5. IMPLEMENTACIÓN DE BUZÓN EN LAS UNIDADES MÓVILES PARA RECIBIR QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

EQUIPOS MÉDICOS

LOS EQUIPOS QUE SE PROPONGAN DEBERÁN SER FUNCIONALMENTE NUEVOS, CON TECNOLOGÍA DE VANGUARDIA. EL LICITANTE SE COMPROMETE A LA INSTALACIÓN DE EQUIPOS CON ANTIGÜEDAD NO MAYOR A DIEZ AÑOS.

PRESENTANDO EL CERTIFICADO DE ORIGEN EN EL QUE SE SEÑALE LA FECHA DE FABRICACIÓN DEL EQUIPO, EN LA PROPUESTA TÉCNICA.

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 AUTORIZA 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.

NO SE ACEPTARÁN EQUIPOS DE ORIGEN CHINO.

2. PERIODO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SE LLEVARÁ ACABO A PARTIR DEL SIGUIENTE DÍA HÁBIL DE LA FECHA DE

Página 2



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 091-23 VERSION: 2-2024
ADJUDICACIÓN HASTA EL 31 DE DICIEMBRE 2024.	
<p>3. LUGARES Y CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO</p> <p>LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SE REALIZARÁ DONDE INDIQUE LA JEFATURA DE LA UNIDAD DEPARTAMENTAL DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS.</p>	
<p>4. GARANTÍAS DEL SERVICIO INTEGRAL</p> <p>EL PROVEEDOR QUEDARÁ OBLIGADO A RESPONDER POR LOS DEFECTOS, VICIOS OCULTOS Y LA MALA CALIDAD DEL SERVICIO MOTIVO DEL PRESENTE PROCESO DE ADJUDICACIÓN, ASÍ COMO DE LOS MATERIALES O PRODUCTOS QUE UTILICE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DE CUALQUIER OTRA RESPONSABILIDAD EN QUE INCURRA, EN LOS TÉRMINOS DEL CONTRATO CORRESPONDIENTE.</p> <p><i>EL OFERENTE DEBERÁ INTEGRAR EN LA PROPUESTA TÉCNICA POR ESCRITO EN PAPEL MEMBRETADO DEL OFERENTE LA CARTA GARANTÍA DEL SERVICIO INTEGRAL, EL NO INCLUIRLA, SERÁ MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN.</i></p> <p><i>EL PROVEEDOR ADJUDICADO, DEBERÁ ENTREGAR LA CARTA GARANTÍA EN ORIGINAL EN LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS, AL MOMENTO DE FIRMAR EL CONTRATO,</i></p> <p>EN CASO DE QUE, DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, EL PERSONAL A CARGO DEL PROVEEDOR LLEGARÉ A INCURRIR EN RESPONSABILIDAD POR DOLO, ERROR, NEGLIGENCIA Y/O IMPERICIA, EL PROVEEDOR DEBERÁ RESPONDER Y RESARCIR LOS DAÑOS Y PERJUICIOS CAUSADOS A LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO O A TERCEROS, Y EN ESTE ÚLTIMO CASO DEBIENDO EXIMIR A ESTA SECRETARÍA, DE CUALQUIER RECLAMACIÓN POR TAL CONCEPTO.</p> <p>EL OFERENTE GARANTIZARÁ QUE LOS INSUMOS UTILIZADOS CORRESPONDAN A LO SOLICITADO, MISMOS QUE DEBERÁN ENTREGARSE DE CONFORMIDAD A LAS NORMAS VIGENTES, EN CASO DE QUE DE DICHO MATERIAL NO SE ENCUENTRE EN CONDICIONES PARA SU ÓPTIMA UTILIZACIÓN ESTE SERÁ MOTIVO DE CANJE POR EL OFERENTE SIN COSTO PARA SEDESA.</p>	
<p>5. MUESTRAS</p> <p>EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR MUESTRAS FÍSICAS ÚTILES, NO CADUCAS DE LOS RENGLONES SEÑALADOS A CONTINUACIÓN, EN UN HORARIO DE 10:00 A 12:00 HRS. EN TORRE INSIGNIA, EXPLANADA, EN LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS. PARA ELLO DEBERÁ, LLEVAR IMPRESO EL ANEXO 1.5 ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS, EN ORIGINAL Y COPIA EL CUAL SE FIRMARÁ DE ACUSE Y SE SELLARÁ POR LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS. ESTE DOCUMENTO DEBERÁ SER PRESENTADO EN ORIGINAL JUNTO CON LA PROPUESTA TÉCNICA, DE NO INTEGRARLO SERÁ MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN.</p> <p>LAS MUESTRAS SON DE CARÁCTER DEVOLUTIVO, SE EVALUARÁN EN EL MOMENTO REGRESÁNDOSE A LOS OFERENTES. POR LO QUE DEBERÁ ASISTIR EL ESPECIALISTA DE PRODUCTO.</p> <p>LAS MUESTRAS DEBERAN SER IDENTIFICADAS CON UNA ETIQUETA INDICANDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● NOMBRE DE LA EMPRESA. ● NÚMERO DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN. 	

Página 3



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 091-23 VERSION: 2-2024

- NÚMERO DE RENGLÓN Y DESCRIPCIÓN MARCA Y LUGAR DE PROCEDENCIA DEL INSUMO.
- LA ETIQUETA DEBERÁ ESTAR PERFECTAMENTE ADHERIDA A LA MUESTRA, EL ÁREA USUARIA NO SE HARÁ RESPONSABLE SI EN LA EVALUACIÓN NO SE ENCUENTRA LA MUESTRA IDENTIFICADA.
- CON LA FINALIDAD DE VERIFICAR QUE LAS MUESTRAS CUMPLAN CON LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS, DICHAS MUESTRAS DEBERÁN CUMPLIR CON EL ETIQUETADO DE DISPOSITIVOS DE LA NOM -137-SSA1-2008, EN EL EMPAQUE PRIMARIO Y/O SECUNDARIO, CON LA FINALIDAD DE NO TENER QUE ABRIR LOS MISMOS.

EVALUACIÓN DE MUESTRAS

NO.	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN
1	UNIDAD MÓVIL EQUIPADA	PIEZA	1	
2	GUANTES PARA EXPLORACIÓN AMBIDIESTRO, NO ESTÉRILES, DE LATEX, DESECHABLES TAMAÑO CHICO	PIEZA	1	
3	GUANTES PARA EXPLORACIÓN AMBIDIESTRO, NO ESTÉRILES, DE LATEX, DESECHABLES TAMAÑO MEDIANO	PIEZA	1	
4	GUANTES PARA EXPLORACIÓN AMBIDIESTRO, NO ESTÉRILES, DE LATEX, DESECHABLES TAMAÑO GRANDE	PIEZA	1	
5	BATAS DESECHABLES PARA PACIENTE,	PIEZA	1	
6	TOALLAS HÚMEDAS, HIDRATANTES, ADICIONADOAS CON HUMECTANTES Y EMOLIENTES, DERMATOLOGIGAMENTE PROBADAS, ELABORADA DE FIBRAS NATURALES, LIBRE DE ALCOHOL Y PARABENOS	PIEZA	1	
7	GEL ANTISÉPTICO PARA MANOS QUE NO REQUIERE ENGUAJE, FORMULADO A BASE DE ALCOHOL ETÍLICO DE 60-80% W/W ADICIONADO CON HUMECTANTES Y EMOLIENTES, HIPOALERGÉNICO	PIEZA	1	
8	EJEMPLO DE LAS DOS ETIQUETAS CON DATOS DE UN EQUIPO, UNA ETIQUETA VERDE DE FECHA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y ETIQUETAS COLOR BALNCO CON CODIGO QR, LOS DATOS NO DEBEN IR A UNA PÁGINA WEB	PIEZA	1	

EL ACCESO A LA TORRE INSIGNIA SERÁ DE LA SIGUIENTE FORMA:

- EL REGISTRO DE LOS OFERENTES SERÁ LLEVADO EN LA TORRE INSIGNIA EN UN HORARIO DE 10:00 A 12:00 HRS, DESPUÉS DEL HORARIO ESTABLECIDO NO SE PERMITIRÁ EL REGISTRO Y POR ENDE NO PODRÁN ENTREGAR MUESTRAS.
- EL PERSONAL DE LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS ASIGNADO AL REGISTRO, DARÁ ACCESO EN EL ORDEN EN QUE SE HAYAN REGISTRADO, EL ACCESO SERÁ DE UN PROVEEDOR A LA VEZ.

Página 4



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 091-23 VERSION: 2-2024

6. VISITAS A LAS INSTALACIONES DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS

NO APLICA PARA ESTE PROCEDIMIENTO

7. PROPUESTA TÉCNICA

LA PROPUESTA TÉCNICA SERA MIXTA; IMPRESA Y ELECTRÓNICA ENTREGÁNDOSE EN FORMATO PDF, EXCEL EDITABLE E IMPRESA:

EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR EL ANEXO 19 FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES, ASÍ COMO LOS ANEXOS: ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA, MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL Y ANEXO 1.4 FICHAS TÉCNICAS DE INSUMOS. EN FORMATO ELECTRÓNICO EXCEL EDITABLE, PDF E IMPRESO EN PAPEL MEMBRETADO DEL OFERENTE Y FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, EL NO PRESENTARLOS SERÁ MOTIVO DE DESECHAMIENTO DE SU PROPUESTA.

SE VERIFICARÁ QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL ANEXO 19 FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES, ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA, MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL Y ANEXO 1.4 FICHAS TÉCNICAS DE INSUMOS. SEA LA MISMA EN LOS TRES FORMATOS EXCEL, PDF E IMPRESO

EL ANEXO 19 FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES DEBERÁ REQUISITARSE CONFORME A SU INSTRUCTIVO DE LLENADO Y EN CUMPLIMIENTO CON LOS ANEXOS: ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA, MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL Y ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS.

PARA LA PRESENTACIÓN PROPUESTA TÉCNICA ELECTRÓNICA, PDF Y EXCEL EDITABLE:

EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR EN UNA USB SOLAMENTE LA PROPUESTA TÉCNICA ELECTRÓNICA HIPERVINCULANDO EL ANEXO 19 FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES, EL ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA, MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL Y EL ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS. EN FORMATO EXCEL EDITABLE Y PDF.

PARA EL ANEXO 19 "FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA" EN EL APARTADO III DOCUMENTACIÓN LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, DEBERAN ESTAR HIPERVINCULADOS EN EL DOCUMENTO EN EXCEL EDITABLE

PARA LAS FICHAS TÉCNICAS:

PARA LOS ANEXOS: ANEXO 1.3 Y ANEXO 1.4 CADA PUNTO DE LA DESCRIPCIÓN DEL BIEN DEBE ESTAR REFERENCIADA EN LOS CATÁLOGOS, MANUALES, FOLLETOS, MANUAL DE USUARIO, INSTALACIÓN Y/O SERVICIO U OTRA INFORMACIÓN QUE SE PRESENTE COMO SUSTENTO DE LA DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO, CUALQUIER PUNTO NO REFERENCIADO SE CONSTARÁ COMO CARACTERÍSTICA NO CUMPLIDA Y SE DESECHARÁ LA PROPUESTA. SE DEBERÁ CONSIDERAR LO ESTABLECIDO EN LA(S) JUNTA (S) DE ACLARACIONES.

TODOS LOS DOCUMENTOS QUE RESPALDEN LO SOLICITADO EN LAS CARÁCTERÍSTICAS TÉCNICAS EN ELECTRÓNICO

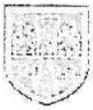
Página 5



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 091-23 VERSION: 2-2024
<p>DEBEN ESTAR COMPLETOS, SER ORIGINALES Y EMITIDOS POR EL FABRICANTE.</p> <p>LOS DOCUMENTOS COMO SON LOS REGISTROS SANITARIOS, PRORROGAS, COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHOS, CARTA DE NO REQUERIMIENTO DE REGISTRO SANITARIO O COPIA DEL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, CERTIFICADOS, CARTA DE APOYO, DEBERAN ESTAR HIPERVINCULADOS Y REFERENCIADOS EN LOS ANEXOS, ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA, MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL Y ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS.</p> <p>NOTA1: LA SECRETARÍA NO SE HACE RESPONSABLE SI: LA USB TIENE VIRUS, NO SE PUEDEN ABRIR LOS ARCHIVOS, ESTA VACÍA, CONTIENE INFORMACIÓN INCOMPLETA.</p> <p>NOTA2: EN LA USB SE DEBEN GUARDAR EN CARPETAS TODO LO QUE ESTE VINCULADO TANTO EN LA FICHA TÉCNICA COMO EN EL FORMATO DE PROPUESTA TÉCNICA.</p> <p>PARA LA PRESENTACIÓN PROPUESTA TÉCNICA IMPRESA:</p> <p>PROPUESTA TÉCNICA IMPRESA:</p> <p>SE ENTREGARÁ IMPRESO EL ANEXO 19 "FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA" Y SIGNADO AUTOGRAFAMENTE POR SU REPRESENTANTE LEGAL, SE DEBERÁN ADJUNTAR LOS DOCUMENTOS MENCIONADOS EN EL ANEXO 19 EN COPIA SIMPLE U ORIGINALES SEGÚN APLIQUE, FIRMADOS AUTOGRAFAMENTE POR EL REPRESENTANTE LEGAL</p> <p>FICHAS TÉCNICAS IMPRESAS:</p> <p>LOS ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA, MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL Y ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS. DEBERÁN IMPRIMIRSE DE LA PROPUESTA ELECTRÓNICA EN FORMATO PDF Y SIGNARSE AUTOGRAFAMENTE POR SU REPRESENTANTE LEGAL.</p> <p>SOLO SE IMPRIMIRÁN LAS HOJAS REFERENCIADAS DE LOS CATÁLOGOS, MANUALES, FOLLETOS, MANUAL DE USUARIO, INSTALACIÓN Y/O SERVICIO U OTRA INFORMACIÓN QUE SE PRESENTE COMO SUSTENTO DE LA DESCRIPCIÓN DEL BIEN SOLICITADA, CUALQUIER PUNTO NO REFERENCIADO SE CONSTARÁ COMO CARACTERÍSTICA NO CUMPLIDA Y SE DESECHARÁ LA PROPUESTA. SE DEBERÁ CONSIDERAR LO ESTABLECIDO EN LA(S) JUNTA(S) DE ACLARACIONES.</p> <p>EL ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA, MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL Y ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS. DEBERÁN SER LOS MISMOS DOCUMENTOS QUE SE HIPERVINCULARON EN EL APARTADO "II. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS Y OFERTADAS DE LOS BIENES: CARACTERÍSTICAS OFERTADAS". EL NO PRESENTARLOS SERÁ MOTIVO DE DESECHAMIENTO DE SU PROPUESTA.</p> <p>SE PRESENTARÁN COPIA SIMPLE DE LOS REGISTROS SANITARIOS, PRORROGAS, COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHOS, CARTA DE NO REQUERIMIENTO DE REGISTRO SANITARIO O COPIA DEL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, CERTIFICADOS, LA CARTA DE APOYO SE INTEGRARÁ EN ORIGINAL, ASÍ COMO LOS DOCUMENTOS DE SOPORTE SOLICITADOS EN EL PUNTO 7.4 CARTA DE APOYO DE FABRICANTE SEGÚN LE APLIQUE.</p>	

[Handwritten signature]

Página 6



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
--	----------------------------

ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 091-23 VERSION: 2-2024
--	---------------------------------------

DOCUMENTACIÓN TÉCNICA

NORMAS

ENTREGAR CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO AL CUMPLIMIENTO DE LAS SIGUIENTES NORMAS:

- 7.1. LEY GENERAL DE SALUD
- 7.2. REGLAMENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD.
- 7.3. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA
- 7.4. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-137-SSA1-2008, ETIQUETADO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS.
- 7.5. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-240-SSA1-2012, INSTALACIÓN Y OPERACIÓN DE LA TECNOVIGILANCIA.
- 7.6. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-229-SSA1-2002, SALUD AMBIENTAL, REQUISITOS TÉCNICOS PARA LAS INSTALACIONES, RESPONSABILIDADES SANITARIAS, ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LOS EQUIPOS Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO CON RAYOS X.
- 7.7. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-030-SSA3-2013. CARACTERÍSTICAS ARQUITECTÓNICAS PARA FACILITAR EL ACCESO, TRÁNSITO, USO Y PERMANENCIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
- 7.8. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-015-SSA3-2012. ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
- 7.9. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-012-STPS-1999 CONDICIONES DE SEGURIDAD E HIGIENE EN LOS CENTROS DE TRABAJO DONDE SE PRODUZCAN, USEN, MANEJEN, ALAMCENEN O TRANSPORTEN FUENTES DE RADIACIONES IONIZANTES.
- 7.10. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-026-NUCL-2011 VIGILANCIA MÉDICA DEL PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES

8. CERTIFICACIONES

REGISTRO SANITARIO

- I. **REGISTRO SANITARIO VIGENTE** EXPEDIDO POR LA COFEPRIS, ANVERSO Y REVERSO. CONFORME A LOS ARTÍCULOS 376 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, Y 190-BIS 6 DEL REGLAMENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD.
- II. **REGISTRO SANITARIO VENCIDO** EN CASO DE QUE EL REGISTRO SANITARIO NO SE ENCUENTRE DENTRO DEL PERIODO DE VIGENCIA DE 5 AÑOS, O SE ENCUENTRE DENTRO DE LOS 150 DÍAS NATURALES PREVIOS A SU VENCIMIENTO, DEBERÁ PRESENTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN, EN CASO DE NO PRESENTAR LA INFORMACIÓN COMPLETA, SE DESECHARÁ LA PROPUESTA:
 1. COPIA SIMPLE DEL REGISTRO SANITARIO SOMETIDO A PRÓRROGA.
 2. COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHOS.
 3. COPIA SIMPLE DEL FORMATO DE SOLICITUD DEL REGISTRO SANITARIO SOMETIDO A PRÓRROGA EXPEDIDO POR LA COFEPRIS
 4. CARTA EN HOJA MEMBRETADA Y FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO EN DONDE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTE QUE EL TRÁMITE DE PRÓRROGA DEL REGISTRO SANITARIO, DEL CUAL PRESENTA COPIA, FUE SOMETIDO EN TIEMPO Y FORMA, Y QUE EL ACUSE DE RECIBO PRESENTADO CORRESPONDE AL PRODUCTO SOMETIDO AL TRÁMITE DE PRÓRROGA.

Página 7



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 091-23 VERSION: 2-2024

NOTA: LOS REGISTROS SANITARIOS DE LOS INSUMOS DEBERÁN PERMANECER VIGENTE DURANTE EL CONTRATO.

III. CUANDO LOS INSUMOS NO REQUIERAN REGISTRO SANITARIO

DEBERÁN PRESENTAR CARTA DE NO REQUERIMIENTO EMITIDO POR LA COFEPRIS O PRESENTAR COPIA DE LA PUBLICACIÓN DEL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DE FECHA 22 DE DICIEMBRE DE 2014 DONDE SE PUBLICÓ EL ACUERDO. EL CUAL DEBERÁ CORRESPONDER JUSTA, EXACTA Y CABALMENTE A LA DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO MISMO QUE DEBERÁ SER REFERENCIADO EN EL LISTADO PUBLICADO.

CERTIFICADOS DE CALIDAD

CERTIFICADOS PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL:

1. REGISTROS INTERNACIONALES DE LIBRE VENTA DEL PAÍS DE ORIGEN: FDA Ó CE Ó JIS
2. CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN DE EQUIPO MÉDICO: ISO 13485:2016

CERTIFICADOS PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL:

- A. COPIA DEL CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS EXPEDIDO POR COFEPRIS: NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-241-SSA1-2012, BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS DEDICADOS A LA FABRICACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS.

9. OBLIGACIONES DEL SERVICIO INTEGRAL

ESCRITO FIRMADO POR EL OFERENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL EN EL QUE SE COMPROMETE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A:

1. CONOCER Y ACEPTAR LO SOLICITADO EN EL ANEXO 1.1 CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES
2. A NOTIFICAR A LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS, LA EMISIÓN DE ALERTAS SANITARIAS INTERNACIONALES Y LAS ACCIONES CORRECTIVAS EN CASO DE QUE OCURRA UNA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.
3. A SUMINISTRAR TODOS LOS INSUMOS NECESARIOS PARA OBTENER EL RENDIMIENTO OFRECIDO EN SU PROPUESTA TÉCNICA Y ACEPTADO POR LA CONVOCANTE. QUE SE ASEGURE EL ABASTO PARA LOS PROCEDIMIENTOS A QUE SE TENGA LUGAR DENTRO DE LOS HORARIOS ESTABLECIDOS POR LA SEDESA Y QUE EN EL CASO DE PRESENTAR LOS MATERIALES EQUIVOCADOS O QUE NO CORRESPONDAN A LOS SOLICITADOS O MUESTREN DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, SE OBLIGARÁ A SUSTITUIRLOS EN UN PLAZO NO MAYOR A TRES HORAS.
4. A LAS MANIOBRAS EN VERTICAL Y HORIZONTAL PARA TODOS LOS EQUIPOS PROPUESTOS.
5. A TENER EL MANUAL DE LOS EQUIPOS EN LAS UNIDADES MOVILES, ASÍ COMO EN LAS INSTALACIONES FIJAS.
6. EL PERSONAL MÉDICO Y/O TÉCNICO RESPONSABLE DE LA TOMA DE LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA DEBERÁN USAR EN TODO MOMENTO DOSÍMETRO.
7. A QUE EL USO, MANEJO Y RESPONSABILIDAD DE LOS DOSÍMETROS Y CURSOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA ES RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR ADJUDICADO.
8. A RECIBIR LAS VISITAS DE SUPERVISIÓN EN CUALQUIER MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO POR PARTE DE LA CONVOCANTE Y/O DE LA DIRECCIÓN DE CÁNCER DE LA MUJER DEL CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

[Handwritten signature]



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 091-23 VERSION: 2-2024

DE LOS EQUIPOS MÉDICOS:

9. SE COMPROMETE A INSTALAR EQUIPOS NUEVOS O FUNCIONALMENTE NUEVOS, CON TECNOLOGÍA DE PUNTA, ACEPTÁNDOSE COMO FECHA DE FABRICACIÓN MÁXIMA DE DIEZ AÑOS, PRESENTANDO CARTA DEL FABRICANTE DONDE INDIQUE LOS AÑOS DE FABRICACIÓN, MARCA, MODELO Y NO. DE SERIE.
10. A NO OTORGAR EQUIPO RECONSTRUIDO, RENOVADO, REACONDICIONADO, NI CORRESPONDIENTES A SALDOS O REMANENTES QUE OSTENTEN LAS LEYENDAS "ONLY EXPORT" NI "ONLY INVESTIGATION", DESCONTINUADOS, POR DESCONTINUARSE, O QUE NO SE AUTORIZA 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.
11. NO SE ACEPTARÁN EQUIPOS DE ORIGEN CHINO.
12. A PRESENTAR LOS ÚLTIMOS CERTIFICADOS DE CUMPLIMIENTO CON LA NOM-229 SSA1-2002, EN FORMATO PDF REQUISITOS TÉCNICOS PARA LAS INSTALACIONES, RESPONSABILIDADES SANITARIAS, ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LOS EQUIPOS Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO CON RAYOS X. DE CADA UNO DE LOS MASTOGRAFOS PROPUESTOS EN CASO DE SER FUNCIONALMENTE NUEVOS, SE OBLIGA A LO SIGUIENTE:
 - a. PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD. LAS PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD DEBEN LLEVARSE A CABO DURANTE LA INSTALACIÓN, DESPUÉS DE REALIZAR REPARACIONES AL EQUIPO Y DE MANERA RUTINARIA CON UNA FRECUENCIA DE 6 MESES. LLENANDO LA SIGUIENTE TABLA, MISMAS QUE DEBERÁ INCUIR EN LA PROPUESTA TÉCNICA

SI LOS EQUIPOS SON NUEVOS, SE COMPROMETE A REALIZAR:

- b. PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD. LAS PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD DEBEN LLEVARSE A CABO DURANTE LA INSTALACIÓN, DESPUÉS DE REALIZAR REPARACIONES AL EQUIPO Y DE MANERA RUTINARIA CON UNA FRECUENCIA DE 6 MESES.

DE LA UNIDAD MÓVIL:

11. SE COMPROMETE A PROPORCIONAR VEHÍCULOS NUEVOS O FUNCIONALMENTE NUEVOS, ACEPTÁNDOSE COMO FECHA DE FABRICACIÓN MÁXIMA DE DIEZ AÑOS, PRESENTANDO COPIA DE FACTURA.
12. SE COMPROMETE A ENTREGAR COPIA DE LAS VERIFICACIONES DEL AÑO CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA DEL CONTRATO, MÁXIMO A LOS DIEZ DÍAS DE HABERLA REALIZADO
13. SE COMPROMETE A ENTREGAR COPIA DEL PAGO DE TENENCIA DEL AÑO CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA DEL CONTRATO.
14. SE COMPROMETE A ENTREGAR CONSTANCIA DE REGISTRO REPUVE.
15. SE COMPROMETE A ENTREGAR COPIA DE SEGURO VEHICULAR.
16. EL OFERENTE CUBRIRÁ LOS GASTOS DE LA UNIDAD MÓVIL COMO LO SON: GASOLINA, MANTENIMIENTO, SERVICIO, TENENCIA, VERIFICACIÓN, SEGURO.
17. LA UNIDAD MÓVIL DEBERÁ PORTAR COMO MÍNIMO EN LA PARTE EXTERIOR DE AMBAS PORTEZUELAS DEL VEHÍCULO LOS EMBLEMAS QUE ESPECIFIQUEN CLARAMENTE LA ACTIVIDAD QUE PRESTAN Y LA INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECEN.
18. LAS UNIDADES MÓVILES DEBERÁN CONTAR CON LA CAPACIDAD DE ESTABLECER UN ENLACE CON INTERNET. EL ENLACE SE REALIZARÁ MEDIANTE BANDA ANCHA (DE MÍNIMO 20 MHZ) O TELEFONÍA CELULAR. EN CASO DE FALLAS, LA UNIDAD ESTABLECERÁ EL ENLACE MEDIANTE EL APOYO DE ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES O INSTITUCIONALES QUE BRINDEN SERVICIOS DE INTERNET.
19. LAS UNIDADES MÓVILES DEBERÁN PRESENTARSE DE ACUERDO CON EL CRONOGRAMA DE RUTA POR PARTE DE LA SEDESA.
20. INTEGRAR EN LA PROPUESTA TÉCNICA EL LISTADO DE LAS DOCE UNIDADES, MENCIONANDO EL NÚMERO DE PLACAS, AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y LICENCIA SANITARIA CON AUTORIZACIÓN DE MASTOGRAFIA DE CADA UNA DE ELLAS.

[Handwritten signature]

Página 9



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 091-23 VERSION: 2-2024
<p>21. A QUE UNA VEZ ADJUDICADO EL SERVICIO SE DEBERÁ CONTAR CON CLAVE CLUES Y CLAVE SICAM,</p> <p>10. CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE</p> <p>10.1. SI EL OFERENTE ES EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO CARTA DE APOYO SOLIDARIO ORIGINAL EN PAPEL MEMBRATADO DEL FABRICANTE, DONDE RESPALDE LA PROPUESTA TÉCNICA PARA EL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN.</p> <p>10.2. SI EL OFERENTE COMPREN DIRECTAMENTE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO (DISTRIBUIDOR PRIMARIO): CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRETADO DEL FABRICANTE Y /O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.</p> <p>10.2.1. CARTA DE APOYO SOLIDARIO EN PAPEL MEMBRETADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE RESPALDE LA PROPUESTA TÉCNICA PARA EL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN, Y</p> <p>10.2.2. CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRETADO DEL FABRICANTE Y /O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.</p> <p>10.3. SI EL OFERENTE COMPRA A UN DISTRIBUIDOR SECUNDARIO QUE COMPRA A UN "DISTRIBUIDOR PRIMARIO" CARTA DE APOYO SOLIDARIO DONDE EL "DISTRIBUIDOR PRIMARIO" RESPALDE LA PROPUESTA TÉCNICA PARA EL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN, Y ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS PROBATORIOS DE QUE EL DISTRIBUIDOR PRIMARIO REALIZA SUS COMPRAS DIRECTAMENTE DEL FABRICANTE O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.</p> <p>10.3.1. CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRETADO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. Ó</p> <p>10.3.2. DOCUMENTACIÓN PROBATORIA DEL ACUERDO O CONTRATO DE LA ASIGNACIÓN COMO DISTRIBUIDOR PRIMARIO EN MÉXICO POR PARTE DEL FABRICANTE.</p> <p>LAS CARTAS DE APOYO SOLIDARIO DEBERÁN, INCLUIR EL SIGUIENTE TEXTO, SEGÚN APLIQUE:</p> <p>A. SOLAMENTE EN CASO DE SER NUEVOS LOS EQUIPOS MÉDICOS:</p> <p>"SE MANIFIESTA QUE LOS BIENES QUE SE ENTREGARÁN SON NUEVOS, COMPROBABLES CON EL PEDIMENTO ADUANAL (EL CUAL SE PRESENTARÁ A LA ENTREGA DE LOS EQUIPOS), Y CORRESPONDEN A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS ANEXO 1.3. FICHA TÉCNICA, MASTOGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL,(MENCIONAR LOS EQUIPOS QUE RESPALDA EL FABRICANTE) DEL SERVICIO INTEGRAL DE ESTE PROCESO DE ADJUDICACIÓN (NÚMERO Y PROCESO DE ADQUISICIÓN) Y A LO ESTIPULADO EN LA(S) JUNTA(S) DE ACLARACIONES RESPECTIVA(S). DE IGUAL MANERA A BRINDAR TODOS LOS APOYOS QUE LA EMPRESA (NOMBRE DEL OFERENTE) REQUIERA PARA QUE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO, CUMPLA CON TODOS LOS COMPROMISOS CONTRAÍDOS RESPECTO DEL SUMINISTRO, CANJES, INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN DE LOS BIENES E INSUMOS EN LAS FECHAS PACTADAS, ASÍ COMO LO RELATIVO A LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS O CORRECTIVOS Y GARANTÍA DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS ASÍ COMO DEL SERVICIO; A LA SUSTITUCIÓN DE BIENES QUE PRESENTEN VICIOS OCULTOS Y/O DEFECTOS DE FABRICACIÓN; A LA ASESORÍA TÉCNICA Y CAPACITACIÓN; ASÍ COMO A GARANTIZAR LA EXISTENCIA DE ACCESORIOS, REFACCIONES Y CONSUMIBLES NUEVOS Y ORIGINALES. POR UN PERÍODO MÍNIMO DE 5 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE LA PUESTA</p>	

Página 10



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 091-23 VERSION: 2-2024
<p>EN MARCHAS DE LOS BIENES INSTALADOS Y PUESTOS EN MARCHA A SATISFACCIÓN DE LA "CONVOCANTE".</p> <p>SE DEBE ANEXAR UNA CARTA DE APOYO POR CADA MARCA DE EQUIPOS PROPUESTOS PARA OTORGAR EL SERVICIO INTEGRAL.</p> <p>PARA LOS INSUMOS:</p> <p>"SE MANIFIESTA QUE LOS INSUMOS QUE SE ENTREGARÁN CORRESPONDEN A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS, (MENCIONAR LOS INSUMOS QUE RESPALDA EL FABRICANTE) DEL SERVICIO INTEGRAL DE ESTA PROCESO DE ADJUDICACIÓN (NÚMERO DE PROCESO DE ADJUDICACIÓN) Y A LO ESTIPULADO EN LA(S) JUNTA(S) DE ACLARACIONES RESPECTIVA(S). DE IGUAL MANERA A BRINDAR TODOS LOS APOYOS QUE LA EMPRESA (NOMBRE DEL OFERENTE) REQUIERA PARA QUE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO, CUMPLA CON TODOS LOS COMPROMISOS CONTRAÍDOS RESPECTO DEL SUMINISTRO Y CANJE DE ESTOS. ADEMÁS, QUE SE ENTREGARAN DEBIDAMENTE EMBALADOS Y EMPACADOS. EL EMPAQUE SERÁ EL QUE GARANTICE SU CALIDAD, INTEGRIDAD, CONSERVACIÓN Y CONTROL DE TEMPERATURA".</p> <p>SE DEBE ANEXAR UNA CARTA DE APOYO POR MARCA DE INSUMOS PROPUESTOS PARA OTORGAR EL SERVICIO INTEGRAL</p> <p>11. GABINETE RADIOLÓGICO FIJO EN LA CIUDAD DE MÉXICO (PARA ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: CONO DE MAGNIFICACIÓN, ULTRASONIDO Y TOMA DE BIOPSAS)</p> <p>SE DEBERÁ PRESENTAR COPIA LEGIBLE DE:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) AVISO DE FUNCIONAMIENTO DEL GABINETE b) COPIA DEL RESPONSABLE SANITARIO VIGENTE c) COPIAS DE 2 ÚLTIMAS PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD CON FRECUENCIA DE 6 MESES COMO LO INDICA EL NUMERAL 13.3 PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-229-SSA1-2002, SALUD AMBIENTAL. REQUISITOS TÉCNICOS PARA LAS INSTALACIONES, RESPONSABILIDADES SANITARIAS, ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LOS EQUIPOS Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO CON RAYOS X. d) COPIA DE CLAVE CLUES <p>12. EXPERIENCIA DE LA EMPRESA:</p> <p>EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR UN CURRÍCULUM EMPRESARIAL INCLUYENDO LISTA DE CLIENTES DONDE HAYA REALIZADO SERVICIO INTEGRAL OBJETO DE ESTA PROCESO DE ADJUDICACIÓN EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR, EL CUAL DEBE CONTENER POR LO MENOS, NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO ACTUALIZADO DEL CLIENTE. SE DEBERÁ INCLUIR AL MENOS 2 CONTRATOS DONDE INCLUYAN EL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES EN FORMATO PDF, QUE SE HAYAN CELEBRADO CON OTRAS INSTITUCIONES PERTENECIENTES AL SECTOR PÚBLICO, PRIVADO Y/O SOCIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, CON UN PERÍODO NO MAYOR A TRES AÑOS; ASÍ COMO UNA CARTA DE RECOMENDACIÓN POR CONTRATO PRESENTADO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CONTRATOS. NO SE ACEPTAN CONTRATOS EN LO QUE LOS SERVICIOS SE ENTREGUEN POR UN TERCERO.</p>	

Página 11



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993

ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRÍA EN UNIDADES MÓVILES

FOLIO DMTI: 091-23

VERSION: 2-2024

13. EXPERIENCIAS DE LOS INGENIEROS DE SERVICIO.

ESCRITO FIRMADO POR EL LICITANTE O SU REPRESENTANTE LEGAL QUE CONTENGA LA LISTA DEL PERSONAL DE INGENIERÍA QUE LLEVARÁ A CABO EL SERVICIO TÉCNICO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICO DE LAS UNIDADES MÓVILES Y EN GABINETE FIJO. PARA LO ANTERIOR DEBERÁ ENTREGAR LO SIGUIENTE:

- 13.1. CURRÍCULUM VITAE (MÁXIMO 1 CUARTILLA) DEL PERSONAL QUE SE ENLISTA, CON EXPERIENCIA MÍNIMA DE CINCO AÑOS DE EQUIPO MÉDICO DE LAS PARTIDAS OFERTADAS.
- 13.2. COPIA DE LA CÉDULA PROFESIONAL Y/O TÍTULO ACADÉMICO.
- 13.3. CERTIFICADOS O DIPLOMAS DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL POR PARTE DEL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO, EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE PARA COTEJO DONDE SE INDIQUE EL MODELO DE LOS EQUIPOS OFERTADOS.
- 13.4. COPIA LEGIBLE DE DOCUMENTO DEBIDAMENTE MEMBRETADO DE POR LO MENOS UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA A LA CUAL SE LE HAYA PRESTADO EL SERVICIO, DONDE SE DEMUESTRE QUE EL(LOS) INGENIERO(S) Y/O TÉCNICO(S) REALIZÓ EN AÑOS ANTERIORES (MÁXIMO TRES AÑOS) EL SERVICIO DE ASISTENCIA Y/O MANTENIMIENTO A EQUIPO MÉDICO OBJETO DE ESTE PROCESO DE ADJUDICACIÓN.

14. EXPERIENCIA DEL PERSONAL MÉDICO OPERATIVO PARA TOMA DE MASTOGRAFÍA EN LAS DOCE UNIDADES MÓVILES

ESCRITO FIRMADO POR EL LICITANTE O SU REPRESENTANTE LEGAL QUE CONTENGA LA LISTA DEL PERSONAL OPERATIVO QUE LLEVARÁ A CABO LA OPERACIÓN DE LAS UNIDADES MÓVILES. PARA LO ANTERIOR DEBERÁ ENTREGAR LO SIGUIENTE:

1. DOCE MÉDICOS ESPECIALISTAS REPOSNSABLE DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

- 1.1. CURRÍCULUM VITAE
- 1.2. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.
- 1.3. TÍTULO Y CEDULA DE ESPECIALIDAD EN RADIOLOGÍA.
- 1.4. CERTIFICADO O RECERTIFICACIÓN VIGENTE DE ESPECIALIDAD EMITIDO POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN
- 1.5. COMPROBANTE DE CURSO EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO (POE)
- 1.6. LA PRODUCTIVIDAD MÁXIMA POR MÉDICO RADIÓLOGO SERÁ DE 48 MASTOGRAFÍAS POR TURNO DE 8 HORAS.

2. CAPTURISTAS DOCE MUJERES, UNA CAPTURISTA PARA CADA UNIDAD MÓVIL

- 2.1. CURRÍCULUM VITAE
- 2.2. CERTIFICADO DE PREPARATORIA O TÉCNICA.
- 2.3. CON CAPACIDAD DE DAR INFORMACIÓN, ATENCIÓN AMABLE, CORDIAL, RESPETUOSA Y TRATO DIGNO A LAS USUARIAS.
- 2.4. DESTREZAS; BASES DE DATOS, ALTO SENTIDO DE RESPONSABILIDAD Y HONORABILIDAD, APTITUDES PARA EL DESEMPEÑO DEL PUESTO Y CAPACIDAD PARA ESTABLECER ADECUADAS RELACIONES HUMANAS.

3. PROMOTORA DE SALUD DOCE MUJERES UNA PROMOTORA DE SALUD PARA CADA UNIDAD MÓVIL

- 3.1. CURRÍCULUM VITAE
- 3.2. EXCELENTE PRESENTACIÓN
- 3.3. BACHILLERATO CONCLUIDO (PREFERENTE LICENCIATURA)
- 3.4. EXPERIENCIA MÍNIMO 1 AÑO EN PUESTO SIMILAR

Página 12



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 091-23 VERSION: 2-2024
<p>3.5. PROMOCIONANDO JORNADAS DE SALUD Y LA PARTICIPACIÓN DE LA GENTE EN LAS MISMAS.</p> <p>3.6. DISPONIBILIDAD DE HORARIO</p> <p>3.7. COMPETENCIAS: CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS</p> <p>3.8. FACILIDAD DE PALABRA</p> <p>3.9. EXCELENTE ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO</p> <p>3.10. TRABAJO EN EQUIPO</p> <p>3.11. CONTACTO DIRECTO CON PROFESIONALES DE LA SALUD Y/O ASISTENTES MÉDICOS.</p> <p>4. TÉCNICAS RADIÓLOGAS. DOCE MUJERES, UNA TÉCNICA PARA CADA UNIDAD MÓVIL</p> <p>4.1. CURRÍCULUM VITAE CON EXPERIENCIA MÍNIMA DE UN AÑO</p> <p>4.2. CÉDULA PROFESIONAL Y TÍTULO DE TÉCNICO RADIÓLOGO PROFESIONAL EXPEDIDO POR UNA INSTITUCIÓN ACADÉMICA RECONOCIDA.</p> <p>4.3. CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN TOMA DE MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE (POSICIONAMIENTO PARA MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE Y DE DIAGNÓSTICO, USO DE LOS EQUIPOS DE MASTOGRAFÍA, USO DEL CONTROL AUTOMÁTICO DE EXPOSICIÓN Y CONTROL DE CALIDAD).</p> <p>4.4. COMPROBANTE DE CURSO EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO (POE)</p> <p>5. OPERADOR DE LA UNIDAD MÓVIL. UN OPERADOR POR CADA UNIDAD MÓVIL (DOCE OPERADORES)</p> <p>5.1. CURRÍCULUM VITAE.</p> <p>5.2. LICENCIA DE CONDUCTOR VIGENTE</p> <p>5.3. EXPERIENCIA MÍNIMA 1 AÑO</p> <p>15. SOPORTE TÉCNICO</p> <p>ESCRITO FIRMADO POR EL LICITANTE O SU REPRESENTANTE LEGAL MEDIANTE EL CUAL SU REPRESENTADA SE COMPROMETE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A:</p> <ol style="list-style-type: none"> ENTREGAR EL CALENDARIO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS POR CADA EQUIPO MÉDICO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO. LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DEBERÁN LLEVARSE A CABO DE ACUERDO CON LO DESCRITO EN EL MANUAL DEL EQUIPO MÉDICO OFERTADO, EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA EL LICITANTE DEBERÁ ADJUNTAR LA RUTINA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO MÉDICO DE ACUERDO CON EL FABRICANTE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A ENTREGAR LA RUTINA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A LA JUD DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS EN EL ACTO DE APERTURA, INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DEBERÁN CONTEMPLAR LAS REFACCIONES Y ACCESORIOS NUEVOS Y ORIGINALES DE ACUERDO CON LA RUTINA DE MANTENIMIENTO SUGERIDA POR EL FABRICANTE. LAS ÓRDENES DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEBERAN ANEXARLE LOS SIGUIENTE <ol style="list-style-type: none"> RUTINA DE MANTENIMIENTO REPORTE DE SEGURIDAD ELÉCTRICA ENTREGAR A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS, EN UN PLAZO NO MAYOR A VEINTE DÍAS DE LA FECHA DE EMISIÓN DEL FALLO, EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARA LOS EQUIPOS, ENTREGAR EL CALENDARIO DE VERIFICACIÓN DE CADA UNA DE LAS UNIDADES MÓVILES. EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO SERÁ EL NÚMERO DE VECES QUE SEA NECESARIO, INCLUYE REFACCIONES Y ACCESORIOS ORIGINALES Y MANO DE OBRA ESPECIALIZADA. TIEMPO DE RESPUESTA DEL MANTENIMIENTO CORRECTIVO DESPUÉS DE REALIZAR EL REPORTE DE FALLA: 	

Página 13



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 091-23 VERSION: 2-2024
<p>a. TIEMPO DE RESPUESTA DE 5 HORAS.</p> <p>b. TIEMPO DE SOLUCIÓN DEL PROBLEMA O FALLA DE 12 HORAS.</p> <p>10. EN CASO DE QUE EL EQUIPO Y/O SUS ACCESORIOS QUEDEN FUERA DE SERVICIO POR MÁS DE UN DÍA HÁBIL, LA(S) EMPRESA(S) ADJUDICADA(S) DEBERÁN PROPORCIONAR DENTRO DE LAS 12 HORAS DESPUÉS DE SU EVALUACIÓN TÉCNICA, OTRO EQUIPO DE IGUALES CARACTERÍSTICAS EN BUEN ESTADO AL ÁREA USUARIA COMO SOPORTE TÉCNICO, EN CALIDAD DE PRÉSTAMO DURANTE EL TIEMPO QUE DURE LA REPARACIÓN DEL EQUIPO, MISMO QUE NO EXCEDERÁ DE 15 DÍAS HÁBILES, SIN COSTO ADICIONAL PARA LA SECRETARÍA. EL EQUIPO PROPORCIONADO POR LA(S) EMPRESA(S) ADJUDICADA(S) COMO SOPORTE TÉCNICO SE DEVOLVERÁ A LA MISMA SIN COSTO PARA LA SECRETARÍA, DESPUÉS DE HABER ENTREGADO NUEVAMENTE EL EQUIPO QUE SE RETIRÓ PARA SER REPARADO Y QUE A ESTE SE LE HAYAN VALIDADO LAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO CORRESPONDIENTES A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ÁREA USUARIA.</p> <p>a. 10.TODOS LOS TRABAJOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CAPACITACIONES, ETC. SERÁN DESCRITOS Y RESPALDADOS CON UNA ORDEN DE SERVICIO QUE INCLUYA LOS DATOS DEL EQUIPO, FIRMADA POR EL ÁREA USUARIA, ANEXANDO INFORME DE PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO Y COPIA DE LOS CERTIFICADOS DE CALIBRACIÓN VIGENTES DE LOS EQUIPOS DE MEDICIÓN EMPLEADOS CUANDO ASÍ SE REQUIERAN.</p> <p>11. TODAS LAS ORDENES DE SERVICIO GENERADAS DURANTE LA VIGENCIA DEL SERVICIO, DEBERÁN ENVIARSE EN FORMA ELECTRÓNICA EN PDF EN EL CORREO A LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, DEBIDAMENTE FIRMADAS POR EL ÁREA OPERATIVA DE UNIDADES MÓVILES, DONDE SE ENCUENTRE ASIGNADO EL EQUIPO.</p> <p>12. LA(S) EMPRESA(S) ADJUDICADA(S) CUBRIRÁN DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA SIN COSTO ADICIONAL PARA LA SECRETARIA.</p> <p>13. ACEPTAR QUE, SI LOS EQUIPOS UTILIZADOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO SE ENCUENTRAN DESCOMPUESTOS Y NO SE REALIZARÁN PROCEDIMIENTOS, EN CONSECUENCIA, NO SE GENERARÁN PAGOS AL PRESTADOR DEL SERVICIO.</p> <p>14. A ENTREGAR A JEFATURA DE LA UNIDAD DEPARTAMENTAL DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS A MÁS TARDAR 15 DÍAS POSTERIOR AL FALLO, LA RELACIÓN DEL PERSONAL QUE PROPORCIONARÁ ASISTENCIA TÉCNICA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO LOS CUALES DEBERÁN SER LOS QUE SE PRESENTEN EN LA PROPUESTA TÉCNICA NUMERAL 19. EXPERIENCIA DE LOS INGENIEROS DE SERVICIO CON NOMBRE, PROFESIÓN Y TELÉFONO QUE DESTINARÁ PARA LA ATENCIÓN DE "LA CONVOCANTE". Y PROPORCIONAR EL ACUSE DE RECIBIDO DE DICHA RELACIÓN ENTREGADA, A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS, Y DANDO DARA A VISO EN CASO DE CAMBIOS PARA AVALARLOS NUEVAMENTE CON LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS EN EL PUNTO ANTES MENCIONADO</p> <p>15. EN LA QUE SE ASEGURARÁ DE QUE SU PERSONAL PORTARÁ IDENTIFICACIÓN VISIBLE QUE LO ACREDITE COMO EMPLEADO DEL LICITANTE.</p> <p>15.1. A CUMPLIR CON LAS PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD, COMO LO ESTABLECE LA NOM-229-SSA1-2002, SALUD AMBIENTAL, REQUISITOS TÉCNICOS PARA LAS INSTALACIONES, RESPONSABILIDADES SANITARIAS, ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LOS EQUIPOS Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO CON RAYOS X.</p> <p>16. A ENTREGAR LAS PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD REALIZADAS DURANT ELA VIGENCIA DEL CONTRATO TANTO A LA SUBIDRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS COMO A LA JUD DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS.</p> <p>16. CUMPLIMIENTO DE LA NOM 229-SSA1-2002</p> <p>ESCRITO FIRMADO POR EL OFERENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL, EN EL QUE SE COMPROMETE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A DAR CUMPLIMIENTO A LA NOM-229-SSA1-2002, REQUISITOS TÉCNICOS PARA LAS INSTALACIONES, RESPONSABILIDADES SANITARIAS, ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LOS EQUIPOS Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN</p>	

Página 14



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 091-23 VERSION: 2-2024
<p>ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO CON RAYOS X, ASÍ COMO TAMBIÉN DEBERÁ ENTREGAR A JEFATURA DE LA UNIDAD DEPARTAMENTAL DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS, EL (LOS) DOCUMENTO(S) ORIGINAL(ES) EMITIDO(S) POR UN ASESOR ESPECIALIZADO EN SEGURIDAD RADIOLÓGICA QUE GARANTICEN EL CUMPLIMIENTO LA MISMA.</p>	
<p>17. CONSTANCIA DE LA EVALUACIÓN DE MUESTRAS.</p>	
<p>ENTREGAR EN ORIGINAL EL ANEXO 1.5 ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS DEBIDAMENTE REQUISITADO CON NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS.</p>	
<p>18. TECNOVIGILANCIA.</p>	
<p>COPIA SIMPLE DE ALTA DE UNIDAD Y/O RESPONSABLE DE TECNOVIGILANCIA EMITIDO POR LA COFEPRIS POR SER PARTE DE LA CADENA DE DISTRIBUCIÓN DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS, DICHO OFICIO DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DEL OFERENTE Y SERVIRÁ PARA ACREDITAR QUE DA CUMPLIMIENTO A LA NOM-240-SSA1-2012, "INSTALACIÓN Y OPERACIÓN DE LA TECNOVIGILANCIA".</p>	
<p>19. NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES ADVERSOS.</p>	
<p>LOS OFERENTES DEBERÁN PRESENTAR LOS PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN A QUEJAS Y SEGUIMIENTO DE INCIDENTES ADVERSOS PARA CADA UNA DE LAS MARCAS DE LOS EQUIPOS INSUMOS Y/O CONSUMIBLES PROPUESTOS.</p>	
<p>20. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL</p>	
<p>CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD Y FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN LA QUE SE COMPROMETE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A ENTREGAR LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL A LA JUD DE CONTRATOS AL MOMENTO DE LA FIRMA DEL CONTRATO, CUMPLIENDO CON LO DESCRITO EN EL SIGUIENTE PÁRRAFO.</p>	
<p>EL OFERENTE ADJUDICADO DEBERÁ CONTAR CON UNA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CON COBERTURA AMPLIA PARA GARANTIZAR LA EFICIENCIA Y FUNCIONALIDAD DE LOS SERVICIOS Y DEBERÁ TENER ESTRICTO CUIDADO DE NO DAÑAR LA INFRAESTRUCTURA, EQUIPOS, MOBILIARIO, INSTALACIONES, PACIENTES O PERSONAL DE "EL G.C.D.M.X". LOS ACCIDENTES PROVOCADOS A LAS INSTALACIONES REFERIDAS POR INCONSISTENCIAS EN LAS ACCIONES DE LOS SERVICIOS SERÁN RESPONSABILIDAD DE "EL OFERENTE ADJUDICADO", DE CAUSAR DAÑOS A LA INFRAESTRUCTURA, PACIENTES O PERSONAL SE PROCEDERÁ DE ACUERDO CON EL CÓDIGO PENAL Y SE HARÁ EFECTIVA LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL, EN TODOS LOS CASOS BAJO SEGUIMIENTO IRRESTRICO DEL ÁREA JURÍDICA DE LA "SEDESA".</p>	
<p>21. AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y RESPONSABLES SANITARIOS</p>	
<p>EL OFERENTE DEBERÁ ENTREGAR COPIA SIMPLE DEL AVISO DE FUNCIONAMIENTO A NOMBRE DEL OFERENTE COMO DISTRIBUIDOR PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS, EXPEDIDO POR COFEPRIS. DE CADA UNA DE LAS UNIDADES MOVILES Y DEL GABINETE RADIOLÓGICO FIJO, ASÍ COMO COPIA DE LOS REPSONSABLES SANITARIOS DE LAS UNIDADES MÓVILES Y DEL</p>	

1580

Página 15



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 091-23 VERSION: 2-2024
<p>GABINETE FIJO.</p> <p>22. DESVÍOS DE LA CALIDAD DE INSUMOS</p> <p>ESCRITO FIRMADO POR EL OFERENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL, EN EL QUE SE COMPROMETE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A:</p> <p>QUE EN CASO DE QUE SE PRESENTEN REPORTES DE DESVIO DE CALIDAD O VICIOS OCULTOS RECURRENTE LA SEDESA SE DEBERÁ REQUISITAR EL ANEXO 1.10 "SEGUIMIENTO A REPORTE DE INSUMOS PARA LA SALUD", Y ENVIARLO A LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS VÍA CORREO ELECTRÓNICO A sedesasti@gmail.com</p> <p>EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR A LA UNIDAD HOSPITALARIA, LOS DATOS DE CONTACTO DIRECTO DE LA(S) PERSONA(S) QUE RECIBIRÁN LOS REPORTES DE MALA CALIDAD, CONTENIENDO NOMBRES COMPLETOS, CORREOS ELECTRÓNICOS Y NÚMEROS TELEFÓNICOS MEDIANTE LOS CUALES RECIBIRÁN Y BRINDARÁN ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO LAS 24 HORAS DEL DÍA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO INCLUYENDO DÍAS FESTIVOS (TECNOVIGILANCIA).</p> <p>LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS REALIZARÁ LA EVALUACIÓN TÉCNICA Y EMITIRÁ UN DICTAMEN QUE SE TURNARÁ AL PROVEEDOR PARA LA DEBIDA ATENCIÓN, PUDIENDO SER CAMBIO DEL BIEN Y/O LOTE CORRESPONDIENTE, CAMBIO DE MARCA, CUANDO EXISTA CASO OMISO A LOS REPORTES POR MALA CALIDAD POR PARTE DEL PROVEEDOR, LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS INFORMARÁ DE LA SITUACIÓN A LA DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS A EFECTO DE QUE ÉSTA INDIQUE AL PROVEEDOR LAS MEDIDAS CORRECTIVAS QUE DETERMINE DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO.</p> <p>LA PROPUESTA TÉCNICA NO DEBERÁ INDICAR NINGÚN PRECIO.</p> <p>LA FALTA DE ENTREGA DE CUALQUIERA DE LOS REQUISITOS SEÑALADOS EN ESTE APARTADO SERÁ MOTIVO DE DESECHAMIENTO DE LA PROPUESTA</p>	

ELABORÓ

ING. CLAUDIA PATRICIA QUIROZ FLORES
SUBDIRECTORA DE TECNOLOGÍA E INSUMOS

AUTORIZÓ

QFB HÉCTOR SALGADO SCHOELLY
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS



PENAS CONVENCIONALES

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	PORCENTAJE PARA APLICAR
POR QUE LA UNIDAD NO SE PRESENTE O DE ESTAR PRESENTE NO DE SERVICIO	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO	JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS	0.5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.
POR NO ENTREGAR LA INFORMACIÓN	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO	JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS	0.5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.
POR NO ENTREGAR RESULTADOS DE ESTUDIOS AL PACIENTE O DE ENTREGAR LOS RESULTADOS, ESTOS NO CORRESPONDAN AL PACIENTE QUE SE LE REALIZÓ EL ESTUDIO	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO	JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS	0.5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.

[Handwritten signature]



ANEXO 1.1

CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO		FOLIO DMTI: 091-23 V-2
ÁREA SOLICITANTE: OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)		
PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993	SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	
<p>EL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFIA EN UNIDADES MÓVILES DEBE CONSIDERAR; EQUIPO DE MASTOGRAFÍA DIGITAL, PLANTAS DE LUZ PARA CADA SEDE QUE SE PRESENTEN, MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS. DESCRITOS EN LOS ANEXOS: ANEXO 1.1 CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES Y ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA, MASTOGRAFO, INSUMOS Y UNIDAD MÓVIL, TOMA DE MASTOGRAFÍAS, INTERPRETACIÓN DE MASTOGRAFIA, ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (ULTRASONIDO Y PROYECCIONES ADICIONALES DE MASTOGRAFÍA) Y TOMA DE BIOPSIA</p> <p>LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE SE REALIZARÁN A MUJERES DE 40 AÑOS A 69 AÑOS Y MAS, DANDO PRIORIDAD AL GRUPO ETARIO DE 50 A 69 AÑOS.</p> <p>ASÍ MISMO LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE SE REALIZARÁN A HOMBRES Y MUJERES CON FACTORES DE RIESGO QUE RESIDEN EN LA CIUDAD DE MÉXICO, DANDO PRIORIDAD A AQUELLA POBLACIÓN QUE CARECE DE SEGURIDAD SOCIAL.</p> <p>LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL CONTEMPLA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TOMA DE IMÁGENES DE MASTOGRAFÍA 2. INTERPRETACIÓN E IMPRESIÓN DE RESULTADOS. 3. REALIZACIÓN DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O BIOPSIA EN CASOS DE REQUERIRSE 4. UTILIZACIÓN DE FORMATOS OFICIALES Y LLENADO DE REPORTES <ol style="list-style-type: none"> 4.1. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO DE "VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL CÁNCER DE MAMA (ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA) 4.2. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO OFICIAL DE "CASO PROBABLE Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA" 4.3. REPORTE DE PRODUCTIVIDAD SEMANAL Y MENSUAL POR SEDE Y POR UNIDAD MÓVIL. 4.4. REPORTE DE MASTOGRAFÍAS CON RESULTADOS BIRADS DEL 0, 1, 2, 3, 4 Y 5. 4.5. REPORTE DE MASTOGRAFÍAS CON SEGUIMIENTO BIRADS 0, 3, 4 Y 5. 5. IMPLEMENTACIÓN DE BUZÓN EN LAS UNIDADES MÓVILES PARA RECIBIR QUEJAS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES <p>PROCEDIMIENTO GENERAL</p> <p>A. TOMA DE IMÁGENES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CADA ESTUDIO CONTEMPLA 2 PROYECCIONES PARA CADA UNA DE LAS MAMAS, CUATRO EN TOTAL: DOS CRÁNEO CAUDAL (CC 0°) Y DOS MEDIO LATERAL OBLICUA (MLO 30°-60°) 2. EN EL CASO DE TENER PACIENTES CON MAMA GRANDE O IMPLANTES (PACIENTES QUE REQUIEREN ALMENOS 8 PROYECCIONES), ESTAS DEBERÁN SER REFERIDAS A LOS LABORATORIOS DE LA EMPRESA ADJUDICADA, PARA LA REALIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (CONO DE MAGNIFICACIÓN, ULTRASONIDO, O EN CASO DE SER NECESARIO, TOMA DE BIOPSIA. <p>B. ALMACENAMIENTO DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS EN LA UNIDADES MÓVILES</p> <p>EL ALMACENAMIENTO SERA EN UN SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE IMÁGENES RIS/PACS BASADO EN LA NUBE PARA QUE LOS MÉDICOS RADIOLOGOS DEDICADOS A LA INTERPRETACIÓN TENGAN ACCESO ILIMITADO DE LAS IMÁGENES EN FORMATO DICOM SIN COMPRESIÓN Y A LA EMISIÓN DE LOS RESULTADOS CORRESPONDIENTES, ESTE SISTEMA SERÁ PROPIEDAD DEL OFERENTE ADJUDICADO,</p>		



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	FOLIO DMTI:091-23 V-2
ÁREA SOLICITANTE: OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)	
PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993	SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES

C. INTERPRETACIÓN E IMPRESIÓN DE RESULTADOS.

- 1) LAS IMÁGENES OBTENIDAS EN LAS DIFERENTES PROYECCIONES DEBERÁN SER INTERPRETADAS POR UN MÉDICO RADIÓLOGO ACREDITADO Y CERTIFICADO POR EL CONSEJO DE SU ESPECIALIDAD Y/O CON CALIFICACIÓN AGREGADA EN MAMA, QUIEN EMITIRÁ UN DIAGNÓSTICO EN ESCALA DE BIRADS.
- 2) EL PROVEEDOR DEBERÁ CONTAR COMO MÍNIMO CON **DOCE** MÉDICOS RADIÓLOGOS, (UNO POR CADA UNIDAD MÓVIL) DEBERÁ CONTEMPLAR Y ADICIONAR EN EL **NUMERAL 20 EXPERIENCIA DEL PERSONAL OPERATIVO MÉDICOS** QUE CUBRAN INCAPACIDADES
- 3) LA IMPRESIÓN DE RESULTADO; EL ESTUDIO MAMOGRAFICO (IMÁGENES) DEBERÁN SER GRABADO EN DISCO COMPACTO (CD). QUE CONTENDRÁ LA(S) IMAGEN(ES) DEL ESTUDIO REALIZADO EN FORMATO DIGITAL ABIERTO QUE CONTENGA RÓTULOS DE IDENTIFICACIÓN TANTO EN EL CD COMO EN LA FUNDA O CAJA DE DISCO.

D. REALIZACIÓN DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O BIOPSIA EN CASOS DE REQUERIRSE.

1. LOS MÉDICOS RADIÓLOGOS REFERENCIARÁN A LAS PACIENTES QUE CONSIDEREN PARA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, (CONO DE MAGNIFICACIÓN, ULTRASONIDO O EN CASO DE SER NECESARIO, TOMA DE BIOPSA)
2. EL GABINETE RADIOLÓGICO DEBERÁ TENER SEDE EN LA CIUDAD DE MÉXICO
3. EL MÉDICO RADIÓLOGO DEBERÁ DIRIGIR Y ORIENTAR A LAS TÉCNICAS RADIÓLOGAS EN LA TOMA DE LOS ESTUDIOS, ASIMISMO SERÁ EL RESPONSABLE DE LA CALIDAD DEL ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA Y SOLICITAR LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O BIOPSIA.
4. EL PERSONAL MÉDICO Y/O TÉCNICO RESPONSABLE DE LA TOMA DE LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA DEBERÁN ESTAR DEBIDAMENTE IDENTIFICADOS Y DEBERÁN USAR EN TODO MOMENTO DOSÍMETRO. EL USO, MANEJO Y RESPONSABILIDAD DE LOS DOSÍMETROS Y CURSOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA ES DEL PROVEEDOR.
5. EL LABORATORIO DEBERÁ ENTREGAR LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O BIOPSIA REALIZADOS, CUALQUIERA QUE SEA SU RESULTADO.

E. UTILIZACIÓN DE FORMATOS OFICIALES Y LLENADO DE REPORTES

1. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO OFICIAL DE "VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA (ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA)" VER ANEXO 1.8 FORMATO FEDERAL CÁNCER DE MAMA
2. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO OFICIAL DE "CASO PROBABLE Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA" VER ANEXO TEC 1.8 FORMATO FEDERAL CÁNCER DE MAMA
3. PARA EL REGISTRO DE LOS ESTUDIOS EN LOS REPORTES CADA PACIENTE DEBERÁ SER IDENTIFICADO CON UN FOLIO ÚNICO, EL CUAL DEBERÁ CONTENER LA INFORMACIÓN SIGUIENTE: NÚMERO DE MEDIBUS, DOS PRIMERAS LETRAS DEL PROVEEDOR Y NÚMERO CONSECUTIVO DE ESTUDIO REALIZADO. EJEMPLO: 09FU1, 10FU1, ETC.
4. EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR TODOS LOS LUNES EN EL TRANSCURSO DE LA MAÑANA LA PRODUCTIVIDAD TOTAL Y EL REPORTE DE PRODUCTIVIDAD SEMANAL POR SEDE Y POR UNIDAD MÓVIL DE LA SEMANA PREVIA, EL CUAL DEBERÁ ESTAR COMPLETAMENTE REQUISITADO DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 58 DEL REGLAMENTO DE LA "LEY DE DESARROLLO SOCIAL. ASÍ MISMO DEBERÁ ENTREGAR REPORTE DE PRODUCTIVIDAD MENSUAL CON CORTE DEL 26 AL 25 DE CADA MES.
5. PARA EFECTO DE CONOCER LAS ACTIVIDADES DIARIAS DE CADA UNIDAD MÓVIL EL PROVEEDOR DEBERÁ REQUISITAR Y ENTREGAR UN INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES Y REMITIRLO DIARIAMENTE A LA JEFATURA DE LA UNIDAD DEPARTAMENTAL DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS, INMEDIATAMENTE MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO Y A LA BREVEDAD EN PAPEL CON FIRMA AUTÓGRAFA.
6. CADA UNIDAD MÓVIL DEBE DE TENER CLAVEÚNICA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (CLUES); EN CASO DE NO TENERLA

Página 19



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO FOLIO DMTI:091-23 V-2

ÁREA SOLICITANTE: OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)

PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993 SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES

DEBERÁ TRAMITARLA EN AV. INSURGENTES 423 EN LA DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD Y SISTEMAS INSTITUCIONALES.

F. LUGAR DE ENTREGA DE LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA

1. ENTREGARÁ EL PROVEEDOR LAS BASES DE DATOS EN FORMATO EXCEL DE LAS MASTOGRAFÍAS Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS EN APEGO A LOS FORMATOS ENTREGADOS POR LA J.U.D DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS, UBICADA EN TORRE INSIGNIA, PISO 17.
2. EL TIEMPO DE ENTREGA DE LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE, SERÁ MÁXIMO 10 DÍAS HÁBILES A PARTIR DE LA TOMA DEL ESTUDIO, CON ESTUDIOS TOMADOS E INTERPRETADOS, DEBIENDO ENTREGAR EN CADA SOBRE EL FORMATO OFICIAL EN ORIGINAL Y COPIA "VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA (ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA)", IMAGEN DIGITAL E INTERPRETACIÓN DE RESULTADO EN BIRADS. DE LOS BIRADS 0, 3, 4 Y 5 QUE SE OBTENGAN, SE DEBERÁ ENTREGAR DE FORMA EN LOS REPORTES MENSUALES INCLUYENDO LA INFORMACIÓN DE LA BÚSQUEDA DE LAS PERSONAS DEL FORMATO OFICIAL
3. EL TIEMPO DE ENTREGA DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, ULTRASONIDOS Y BIOPSIAS DEBERÁ SER DE 15 DÍAS HÁBILES A PARTIR DE LA TOMA.
4. EN CASO DE NO ENTREGAR LOS ESTUDIOS EN EL TIEMPO ESTABLECIDO, SE APLICARÁ LA SANCIÓN CORRESPONDIENTE.
5. LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LOS ESTUDIOS SERA LOS LUNES DE 9 A 14 HRS EN LA JEFATURA DE LA UNIDAD DEPARTAMENTAL DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS UBICADAS EN TORRE INSIGNIA PISO 17.
6. DEBERÁ DE ENTREGAR LAS MUESTRAS DE BIOPSIA EN PARAFINA EN BLOQUE, LAMINILLAS DE LA BIOPSIA, INFORME ANATOMOPATOLÓGICO, ULTRASONIDO CON INFORME, IMAGEN DE LA MASTOGRAFÍA (EN FORMATO IMPRESO Y DIGITAL) A SI COMO TODOS LOS INFORMES ADICIONALES, DE ACUERDO CON LA LEY DE DATOS PERSONALES NO PODRÁN SER RESGUARDADOS POR EL LABORATORIO Y/O EL PROVEEDOR.
7. LOS ESTUDIOS, SUS RESULTADOS E INFORMACIÓN DE ESTOS, SON PROPIEDAD DE LA SECRETARIA DE SALUD SEDESA Y SERA LA RESGUARDANTE.
8. LOS ESTUDIOS, SUS RESULTADOS E INFORMACIÓN DE ESTOS, NO PODRÁN SER PUBLICADOS SIN AUTORIZACIÓN CORRESPONDIENTE DE LA SECRETARIA DE SALUD SEDESA.
9. EN LOS ESTUDIOS CON RESULTADO DE BIRADS 0 EL PROVEEDOR SERÁ EL RESPONSABLE DE LOCALIZAR A LA PACIENTE VÍA TELEFÓNICA O DOMICILIARIA PARA REALIZAR LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA NOM-041-SSA2-2011, E INFORMAR INMEDIATAMENTE AL FINALIZAR CADA ESTUDIO Y ENTREGARLAS CADA LUNES LOS ESTUDIOS DE BIRADS 0, 3, 4, Y 5 CON LAS BÚSQUEDAS REALIZADAS O EN CASO DE NO ACEPTAR EL ESTUDIO COMPLEMENTARIO, FIRMAR UNA CARTA DE NO SEGUIMIENTO DE COMPLEMENTARIOS LA USUARIA DESLINDANDO A LA SSA DE RESPONSABILIDAD.
10. EN CASO DE TENER PACIENTES CON RESULTADOS BIRADS 0, 3, 4 y 5 DE PRIMERA INTENSIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ REALIZAR ULTRASONIDO DE MAMA Y BIOPSIA CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-041-SSA2-2002, PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA.
11. EN LOS ESTUDIOS CON RESULTADO BIRADS 0, 3, 4 Y 5 QUE NO SE ENCUENTREN A LAS PACIENTES PARA TOMA DE COMPLEMENTARIOS, LA SECRETARIA DE SALUD SOLO PROCEDERÁN A PAGO LOS ESTUDIOS CONCLUYENTES.
12. EL LICITANTE ADJUDICADO DEBERÁ TENER AL MENOS UN GABINETE RADIOLÓGICO FIJO CON SEDE EN LA CIUDAD DE MÉXICO, EN DONDE SE HARÁN LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, APEGÁNDOSE A LA NORMATIVIDAD APLICABLE.

G. FUNCIONALIDAD DEL EQUIPO

1. LAS PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD DEL AREA Y DEL EQUIPO QUEDARÁN A CARGO DEL PROVEEDOR Y DEBERÁN APEGARSE AL "APENDICE NORMATIVO D" DE LA NOM-041-SSA2-2011 Y A LO ESTABLECIDO EN LA NOM-229-SSA1-2002.
2. EL PROVEEDOR DEBE GARANTIZAR QUE EL PERSONAL QUE ATENDERÁ A LAS PACIENTES PROPORCIONE TRATO CON ÉTICA PROFESIONAL Y EN CASO DE QUE SURJA ALGUN REPORTE DE ATENTADO AL PUDOR DE LAS PACIENTES, EL PROVEEDOR SERÁ EL ÚNICO RESPONSABLE.

Página 20



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO FOLIO DMTI:091-23 V-2

ÁREA SOLICITANTE: OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)

PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993 SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES

3. LA IDENTIFICACIÓN DE LAS IMÁGENES DE MASTOGRAFIA DEBERÁN APEGARSE AL PUNTO 18.28 DE LA NOM-229-SSA1-2002 EN EL CASO DE PLACAS, EL CUAL TEXTUALMENTE CITA QUE "TODA PLACA RADIOGRÁFICA DEBE CONTENER UNA IMPRESIÓN (A LA DERECHA DEL PACIENTE), CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: FECHA DEL ESTUDIO, NOMBRE DEL PACIENTE, IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO Y CLAVE O INICIALES DEL TÉCNICO QUE LA TOMÓ. EN MAMOGRAFÍA SE DEBEN INCLUIR LOS PARÁMETROS DE EXPOSICIÓN DE CADA PLACA, PARA PODER TOMAR NUEVAS PLACAS BAJO LAS MISMAS CONDICIONES Y FACILITAR LA COMPARACIÓN AL ESTUDIAR LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD". NO SE ACEPTARÁN MÁS DE 2 PACIENTES CON ETIQUETA POR CADA 50 PACIENTES IDENTIFICADAS POR MARCAJE.
4. EL PROVEEDOR SERÁ EL RESPONSABLE DE LA SEGURIDAD Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DE LAS PACIENTES; ASÍ MISMO DEL PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO EN LO QUE SE REFIERE A ESTUDIOS DE LABORATORIO, DOSÍMETROS, CURSOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA, LO ANTERIOR SIN CARGO A LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO.
5. EL PROVEEDOR SERÁ EL RESPONSABLE DE PROPORCIONAR LA RELACIÓN DEL PERSONAL QUE PROPORCIONARÁ ASISTENCIA TÉCNICA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO CON NOMBRE, PROFESIÓN Y TELÉFONO DEL PERSONAL QUE DESTINARÁ PARA LA ATENCIÓN DE LA CONVOCANTE Y LA CUAL PORTARÁ IDENTIFICACIÓN VISIBLE QUE LO ACREDITE COMO EMPLEADO DEL LICITANTE ADJUDICADO BATAS SIN LOGOS INSTITUCIONALES O EMPRESARIALES, LIMPIAS Y EN BUEN ESTADO, PODRÁN CONTENER NOMBRE DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD O LOGOS ACTUALES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO.
6. EL PROVEEDOR SERÁ EL RESPONSABLE DE CUIDAR LA IMAGEN INTERIOR Y EXTERIOR DEL VEHÍCULO EN PRÉSTAMO, MANTENIENDO ACTUALIZADOS LOS LOGOTIPOS DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, SOMETIÉNDOSE A LAS RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LA SUBDIRECCIÓN DE MANTENIMIENTO Y SERVICIOS DE LA SEDESA, ASÍ COMO A PROPORCIONAR LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS, CUMPLIMIENTO CON TODOS LOS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS COMO TENENCIA, VERIFICACIÓN, SEGURO VEHICULAR, ETC.
7. EL PROVEEDOR SERÁ EL RESPONSABLE TOTAL EN CASO DE QUE AL REALIZAR EL SERVICIO OBJETO DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL, INFIRINJA PATENTES, MARCAS O VIOLE DERECHOS DE AUTOR.

UNIDADES MÓVILES

CADA UNIDAD MÓVIL DEBE CONTAR CON:

1. ACCESO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ
2. RECEPCIÓN
3. VESTIDOR Y BAÑO PARA LAS USUARIAS CON EXTRACTOR DE AIRE
4. SALA DE MASTOGRAFÍA SEPARADA Y DELIMITADA DEL RESTO DE LAS ÁREAS DE LA UNIDAD MÓVIL.
5. LA SALA DEBE CUMPLIR CON LO REQUERIDO POR LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 229-SSA1-2002
6. AIRE ACONDICIONADO
7. PLANTA DE LUZ
8. MANDIL EMPLOMADO
9. LETREROS Y SEÑALAMIENTOS DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
 - 9.1. SALA DE ESPERA "SI EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE USTED SE ENCUENTRE EMBARAZADA. INFORME AL MÉDICO O AL TÉCNICO RADIÓLOGO ANTES DE HACERSE LA MASTOGRAFÍA".
 - 9.2. PUERTA DE ACCESO A LA SALA DE MASTOGRAFÍA "CUANDO LA LUZ ESTE ENCENDIDA SÓLO PUEDE INGRESAR PERSONAL AUTORIZADO".
 - 9.3. PUERTA DE ACCESO A LA SALA DE MASTOGRAFÍA "RADIACIONES- ZONA CONTROLADA".
 - 9.4. PUERTA DE ACCESO DEBE CONTAR CON FOCOS ROJOS DE ENCENDIDO AUTOMÁTICO, Y EL SÍMBOLO INTERNACIONAL DE RADACIONES IONIZANTES".
 - 9.5. BAÑO-VESTIDOR "NO ABRIR ESTA PUERTA A MENOS QUE LA LLAMEN"
 - 9.6. SALA DE MASTOGRAFÍA "SOLO PUEDE PERMANECER UNA PACIENTE A LA VEZ".
10. MANUALES
 - 10.1. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS
 - 10.2. PROGRAMA Y MANUAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN CONCORDANCIA CON LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM2-229-SSA1-2002

Página 21



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO FOLIO DMTI:091-23 V-2

ÁREA SOLICITANTE: OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)

PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993 SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES

10.3. MANUAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA, CONFORME A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM2-229-SSA1-2002

10.4. MAUAL DE CONTROL DE CALIDAD, CONFORME A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM2-229-SSA1-2002.

10.5. MANUALES DE USUARIO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS.

11. AVISO DE FUNCIONAMIENTO

12. RESPONSABLE SANITARIO

GABINETE FIJO

EN EL GABINETE SE DEBE LLEVAR A CABO LAS INTERPRETACIONES, ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS CON EL MASTOGRAFO DÍGITAL Y/O ULTRASONIDO Y REALIZACIÓN DE BIOPSIAS PARA ELLO DEB DAR CUMPLIMIENTO CON LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM2-229-SSA1-2002

11.8
Página 22



ANEXO 1.2

RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS, EQUIPOS MÉDICO, UNIDAD MÓVIL E INSUMOS

RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFIA

MES	CANTIDAD ESTIMADA
MARZO	5,413
ABRIL	2,270
MAYO	3,125
JUNIO	2,656
JULIO	3,587
AGOSTO	4,204
SEPTIEMBRE	5,727
OCTUBRE	13,580
NOVIEMBRE	9,229
DICIEMBRE	3,864
TOTAL	53,665

RELACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS Y UNIDADES MÓVILES

NO. PARTIDA	ANEXO TÉCNICO	EQUIPOS	CANTIDAD
1	1.3	MASTÓGRAFOS DIGITALES	12

NO. PARTIDA	ANEXO TÉCNICO	UNIDAD MÓVIL	CANTIDAD
2	1.3	UNIDAD MÓVIL	12

NO. PARTIDA	ANEXO TÉCNICO	EQUIPOS DE COMPUTACIÓN Y RADIO COMUNICACIÓN	CANTIDAD
3	1.3	COMPUTADORAS PORTÁTILES	14
4	1.3	EQUIPOS DE COMUNICACIÓN MÓVIL	12

RELACIÓN DE INSUMOS

118

Página 23



NO. PARTIDA	ANEXO TÉCNICO	INSUMOS	CANTIDAD LAS NECESARIAS POR ESTUDIO
1	1.4	GUANTES DESECHABLES TAMAÑOCHICO	1
2	1.4	GUANTES DESECHABLES TAMAÑO MEDIANO	1
3	1.4	GUANTES DESECHABLES TAMAÑO GRANDE	1
4	1.4	BATAS DESECHABLES	1
5	1.4	TOALLAS HUMEDAS	1
6	1.4	GEL ANTIBACTERIAL	1

NOTA: EL NÚMERO 1, EN LA CANTIDAD ES REPRESENTATIVO

Página 24



ANEXO 1.3

FICHA TÉCNICA MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL

USAR LA FICHA TÉCNICA MASTÓGRAFO,
EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL EN
EXCEL EDITABLE, PROPORCIONADA POR LA
CONVOCANTE RESPETANDO EL FORMATO.

PARA LA ELABORACIÓN DE SU PROPUESTA
DE LA FICHA TÉCNICA, DEBERÁ USAR EL
MISMO ARCHIVO ENTREGADO A SU
REPRESENTADA.

DEBERÁ ATENDER LO SOLICITADO EN EL
ANEXO 1, "ANEXO TÉCNICO".

[Firma manuscrita]
Página 25

ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL

		GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO	SECRETARÍA DE SALUD	<h3 style="margin: 0;">FICHA TÉCNICA DE EQUIPO MÉDICO</h3>	FOLIO DMTI: 091-2023
SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO				NO. DE PARTIDA: 3993	
SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS			IDENTIFICADOR DE FICHA:	VERSIÓN: 2-2024	

I. DATOS DEL OFERENTE			
EMPRESA:		MARCA:	
FABRICANTE:		MODELO:	
PAÍS DE ORIGEN:		CANTIDAD OFERTADA:	

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN			
NOMBRE:	MASTÓGRAFO DIGITAL	CANTIDAD:	12
DEFINICIÓN:	EQUIPO FIJO PARA REALIZAR ESTUDIOS RADIOLÓGICOS DE MAMA CON ADQUISICIÓN DE IMAGEN DIGITAL DE CAMPO COMPLETO	CLAVE CNIS:	531.341.2487

III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN				
ESPECIFICACIONES DEL BIEN	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	HIPERVINCULO (REFERENCIA A CATALOGOS, MANUALES, O CUALQUIER OTRO RECURSO QUE DESCRIBA EL BIEN OFERTADO)	PÁGINA DEL CATALOGO, MANUAL O FOLLETO DEL ARCHIVO PDF	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1.- DESCRIPCIÓN:				
1.1	Generador de rayos X de alta frecuencia			
1.1.1	Potencia de 4KW o mayor			
1.1.2	Rango de Kv de 23 o menor a 35 o mayor con incrementos de 1Kv			
1.1.3	Rango de mas de 5 o menor a 100 o mayor			
1.2	Tubo de rayos X			
1.2.1	Ánodo rotatorio de Mo,Rh o W			
1.2.2	Capacidad calorífica del ánodo de 160.000 HU o mayor			
1.2.3	Filtro de Mo,Rh, al o Ag y/o sus combinaciones			
1.2.4	Puntos focales de 0.1 y 0.3 mm			
1.3	Detector digital			
1.3.1	De silicio o selenio amorfo			
1.3.2	Tamaño de 23 cm o mayor po 26 cm o mayor			
1.3.3	Resolución de 14 bits o mayor			
1.3.4	tamaño de píxel de 100 micrometros o menor			
1.3.5	Matriz de al menos 2800 x 3500 o mayor			
1.3.6	Eficiencia cuantica de detección DQE @ 1lp/mm >=50%			
1.3.7	Eficiencia cuantica de detección DQE @ 5 lp/mm >=25%			
1.4	Brazo motorizado			
1.4.1	Colimador automático y seleccionable por el usuario			
1.4.2	Movimiento de rotación de -100° a +180° o mayor			
1.4.3	Desplazamiento vertical de 55 cm o mayor			
1.4.4	Distancia foco imagen igual o mayor a 65 cm			
1.4.5	Indicador de espesor de mama comprimida, de fuerza compresión y angulación del brazo			
1.4.6	Sistema de compresión motorizada y manual			
1.4.7	Fuerza de compresión de 111 a 200N			
1.4.8	Magnificador de 1.5 x ó 1.8x ó mayor			
1.5	Paleta de compresión			
1.5.1	Para mama grande			
1.5.2	Para mama pequeña			
1.6	Cono de compresión			
1.7	Cono de magnificación			
1.8	Paleta 7,5 cm de contacto puntual			

118

4

1.9	Con sistema luminoso para indicar la limitación del campo			
1.10	Interruptor de pie o de mano			
1.11	Control de exposición automático (AEC)			
1.12	Herramientas de control de calidad			
1.13	Estación de adquisición			
1.13.1	Pantalla LCD o TFT de visualización de 19" o mayor			
1.13.2	Matriz de al menos dos Megapíxeles			
1.13.3	Licencias DICOM 3.0			
1.13.3.1	Worklist			
1.13.3.2	Print			
1.13.3.3	Storage			
1.13.3.4	Storage commitment			
1.13.3.5	Query/retrieve			
1.13.4	Herramientas para grabado de imagen con licencia DICOM media storage			
1.13.5	Herramientas de control de calidad			
1.13.6	Disco duro de al menos 1 Tera			
1.14	Para uso en unidades móviles			
1.14.1	Fijación sólida diseñada para soportar bajas vibraciones			
1.15	Comunicación con sistema RIS-PACS Interno entre las unidades móviles el cual permita envío de información con el sistema de información de cáncer de la mujer (SICAM)			
2.- ACCESORIOS:				
2.1	UPS			
2.2	Mandil empalmado			
3.- ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA:				
3.1.-	200-220V +/-10%, 50/60 Hz			

IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA

OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN	DESCRIPCIÓN DEL OFERENTE	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1.- El proveedor adjudicado deberá realizar en la instalación del bien lo siguiente:		
1.1.- Tomar en cuenta las instalaciones de la unidad hospitalaria, derivado de su visita son las características con las que se entregarán las áreas donde se instalarán los equipos, por lo que para la instalación de los mismos el proveedor adjudicado deberá hacer las adecuaciones necesarias en caso de que se requiera, sin costo para la Secretaría.		
1.2.- Realizar el transporte, desembalaje, entrega e instalación, sin costo para la Secretaría para el correcto funcionamiento del equipo.		
1.3.- Las maniobras de acarreo hasta el lugar de la instalación, incluyendo elevación con grúa en caso de ser necesario de los bienes, será responsabilidad del proveedor adjudicado sin generar costo adicional para la Secretaría.		
1.4.- Si durante las maniobras de carga, descarga, entrega, recepción, instalación y puesta en operación del bien la infraestructura hospitalaria sufre algún daño este será cubierto por el proveedor.		
1.5.- Pruebas de calidad del equipo conforme a normatividad, posterior a la instalación del equipo y previo a su recepción definitiva.		

V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)

PRESENTAR LO SIGUIENTE:	HIPERVÍNCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO)	NÚMERO DE DOCUMENTO	VIGENCIA	EVALUACIÓN DE LA CONVOCANTE
1.- REGISTRO SANITARIO:				
1.1.- Registro Sanitario vigente emitido por la COFEPRIS, anverso y reverso.				
1.2.- Registro Sanitario no vigente: prórroga y comprobante de pago de derechos.				
1.3.- En caso de que el bien no requiera Registro Sanitario: carta de no requerimiento emitida por la COFEPRIS o copia de la publicación del Diario Oficial de la federación de fecha 22 de diciembre de 2014.				
PARA BIENES INTERNACIONALES ANEXAR ADEMÁS:				
IV.- CERTIFICADO DE LIBRE VENTA: FDA O CE O JIS O EQUIVALENTE SEGÚN PAÍS DE ORIGEN.				
V.- CERTIFICADO ISO:13485:2015.				
PARA BIENES NACIONALES ANEXAR ADEMÁS:				
	HIPERVÍNCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO)	NÚMERO DE DOCUMENTO	VIGENCIA	EVALUACIÓN DE LA CONVOCANTE

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

VI.- Certificado de la NOM-241-SSA1-2012, Buenas prácticas de fabricación expedido por la COFEPRIS.			
5.- Certificado ISO:13485:2016.			
CARTA DE APOYO	HIPERVINCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO)	EVALUACIÓN DE LA CONVOCANTE	
1.3.1 Carta de Apoyo del Fabricante			
Carta de Apoyo del Fabricante, en papel membretado del Fabricante.			
1.3.2 Distribuidor Autorizado que compra directamente al Titular del Registro Sanitario			
Carta de apoyo del Titular del Registro Sanitario en papel membretado de él.			
Y			
Carta elaborada en papel membretado del Titular del Registro Sanitario donde conste que es Distribuidor autorizado del Fabricante			
1.3.3. Distribuidor Secundario que compra directamente a un distribuidor autorizado			
Carta de Apoyo del Fabricante, Titular del Registro Sanitario, Distribuidor primario y/o secundario			
Carta elaborada en papel membretado por el Distribuidor Primario donde conste que es Distribuidor Autorizado			
O			
Documentación probatoria del acuerdo o contrato de la asignación como Distribuidor Primario en México por el Fabricante			

 GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO SECRETARÍA DE SALUD	FICHA TÉCNICA DE UNIDAD MOVIL		FOLIO DMT: 091-2023
	SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO		NO. DE PARTIDA: 3993
SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS	IDENTIFICADOR DE FICHA:		VERSIÓN: 2-2024

I. DATOS DEL OFERENTE			
EMPRESA:		MARCA:	
FABRICANTE:		MODELO:	
PAIS DE ORIGEN:		CANTIDAD OFERTADA:	

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN			
NOMBRE:	UNIDAD MOVIL	CANTIDAD:	12
DEFINICIÓN:	UNIDAD VEHICULAR ADAPTABLE PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA REALIZAR MASTOGRAFÍAS EN CAMPAÑAS	CLAVE CNIS:	531.341.2457

III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN				
ESPECIFICACIONES DEL BIEN	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	HIPERVINCULO (REFERENCIA A CATALOGOS, MANUALES, O CUALQUIER OTRO RECURSO QUE DESCRIBA EL BIEN OFERTADO)	PÁGINA DEL CATALOGO, MANUAL O FOLLETO DEL ARCHIVO PDF	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1.- DESCRIPCIÓN:				
1.1	Deberá adaptarse para cumplir la NOM 229-SSA1-2002			
1.2	Acceso para personas con discapacidad motriz, rampa o elevador			
1.3	Debe tener área de recepción			
1.4	Debe contar con un vestidor			
1.5	Sala de mastografía			
1.5.1	Aire acondicionado para mantener la temperatura para el óptimo funcionamiento del equipo así como en toda la unidad			
1.5.2	Deshumificador para mantener las condiciones para el óptimo funcionamiento del equipo			
1.5.3	Delimitar el área de sala de mastografía			
1.5.4	Toda la señalética de acuerdo con la normatividad vigente			
1.5.4.1	Sala de espera " Si , existe la posibilidad de que se encuentre embarazada, informe al médico o al técnico radiólogo antes de hacerse la mastografía"			

Handwritten signature or initials

Handwritten mark or signature

1.5.4.2 En puertas principales de acceso a la sala de mastografía "Cuando este la luz encendida solo puede ingresar personal autorizado"			
1.5.4.3 En sanitarios y vestidores que tengan acceso a la sala de mastografía. " No abrir la puerta a menos que la llamen"			
1.5.4.4 Interior de la Sala de mastografía " En esta sala, solo puede permanecer un paciente a la vez "			
1.5.4.5 En puertas principales de acceso a la sala de mastografía: foco rojo de encendido automático, símbolo internacional de radiaciones ionizantes			
1.6 Planta de luz para suministro de energía a todas las áreas de la unidad incluyendo aire acondicionado, iluminación etc.			
1.7 Levantamiento de niveles de radiación de cada sala de mastografía con antigüedad no mayor a seis meses, elaborado por un tercero especializado en seguridad radiológica			
1.8 Deberá entregar un croquis de cada una de las unidades solicitadas de como es la distribución de áreas, donde se visualice las dimensiones de cada espacio.			
2.- ACCESORIOS:			
2.1 Dos bancas para vestider			
2.2 Cesto de basura, uno por cada área			
2.3 Módulo de aseó de manos completo (lavabo, despachador de sanitas, de jabón y gel antibacterial)			
2.4 Un escritorio para médico			
2.5 Tres bancos neumáticos giratorios de acero			
2.6 Una gaveta para guarda de insumos			

	FICHA TÉCNICA DE OTROS EQUIPOS DE APOYO	FOLIO DMTI: 091-2023
		NO. DE PARTIDA: 3993
SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS	IDENTIFICADOR DE FICHA:	VERSIÓN: 2-2024

I. DATOS DEL OFERENTE			
EMPRESA:		MARCA:	
FABRICANTE:		MODELO:	
PAÍS DE ORIGEN:		CANTIDAD OFERTADA:	

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN			
NOMBRE:	EQUIPOS DE APOYO AL SERVICIO INTEGRAL	CANTIDAD:	VARIOS
DEFINICIÓN:	UNIDAD VEHICULAR ADAPTABLE PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA REALIZAR MASTOGRAMÍAS EN CAMPAÑAS.	CLAVE CNIS:	531.341.2487

III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN				
ESPECIFICACIONES DEL BIEN	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	HIPERVINCULO (REFERENCIA A CATALOGOS, MANUALES, O CUALQUIER OTRO RECURSO QUE DESCRIBA EL BIEN OFERTADO)	PÁGINA DEL CATALOGO, MANUAL O FOLLETO DEL ARCHIVO.PDF	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1.- DESCRIPCIÓN:				
1.1 Computadoras portátil (12 para las unidades móviles y dos para la Jcd. de Instrumentación de proyectos)				
1.1.1 Sistema operativo windows diez home. Incluye licencia				
1.1.2 Procesador Intel Inside				
1.1.3 Velocidad: 1,6 Hz hasta 2,4 Ghz				
1.1.4 Motor gráfico Intel HD grafics				
1.1.5 vídeo integrado				
1.1.6. Memoria RAM: 4 GB DDR3L				
1.1.7 Pantalla 15.6 pulgadas				
1.1.7. 1 Tipo LED				
1.1.7.2 Resolución de la pantalla 1366 x768				
1.1.7.3 Unidad optica cd/dvd rw +/-				
1.1.8 Conectividad HDMI. BLUETOOTH. USB 2.0, USB 3.0. Lector de tarjetas				
1.1.9 Paquetería Office 2010 Incluye licencia perpetua				

H

1.1.1.0. Impresora laser (12) incluye los toner necesarios durante la vigencia del contrato				
1.1.1.1 Paquete de hojas Bond, tamaño carta, las				
2. Equipo de comunicación móvil (12)				
2.1 Sistema de comunicación móvil				
2.2 Incluye plan de telefonía durante la vigencia del contrato				

NOMBRE DEL OFERENTE, APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA
RFC DEL REPRESENTANTE LEGAL

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]



ANEXO 1.4

FICHA TÉCNICA DE INSUMOS

USAR LA FICHA TÉCNICA DE INSUMOS EN EXCEL EDITABLE, PROPORCIONADA POR LA CONVOCANTE RESPETANDO EL FORMATO.

PARA LA ELABORACIÓN DE SU PROPUESTA DE LA FICHA TÉCNICA, DEBERÁ USAR EL MISMO ARCHIVO ENTREGADO A SU REPRESENTADA.

DEBERÁ ATENDER LO SOLICITADO EN EL ANEXO 1, "ANEXO TÉCNICO".

[Handwritten signature]
Página 26

ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS

 <p style="text-align: center;">MINISTERIO DE AGRICULTURA Y GANADERÍA SECRETARÍA DE INGENIERÍA Y SISTEMAS DE PRODUCCIÓN</p>	<p>FICHA TÉCNICA DE INSUMOS</p>
<p>FECHA DEL OFERTE: 2018/04/11</p>	<p>PAÍS DE ORIGEN: URUGUAY</p>
<p>FECHA DE RECEPCIÓN DEL MATERIAL: 2018/04/11</p>	<p>FECHA DE EMISIÓN: 2018/04/11</p>

TÍTULOS DEL OFERTE
MODALIDAD DE EJECUCIÓN DEL MATERIAL
II. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LOS BIENES SOLICITADOS Y OFERTADOS

No.	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	UNIDAD DE MEDIDA	UNIDAD SOLICITADA	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	UNIDAD DE MEDIDA OFERTADA	MARCA	CARACTERÍSTICAS OFERTADAS				DOCUMENTOS REFERENCIADOS Y REFERENCIADOS						
							AVILA DE CAVALLEROS	PREFERENCIA EN CATEGORÍA	REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR EL BIEN OFERTADO	PAÍS DEL MANUFACTURER	MANUAL O FOLLETO DEL BIEN	CARTA DE APROBACIÓN DEL PRODUCTOR	REQUISITO DE REGISTRO SANITARIO	CERTIFICADO DE ORIGEN	PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL	PARA BIENES DE ORIGEN EXTRANJERO	EVALUACIÓN DE RIESGO
1	UNIDAD DE MEDIDA DE BIENES SOLICITADOS	PIZA	UNIDAD SOLICITADA	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	UNIDAD DE MEDIDA OFERTADA	MARCA	AVILA DE CAVALLEROS	PREFERENCIA EN CATEGORÍA	REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR EL BIEN OFERTADO	PAÍS DEL MANUFACTURER	MANUAL O FOLLETO DEL BIEN	CARTA DE APROBACIÓN DEL PRODUCTOR	REQUISITO DE REGISTRO SANITARIO	CERTIFICADO DE ORIGEN	PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL	PARA BIENES DE ORIGEN EXTRANJERO	EVALUACIÓN DE RIESGO
2	UNIDAD DE MEDIDA DE BIENES SOLICITADOS	PIZA	UNIDAD SOLICITADA	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	UNIDAD DE MEDIDA OFERTADA	MARCA	AVILA DE CAVALLEROS	PREFERENCIA EN CATEGORÍA	REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR EL BIEN OFERTADO	PAÍS DEL MANUFACTURER	MANUAL O FOLLETO DEL BIEN	CARTA DE APROBACIÓN DEL PRODUCTOR	REQUISITO DE REGISTRO SANITARIO	CERTIFICADO DE ORIGEN	PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL	PARA BIENES DE ORIGEN EXTRANJERO	EVALUACIÓN DE RIESGO
3	UNIDAD DE MEDIDA DE BIENES SOLICITADOS	PIZA	UNIDAD SOLICITADA	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	UNIDAD DE MEDIDA OFERTADA	MARCA	AVILA DE CAVALLEROS	PREFERENCIA EN CATEGORÍA	REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR EL BIEN OFERTADO	PAÍS DEL MANUFACTURER	MANUAL O FOLLETO DEL BIEN	CARTA DE APROBACIÓN DEL PRODUCTOR	REQUISITO DE REGISTRO SANITARIO	CERTIFICADO DE ORIGEN	PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL	PARA BIENES DE ORIGEN EXTRANJERO	EVALUACIÓN DE RIESGO
4	UNIDAD DE MEDIDA DE BIENES SOLICITADOS	PIZA	UNIDAD SOLICITADA	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	UNIDAD DE MEDIDA OFERTADA	MARCA	AVILA DE CAVALLEROS	PREFERENCIA EN CATEGORÍA	REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR EL BIEN OFERTADO	PAÍS DEL MANUFACTURER	MANUAL O FOLLETO DEL BIEN	CARTA DE APROBACIÓN DEL PRODUCTOR	REQUISITO DE REGISTRO SANITARIO	CERTIFICADO DE ORIGEN	PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL	PARA BIENES DE ORIGEN EXTRANJERO	EVALUACIÓN DE RIESGO
5	UNIDAD DE MEDIDA DE BIENES SOLICITADOS	PIZA	UNIDAD SOLICITADA	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	UNIDAD DE MEDIDA OFERTADA	MARCA	AVILA DE CAVALLEROS	PREFERENCIA EN CATEGORÍA	REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR EL BIEN OFERTADO	PAÍS DEL MANUFACTURER	MANUAL O FOLLETO DEL BIEN	CARTA DE APROBACIÓN DEL PRODUCTOR	REQUISITO DE REGISTRO SANITARIO	CERTIFICADO DE ORIGEN	PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL	PARA BIENES DE ORIGEN EXTRANJERO	EVALUACIÓN DE RIESGO
6	UNIDAD DE MEDIDA DE BIENES SOLICITADOS	PIZA	UNIDAD SOLICITADA	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	UNIDAD DE MEDIDA OFERTADA	MARCA	AVILA DE CAVALLEROS	PREFERENCIA EN CATEGORÍA	REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR EL BIEN OFERTADO	PAÍS DEL MANUFACTURER	MANUAL O FOLLETO DEL BIEN	CARTA DE APROBACIÓN DEL PRODUCTOR	REQUISITO DE REGISTRO SANITARIO	CERTIFICADO DE ORIGEN	PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL	PARA BIENES DE ORIGEN EXTRANJERO	EVALUACIÓN DE RIESGO

<p>INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL MANUFACTURER</p>
<p>PAÍS</p>
<p>REFERENCIA</p>

[Handwritten signature]



ANEXO 1.5
ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS

INSTRUCCIONES PRESENTACIÓN DE MUESTRAS

EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR MUESTRAS FÍSICAS ÚTILES DEL 100% DE LOS RENGLONES ENLISTADOS, PARA LO CUAL DEBERÁ CONSIDERAR LO SIGUIENTE:

EL NO PRESENTAR MUESTRAS Ó PRESENTAR MUESTRAS QUE NO CUMPLAN CON LAS CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS, Ó PRESENTARLAS FUERA DEL PLAZO ESTABLECIDO SERÁ MOTIVO DE DESECHAMIENTO DE LAS PROPUESTAS.

MUESTRAS

NO.	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN
1	UNIDAD MÓVIL EQUIPADA	PIEZA	1	
2	GUANTES PARA EXPLORACIÓN AMBIDIESTRO, NO ESTÉRILES, DE LATEX, DESECHABLES TAMAÑO CHICO	PIEZA	1	
3	GUANTES PARA EXPLORACIÓN AMBIDIESTRO, NO ESTÉRILES, DE LATEX, DESECHABLES TAMAÑO MEDIANO	PIEZA	1	
4	GUANTES PARA EXPLORACIÓN AMBIDIESTRO, NO ESTÉRILES, DE LATEX, DESECHABLES TAMAÑO GRANDE	PIEZA	1	
5	BATAS DESECHABLES PARA PACIENTE,	PIEZA	1	
6	TOALLAS HÚMEDAS, HIDRATANTES, ADICIONADAS CON HUMECTANTES Y EMOLIENTES, DERMATOLOGIGAMENTE PROBADAS, ELABORADA DE FIBRAS NATURALES, LIBRE DE ALCOHOL Y PARABENOS	PIEZA	1	
7	GEL ANTISÉPTICO PARA MANOS QUE NO REQUIERE ENGUAJE, FORMULADO A BASE DE ALCOHOL ETÍLICO DE 60-80% W/W ADICIONADO CON HUMECTANTES Y EMOLIENTES, HIPOALERGÉNICO	PIEZA	1	
8	EJEMPLO DE LAS DOS ETIQUETAS CON DATOS DE UN EQUIPO, UNA ETIQUETA VERDE DE FECHA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y ETIQUETAS COLOR BALNCO CON CODIGO QR, LOS DATOS NO DEBEN IR A UNA PÁGINA WEB	PIEZA	1	

ACEPTO LAS PRUEBAS QUE SE REALIZARÁN COMO PARTE DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA

NOMBRE DEL OFERENTE, APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA
R F C DEL OFERENTE:

Página 27



ANEXO 1.6
INFORME DIARIO

Fecha: _____

UNIDADES MEDICAS MÓVILES
INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES

Unidad Móvil No. _____ Nombre de SEDE: _____

Hora de Llegada: _____ Hora de Salida: _____

DESCRIPCIÓN	FUNCIONA	NO FUNCIONA	DESCRIPCIÓN	FUNCIONA	NO FUNCIONA
INFRAESTRUCTURA			SEDE		
Escaleras Funcionales			Bajada de Luz "220 v":		
Barandales			Espacio para la Unidad:		
Limpieza del Área de Toma de Mastografía			Seguridad en la Jornada:		
Limpieza del Mastógrafo			Difusión Visible de la Jornada		
Limpieza de la Unidad			EQUIPO / INSUMO		
Buzón de Quejas y Sugerencias			Guantes (50 pzs)		
RECURSOS HUMANOS.			Batas (50 pzs)		
Operador			Toallas Húmedas		
Técnico			Gel Antibacterial		
Capturista			Aromatizante		
Uniforme (bata limpia)			Material de Limpieza		
Indicaciones al Paciente (toma de mastografía)			Mastógrafo funcional y Calibrado		
			Equipo de Computo		

Observaciones:

Responsable de la Unidad

Responsable de la Jornada

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Página 28



ANEXO 1.7
REPORTE MENSUAL



ANEXO 2.2
Concentrado de Procedimientos
Partida Presupuestal: 3993 "Servicios Subrogados"
Empresa requeriente: Nombre de la empresa completo

Periodo:
Inicio: dd-mm-aaaa
Termino: dd-mm-aaaa

SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRÁFIA EN UNIDADES MÓVILES

Consecutivo	Médico	Fecha de Realización DD-MMM-AAAA	Clave	Nombre del Paciente	BIRADS	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Número de Mastografías realizadas

Handwritten signature



ANEXO 1.8 FORMATO FEDERAL CÁNCER DE MAMA

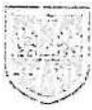
SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA CÁNCER DE LA MUJER
EXPLORACIÓN CLÍNICA

CÁNCER DE MAMA

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD	
1.- Inscripción	4.- Municipio
2.- Entidad	4.1 Localidad
3.- Jurisdicción	6.- Unidad Médica
5.- Clase	
II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE	
CLAVE DE LA PACIENTE	
7.- Nombre	Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)
8.- Entidad de nacimiento	9.- CURP
10.- Fecha de nacimiento	11.- Edad
12.- Domicilio	Calle y Número Código Postal Localidad/Municipio/Estado
13.- Otro domicilio	Calle y Número Localidad/Municipio/Estado
14.- Otro teléfono	15.- Correo electrónico 16.- Tiempo de residencia actual
17.- Afiliación: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> IMSS-PROTEC <input type="checkbox"/> SECOFINA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS-PROTECTORA <input type="checkbox"/> FONOC <input type="checkbox"/> ESTADAL MUNICIPAL <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> OTRAS	
18.- Fecha de atención	
19.- Edad de presentación de la mastitis	
20.- En que dirección tiene antecedentes de cáncer mamario	
21.- Presente menopausial	
22.- Otros factores de riesgo	
III. DATOS CLÍNICOS	
23.- Signos clínicos	
24.- Fecha de inicio del ptever almbano o signo	
25.- Localización	
26.- R.F.C. de quien realizó el estudio	
IV. REFERENCIA	
27.- Conducta a seguir	
28.- Motivo de la referencia	
29.- Fecha de la referencia	

AUTORIZACION DE LA PACIENTE

[Handwritten signature]



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO
"SITUACIÓN DE EXPLORACIÓN CLÍNICA"

INDICACIONES GENERALES.- Este formato debe llenarse de manera completa (original y copia) de acuerdo a las definiciones operacionales de detección, caso probable y caso confirmado de cáncer de mama. Complete únicamente los rubros restantes; utilice una casilla para cada letra o número (con bolígrafo de tinta oscura, letra de molde en mayúsculas y sin acentos o símbolos y números arábigos). Los incisos del 1 al 29 serán llenados en detecciones y se enviara únicamente la primera hoja (copia) al nivel correspondiente para su captura.

I. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD (1-6).- Debe disponerse de los nombres de los niveles y áreas correspondientes a la unidad que realizó la detección (Institución, entidad, jurisdicción, municipio, localidad, unidad médica y ciues).

II. IDENTIFICACION DE LA PACIENTE (7-17).- Se refiere a los datos de la mujer a la que se realiza la detección de cáncer de mama. **Este inciso debe llenarse obligatoriamente en forma completa, clara y con letra de molde en los espacios correspondientes.**

- 7. Nombre: Debe anotar el nombre completo de soltera de la paciente, en mayúsculas, sin acentos y sin abreviaturas.
- 8. Entidad de nacimiento: Anote el nombre de la entidad de nacimiento.
- 9. CURP: Anote la clave única de registro de población.
- 10. Fecha de Nacimiento: datos de la credencial de elector (números arábigos).
- 11. Edad: Años cumplidos.
- 12. Domicilio: Anote el lugar en el que la paciente ha vivido los últimos 6 meses.
- 13. Otro domicilio: Anote otro lugar donde se le pueda localizar.
- 14. Otro teléfono: Anotar si lo tiene.
- 15. Correo electrónico: Anotar si lo tiene.
- 16. Tiempo de residencia actual: Debe anotar el tiempo que lleve de residir en el domicilio actual, conforme al inciso que le corresponda.
- 17. Afiliación: Debe anotar la Institución a la que esta adscrita, las que sean de SSA se anotara como NINGUNA (inciso 0) y Seguro Popular como CNPSS(inciso 11).
- 17.1 Número de afiliación o póliza: Debe anotar el número asignado por el Seguro Popular.

III. FACTORES DE RIESGO (18-22).- Características de los antecedentes.

- 18. Fecha de atención: Anote día, mes y año en el rectángulo.
- 19. Edad de la presentación de la mamas: Anote años (mayor de 7 y menor de 21)
- 20. En que familiares tiene antecedentes de cáncer mamario: Elija la respuesta referida por la paciente(opciones del 1 al 8).
- 21. Presente Menopausia: Anote 1 en afirmativo y 2 en negativo.
- 21.1 Edad de la menopausia: Anote años de presentación de la menopausia.
- 22. Otros factores de riesgo: Si no tiene otro factor de riesgo se deja vacía la opción.

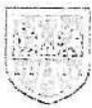
IV. DATOS CLINICOS (23-26).

- 23. Signos clínicos: Anotar en el (los) recuadros lo encontrado por el médico o enfermera en la exploración de las mamas. Signo o sintoma.
- 24. Fecha de inicio de los síntomas y signos: Anotar la fecha referida por la paciente (si se desconoce día y mes poner 01/01 y año referido).
- 25. Localización: Elija las opciones correspondientes de acuerdo a lo encontrado en la exploración física de las mamas.
- 26. R.F.C. de quien realizó el estudio. Anote en la línea RFC

VI. REFERENCIA (27-29).-Características de la referencia.

- 27. Conducta a seguir: Elija la indicada por la norma de acuerdo a lo encontrado en la exploración física de la paciente.
- 28. Motivo de la referencia: Elija una sola opción.
- 29. Fecha de la referencia: Anote la fecha (con números arábigos: día, mes y año) en que indico a la paciente su referencia a otra unidad para la continuación del estudio de su enfermedad.

[Handwritten signature]



SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA CÁNCER DE LA MUJER
ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA

I. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD

1.- Institución: _____ 4.- Municipio: _____
 2.- Entidad: _____ 4.1 Localidad: _____
 3.- Jurisdicción: _____ 5.- Unidad Médica: _____
 6.- Clave: _____

II. IDENTIFICACION DE LA PACIENTE

CLAVE DE LA PACIENTE: _____

7.- Nombre: _____
 Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombre (s): _____
 8.- Entidad de nacimiento: _____ 9.- CURP: _____
 10.- Fecha de nacimiento: _____ 11.- Edad: _____
 DDMMAAAA

12.- Domicilio: _____
 Calle y Número: _____ Colonia: _____ Localidad/Municipio/Delegación: _____
 Código postal: _____ Entidad Federativa: _____ Jurisdicción: _____ Teléfono: _____

13.- Otro Domicilio: _____
 Calle y Número: _____ Colonia: _____ Localidad/Municipio/Delegación: _____

14.- Otro Teléfono: _____ 15.- Correo electrónico: _____

16.- Afiliación: 1. INSSGEMSA 2. IMSS 3. ISSSTE 4. SEDEMA 5. IMSS-PROTECTORA 7. PIMEC 8. ESTADAL & MUNICIPAL 10. PRIVADA 11. OTRAS 12. OTRA

17.- Número de afiliación o póliza: _____

III. ANTECEDENTES

17.- De mastografía: 1.- Sí 2.- No 18.- Fecha de última mastografía: _____
 Día Mes Año

19.- Resultado BIRADS: [1] Evaluación Adicional [2] Negativa [3] Probablemente benigna [4] Anormalidad sospechosa [4a] Baja sospecha de malignidad [4b] Riesgo intermedio de malignidad [4c] Riesgo moderado de malignidad [5] Atenuante sugestiva de malignidad

IV. MASTOGRAFÍA

20.- Modalidad de mastografía: 1.- Tereograma 2.- Diagnóstica 21.- Fecha de toma de la mastografía: _____
 Día Mes Año

22.- Mastografía técnicamente adecuada: 1.- Sí 2.- No 1.- Imagen incompleta de la mama 4.- Artefactos
 2.- Baja contraste 5.- Mal posicionamiento
 3.- Baja resolución 6.- Otras

23.- Fecha de interpretación de la mastografía: _____
 Día Mes Año

24.- Resultado y hallazgos de las mastografía:

HALLAZGOS		25. BIRADS		Leotor	
Tumor	Derecha	Izquierda	[1] Evaluación Adicional	[4] Anormalidad sospechosa	Uno
Asimetría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[1] Negativa	[4a] Baja sospecha de malignidad	<input type="checkbox"/>
Deformidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2] Benigna	[4b] Riesgo intermedio de malignidad	Doa
Calcificación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[3] Probablemente benigna	[4c] Riesgo moderado de malignidad	Declaración
Densidad asimétrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		[5] Atenuante sugestiva de malignidad	

V. CONDUCTA A SEGUIR

26.- Repetir por estudio inadecuado: 1.- Sí 2.- No

27.- Próxima detección por mastografía en 2 años: 1.- Sí 2.- No

28.- Referencia a ginecología e tratamiento de patología benigna: 1.- Sí 2.- No

29.- Referencia a evaluación diagnóstica unidad: _____

30.- Fecha de la referencia: _____
 Día Mes Año

31.- Cédula profesional del mastólogo: _____

AUTORIZACIÓN DE LA PACIENTE

[Firma manuscrita]

Página 32



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO
"ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA"

INDICACIONES GENERALES.- Este formato debe llenarse de manera completa (original y copia) de acuerdo a las definiciones operacionales de detección, caso probable y caso confirmado de cáncer de mama. Complete únicamente los rubros faltantes; utilice una casita para cada letra o número (con bolígrafo de tinta oscura, letra de molde en mayúsculas y sin acentos o símbolos y números arábigos). Los Incisos del 1 al 31 serán llenados en detecciones y se enviará únicamente la primera hoja (copia) al nivel correspondiente para su captura.

I. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD (1-6).- Debe disponerse de los nombres de los niveles y áreas correspondientes a la unidad que realizó la detección (Institución, entidad, jurisdicción, municipio, localidad, unidad médica y dues).

II. IDENTIFICACION DE LA PACIENTE (7-16).- Se refiere a los datos de la mujer a la que se realiza la detección de cáncer de mama. Este inciso debe llenarse obligatoriamente en forma completa, clara y con letra de molde en los espacios correspondientes.

7. Nombre: Debe anotar el nombre completo de soltera de la paciente, en mayúsculas sin acentos, sin abreviaturas.

8. Entidad de nacimiento: Anote el nombre de la entidad de nacimiento.

9. CURP: Anote la clave única de registro de población.

10. Fecha de Nacimiento: datos de la credencial de elector (números arábigos).

11. Edad: Años cumplidos.

12. Domicilio: Anote el lugar en el que la paciente ha vivido los últimos 6 meses.

13. Otro domicilio: Anote otro lugar donde se le pueda localizar.

16. Afiliación: Debe anotar la institución a la que está afiliada, las que sean de SSA se anotará como NINGUNA (Inciso 0) y Seguro Popular como CNPSS (Inciso 11).

16.1 Número de afiliación o póliza: Debe anotar el número asignado por el Seguro Popular.

III. ANTECEDENTES (17-19).- Características de los antecedentes.

17. De mastografía: Elija una opción.

18. Fecha de última mastografía: Anote la fecha (números arábigos) si es que hay resultado previo.

19. Resultado: Elija una opción.

IV. MASTOGRAFIA (20-25).- Marque en la columna de la derecha lo que corresponda.

20. Modalidad de la mastografía: Elija una opción.

21. Fecha de la toma de la mastografía: Anote día, mes y año en el rectángulo.

22. Mastografía técnicamente adecuada: Elija una opción (el síglo 2 anote el número del motivo del 1 al 6).

23. Fecha de interpretación de la mastografía: Anote día, mes y año en el rectángulo.

24. Hallazgos de la mastografía: Elija una ó más opciones (colocando el número 1 en el cuadro o cuadros a elegir).

25. Resultado: Elija el BIRADS (colocar el número en el 1er. Cuadro y adelante la cédula profesional).

V. CONDUCTA A SEGUIR (26-31).- Marque en la columna de la derecha lo que corresponda.

26. Repetir por estudio inadecuado: Elija una sola opción.

27. Próxima detección por mastografía en 2 años: Elija una sola opción.

28. Referencia a ginecología a tratamiento de patología benigna: Elija una sola opción.

29. Referencia a evaluación diagnóstica a unidad: Especificar institución de salud.

30. Fecha de la referencia: Anote día, mes y año en el rectángulo.

31. Cédula profesional del radiólogo: anote número de cédula.

[Firma manuscrita]



SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA CÁNCER DE LA MUJER
EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE PATOLOGÍA MAMARIA



I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

1.- Institución: _____ 4.- Municipio: _____
 2.- Entidad: _____ 4.1 Localidad: _____
 3.- Jurisdicción: _____ 5.- Unidad Médica: _____
 B.- Clase: _____

II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

CLAVE DE LA PACIENTE: _____

7.- Nombre: _____
 Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombre (s): _____

8.- Entidad de nacimiento: _____ 9.- CURP: _____

10.- Fecha de nacimiento: _____ 11.- Edad: _____

12.- Domicilio: _____
 Calle y Número: _____ Colonia: _____ Localidad/Municipio/Delegación: _____
 Código postal: _____ Entidad Federativa: _____ Jurisdicción: _____ Teléfono: _____

13.- Otro Domicilio: _____
 Calle y número: _____ Colonia: _____ Localidad/Municipio/Delegación: _____

14.- Otro Teléfono: _____ 15.- Correo electrónico: _____ 16.- Tiempo de residencia actual: _____
 1. Menos de un año 2. De 1 a 5 años 3. Más de 5 años

17.- Estado civil: 1. Soltera 2. Casada 3. Divorciada 4. Separada 5. Unión Libre

18.- Escolaridad: 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura 6. Posgrado

19.- Ocupación: _____

20.- Afiliación: 1. ONGCEFA 2. ISSSTE 3. SEDESOL 4. SEMAR 5. IMSS-PROSPERA 7. PIMEX 8. ESTADAL 9. MUNICIPAL 10. PRIVADA 11. OTRAS 12. OTRA _____

20.1 Número de afiliación o póliza: _____ 21.- ¿Es indígena? _____ 1.- Sí 2.- No 21.1 Grupo étnico: _____

21.2 ¿Habla lengua indígena? _____ 1.- Sí 2.- No 21.2.1 ¿Cuál lengua indígena habla? _____

III. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

22. Fecha de valoración clínica del 2o ó 3er Nivel de atención: _____
 Día: _____ Mes: _____ Año: _____

23. Motivo de la referencia: _____
 1) Dato clínico positivo 2) Mamografía anormal previa 3) Más de dos factores de riesgo 4) Sin referencia

24. Indicación de estudios adicionales:

1. Mamografía: Negativa Benigna Probablemente benigna Anormalidad sospechosa
 4a. Bajo sospecha de malignidad 4b. Riesgo intermedio de malignidad 4c. Riesgo moderado de malignidad 4d. Riesgo alto de malignidad

2. Ultrasonido: Normal Sólido Dúctil Otro _____

3. Otro: Depende de: _____ Fecha de toma: _____

4. Biopsia: 1.- Sí 2.- No _____
 Día: _____ Mes: _____ Año: _____

25. Cédula Profesional de quien realizó el estudio: _____

26. Resultado de la valoración del caso probable: 1) Probablemente maligno 2) Descartado 3) Probablemente benigno

IV. TOMA DE BIOPSIA

27. No. de biopsia: _____ 28. Fecha de toma de la biopsia: _____
 Día: _____ Mes: _____ Año: _____

29. Tipo de biopsia: 1) Aguja de corte 2) Excisional 3) Por vacio 4) Invasiva _____
 Día: _____ Mes: _____ Año: _____

30. Fecha de interpretación de la biopsia: _____
 Día: _____ Mes: _____ Año: _____

V. INFORMACIÓN SOBRE EL DIAGNÓSTICO

31. Diagnóstico histopatológico (NOM): 1) No interpretado debido a la de normal 2) Benigno 3) Hiperplasia atípica 4) Carcinoma Ductal In Situ (CIS) 5) Carcinoma Lobulillar In Situ 6) Carcinoma Ductal Invasor 7) Carcinoma Lobulillar Invasor 8) Otro tipo de carcinoma 9) Lesión neoplásica 10) Tumor metastásico 11) Tumor fibroepitelial 12) Tumor del Pezón 13) Linfoma Maligno 14) Tumores metastásicos 15) Otro maligno _____

32. Pruebas de inmunohistoquímica: 1) Estrógeno (-) 2) Estrógeno (+) 3) Progesterona (-) 4) Progesterona (+) 5) Her2neu (-) 6) Her2neu (+) 7) Estudios no realizados

33. Cuadrante en el que se confirmó el diagnóstico: _____

34. Ubicación del tumor (CIE-10): _____

35. Comportamiento: 1. In Situ 2. Maligno 3. Infiltrante 4. Tipo de células no determinadas (Código no aplicable)

36. Inmunofenotipo (CIE-9): _____

37. Órgano: _____ 38. Región: _____

39. Calificación histopatológica (NOM): 1) Puntaje favorable (1, 4 y 5) 2) Puntaje moderado (2 y 3) 3) Puntaje desfavorable (6 y 7)

34. Cédula profesional de quien realizó el estudio histopatológico: _____

35. Fecha de notificación a la paciente y de referencia al centro oncológico: _____
 Día: _____ Mes: _____ Año: _____

VI. PLAN DE INTERVENCIÓN

36. Consecución del estudio del caso: 1) Alta a su unidad de adscripción 2) Continúa en seguimiento 3) Defunción

37. Referencia y tratamiento Oncológico: 1) Sí 2) No 38. Cédula profesional del médico solicitante: _____

Autorización de la Paciente: _____

[Handwritten signature and notes]



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO
"ESTUDIO DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA"

INDICACIONES GENERALES.- Este formato debe llenarse de manera completa (original y copia) de acuerdo a las definiciones operacionales de detección, caso probable y caso confirmado de cáncer de mama. Complete únicamente los rubros faltantes; utilice una casilla para cada letra o número (con bolígrafo de tinta oscura, letra de molde en mayúsculas y sin acentos o símbolos y números arábigos). Los incisos del 1 al 37 serán llenados en detecciones y se enviará únicamente la primera hoja (copia) al nivel correspondiente para su captura.

I. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD (1-6).- Debe disponerse de los nombres de los niveles y áreas correspondientes a la unidad que realizó la detección (institución, entidad, jurisdicción, municipio, localidad, unidad médica y ciúes).

II. IDENTIFICACION DE LA PACIENTE (7-21).- Se refiere a los datos de la mujer a la que se realiza la detección de cáncer de mama. *Este inciso debe llenarse obligatoriamente en forma completa, clara y con letra de molde en los espacios correspondientes.*

7. Nombre: Debe anotar el nombre completo de soltera de la paciente, en mayúsculas sin acentos, sin abreviaturas.
8. Entidad de nacimiento: Anote el nombre de la entidad de nacimiento.
9. CURP: Anote la clave única de registro de población.
10. Fecha de Nacimiento: datos de la credencial de elector (números arábigos).
11. Edad: Años cumplidos.
12. Domicilio: Anote el lugar en el que la paciente ha vivido los últimos 6 meses.
13. Otro domicilio: Anote otro lugar donde se le pueda localizar.
16. Tiempo de residencia actual: Debe anotar el tiempo que lleve de residir en el domicilio actual, conforme al inciso que le corresponda.
17. Estado civil: Elija una opción.
18. Escolaridad: Elija una opción
19. Ocupación: Escriba con letra de molde a que se dedica.
20. Afiliación: Debe anotar la institución a la que esta adscrita, las que sean de SSA se anotara como NINGUNA (inciso 0) y Seguro Popular como CNPSS(inciso 11).
- 20.1 Número de afiliación o póliza: Debe anotar el número asignado por el Seguro Popular.
21. ¿ Es indígena?: Elija una opción.

III. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA (22-35).

22. Fecha de valoración clínica del 2º ó 3º Nivel de atención: Anote día, mes y año en el rectángulo.
23. Motivo de la referencia: Elija y registre la opción del motivo indicado.
24. Indicación de estudios adicionales: Elija y registre la opción del estudio indicado, anotando fechas y resultado.
25. Cédula profesional de quién realizó el estudio: Anote número de cédula.
26. Resultado de la valoración del caso probable: Elija y anote una opción de acuerdo a la valoración realizada.
27. No. de biopsia: Anote el número asignado por el laboratorio de histopatología.
28. Tipo de Biopsia: Elija una opción y regístrela.
29. Fecha de interpretación de la biopsia: Anote día, mes y año en el rectángulo.
30. Diagnóstico histopatológico (NOM): Elija la opción de acuerdo al resultado de estudio histopatológico.
31. Pruebas de inmunohistoquímica: Elija las opciones correspondientes.
32. Cuadrante en el que se confirma el diagnóstico: Anote el número del cuadrante de la mama en que se confirma el diagnóstico de acuerdo a la numeración del reactivo.
33. Calificación Histopronóstica (NOM): Elija una opción.
34. Cédula profesional de quien realizó el estudio histopatológico: Número de cédula.
35. Fecha de notificación del resultado a la paciente y referencia al centro oncológico: Anote en números arábigos, la fecha en que informó a la paciente el resultado del estudio histopatológico.

IV. PLAN DE INTERVENCIÓN (36-38).

36. Conclusión del estudio del caso: Elegir la opción que corresponda.
37. Referencia a Centro Oncológico: Elija una opción (corresponde a la respuesta 41).
38. Cédula profesional del médico solicitante: Número de cédula.

Página 35



SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA CÁNCER DE LA MUJER
SEGUIMIENTO DE CASO CONFIRMADO DE CÁNCER DE MAMA

CAMA

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

1.- Institución: _____ 4.- Municipio: _____
 2.- Entidad: _____ 4.1 Localidad: _____
 3.- Jurisdicción: _____ 6.- Unidad médica: _____
 8.- Clase: _____

II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

GLAVE DE LA PACIENTE: _____

7.- Nombre: _____
 Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombre (s): _____

8.- Entidad de nacimiento: _____ 8.1. Municipio de nacimiento: _____

10.- Fecha de nacimiento: _____ 11.- Edad: _____ 9.- CURP: _____

12.- Dirección: _____
 Calle y Número: _____ Colonia: _____ Localidad/Municipio/Delegación: _____
 Código postal: _____ Entidad Federativa: _____ Jurisdicción: _____ Teléfono: _____

13.- Otro domicilio: _____ Calle y número: _____ Colonia: _____ Localidad/Municipio/Delegación: _____

14.- Otro Teléfono: _____ 15.- Correo electrónico: _____ 16.- Tiempo de residencia actual: _____
 1. Menos de un año 2. De 1 a 5 años 3. Más de 5 años

17.- Estado civil: 1. Soltera 2. Casada 3. Divorciada 4. Separada 5. Unión Libre _____

18.- Escolaridad: 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura 6. Posgrado _____

19.- Ocupación: _____

20.- Afiliación: 0.NINGUNA 1. IMSS 2. IMSS F. S. S. 3. SEDESA 4. SEDESAR 5. INSURPROPERA 7. FONEC 8. ESTADAL MUNICIPAL 10. PRIVADA 11. ONPES 12. OTRA _____

20.1 Número de afiliación o póliza: _____ 21. ¿Es indígena? _____ 1.- Sí 2.- No 21.1 Grupo étnico: _____

21.2 ¿Habla lengua indígena? _____ 1.- Sí 2.- No 21.2.1 ¿Cuál lengua indígena habla? _____

III. REGISTRO DE LA VISTA

22.- Fecha de Atención: _____ 23.- Fecha de inicio del tratamiento en CO: _____
 Día Mes Año Día Mes Año

24.- Plan de manejo y tratamiento: _____ 1) Primario 2) Secundario

25.- Tipo de tratamiento: _____ 1. Quirúrgico 2. Quimioterápico 3. Radioterápico 4. Hormonoterápico 5. Otro, Especifique _____

25.1. Tipo de Cirugía: _____ 1) Radical 2) Conservadora 3) Reconstructiva 25.2. Tratamiento de quimioterápico: _____ 1) Adyuvante 2) Neoadyuvante

25.3. Tipo de medicamento: _____ 1) Primera Línea 2) Segunda Línea 3) Hormonoterapia

25.4. Medicamentos prescritos: _____
 Primera Línea: _____
 1) Oncofármaco 4) Ciclofosfamida 7) tamoxifeno
 2) Fluorouracilo 5) Metotrexato 8) Otro: _____
 3) Docetaxel 6) Megestrol

Segunda Línea: _____
 9) Paclitaxel 13) Docetaxel 17) Carboplatino
 10) Gemtuzumab 14) Trastuzumab 18) Metotrexato
 11) Anastrozolo 15) Capecitabina 19) Otro: _____
 12) Tamoxifeno 16) Cladribina

Hormonoterapia: _____
 20) Tamoxifeno 22) Relatxeno 23) Otro: _____
 21) Anastrozolo

26.- Estado actual de la paciente: _____
 1) En control sin actividad tumoral 4) Abandonó sus controles con actividad tumoral 7) Alta sin actividad tumoral
 2) En control con actividad tumoral 5) Falleció con actividad tumoral 8) Abandonó sus controles con actividad tumoral
 3) Abandonó sus controles sin actividad tumoral 6) Falleció sin actividad tumoral 9) Falleció en actividad tumoral
 10) Otro: _____

27.- Estadio TNM: _____
 Tumor: _____ Ganglios: _____ Metástasis: _____

Estadio clínico: _____ 1. Estadio 0 2. Estadio I 3. Estadio IA 4. Estadio IB 5. Estadio IIA 6. Estadio IIB 7. No clasificado

27.1 Tamaño del tumor primario: _____ cm

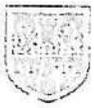
28.- Invasión (metástasis) a otros órganos: _____ 1.- Sí 2.- No 28.- Órganos afectados por metástasis (CIE-O1): _____

30.- La paciente presenta otro tumor (alérgico): _____ 1.- Sí 2.- No Especifique: _____

31.- Cédula Profesional del médico tratante: _____

32.- Observaciones: _____

Handwritten signature and initials



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO
"Registro de Seguimiento de Caso Oncológico"

INDICACIONES GENERALES.- Este formato debe llenarse de manera completa (original y copia) de acuerdo a las definiciones operacionales de detección, caso probable y caso confirmado de cáncer de mama. Complete únicamente los rubros faltantes; utilice una casilla para cada letra o número (con bolígrafo de tinta oscura, letra de molde en mayúsculas y sin acentos o símbolos y números arábigos). Los incisos del 1 al 32 serán llenados en detecciones y se enviará únicamente la primera hoja (copia) al nivel correspondiente para su captura.

I. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD (1-6).- Debe disponerse de los nombres de los niveles y áreas correspondientes a la unidad que realizó la detección (Institución, entidad, jurisdicción, municipio, localidad, unidad médica y clíes).

II. IDENTIFICACION DE LA PACIENTE (7-21).- Se refiere a los datos de la mujer a la que se realiza la detección de cáncer de mama. *Este inciso debe llenarse obligatoriamente en forma completa, clara y con letra de molde en los espacios correspondientes.*

7. Nombre: Debe anotar el nombre completo de soltera de la paciente, en mayúsculas sin acentos, sin abreviaturas.

8. Entidad de nacimiento: Anote el nombre de la entidad de nacimiento.

9. CURP: Anote la clave única de registro de población.

10. Fecha de Nacimiento: datos de la credencial de elector (números arábigos).

11. Edad: Años cumplidos.

12. Domicilio: Anote el lugar en el que la paciente ha vivido los últimos 6 meses.

13. Otro domicilio: Anote otro lugar donde se le pueda localizar.

16. Tiempo de residencia actual: Debe anotar el tiempo que lleve de residir en el domicilio actual, conforme al inciso que le corresponda.

17. Estado civil: Elija una opción.

18. Escolaridad: Elija una opción.

19. Ocupación: Escriba con letra de molde a que se dedica.

20. Afiliación: Debe anotar la institución a la que esta adscrita, las que sean de SSA se anotara como NINGUNA (inciso D) y Seguro Popular como CNPSS (inciso 11).

20.1 Número de afiliación o póliza: Debe anotar el número asignado por el Seguro Popular.

21. ¿ Es Indígena?: Elija una opción.

III. REGISTRO DE LA VISITA: (22-32)

22. Fecha de Atención: Anote día, mes y año en el rectángulo.

23. Fecha de inicio del tratamiento CO: Anote día, mes y año en el rectángulo.

24. Plan de manejo y tratamiento: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.

25. Tipo de Tratamiento: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.

25.1. Tipo de Cirugía: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.

25.2. Tratamiento de Quimioterapia: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.

25.3. Tipo de Medicamento: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.

25.4. Medicamentos Prescritos: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.

26. Estado actual de la paciente: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.

27. Sistema TNM: Elija la opción correspondiente.

28. Invasión (metástasis) a otros órganos: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.

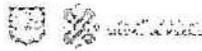
29. Órganos afectados por metástasis (CIE-9): Describa el órgano.

30. La paciente presenta otro tumor (sincrónico): Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.

31. Cédula profesional del médico tratante. Número de cédula.

32. Observaciones.

H



SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA CÁNCER DE LA MUJER
SEGUIMIENTO SEMESTRAL DE CÁNCER DE MAMA



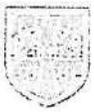
I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD			
1.- Institución	<input type="text"/>	4.- Municipio	<input type="text"/>
2.- Entidad	<input type="text"/>	4.1 Localidad	<input type="text"/>
3.- Jurisdicción	<input type="text"/>	5.- Unidad Médica	<input type="text"/>
5.1.- Clave	<input type="text"/>		

II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE			
CLAVE DE LA PACIENTE <input type="text"/>			
7.- Nombre	<input type="text"/>		
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
8.- Entidad de nacimiento	<input type="text"/>	8.1. Municipio de nacimiento	<input type="text"/>
10.- Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	11.- Edad	<input type="text"/>
	DDMMAAAA	9.- CURP	<input type="text"/>
12.- Domicilio	<input type="text"/>		
	Calle y Número	Colonia	Localidad/Municipio/Delegación
	Código postal	Entidad Federativa	Jurisdicción
13.- Otro Domicilio	<input type="text"/>		
	Calle y número	Colonia	Localidad/Municipio/Delegación
14. Otro Teléfono	<input type="text"/>		
	15. Correo electrónico		<input type="text"/>
17. Estado civil	1. Soltero 2. Casada 3. Divorciada 4. Separada 5. Unión Libre		16. Tiempo de residencia actual <input type="text"/> 1. Menos de un año 2. De 1 a 5 años 3. Más de 5 años
18. Escolaridad	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura 6. Posgrado		
19. Ocupación	<input type="text"/>		
20. Afiliación: OMS/OPS 1. IMSS 2. ISSSTE 3. SEDESOL 4. SEMAR 5. IMSS-PROSPERA 7. PMSM 8. ESTABLES MUNICIPALES 10. PRIVADA 11. OMS 12. OTRA	<input type="text"/>		
20.1 Número de afiliación o póliza	<input type="text"/>		
21. ¿Es indígena?	<input type="checkbox"/> 1.- Sí 2.- No 21.1 Grupo étnico		
21.2 ¿Habla lengua indígena?	<input type="checkbox"/> 1.- Sí 2.- No 21.2.1 ¿Cuál lengua indígena habla?		

III. REGISTRO DEL SEGUIMIENTO											
22. Fecha de seguimiento	<input type="text"/>										
	Día	Mes	Año								
23. Morfología del 1er. Tumor registrado (CIE-O)	<input type="text"/>										
24. Estado actual de la paciente	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1.- Remisión</td> <td><input type="checkbox"/> 5.- Según de respuesta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2.- Rehabilita</td> <td><input type="checkbox"/> 6.- Defunción</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3.- Recaida</td> <td><input type="checkbox"/> 7.- Abandona</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4.- Referencia</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 1.- Remisión	<input type="checkbox"/> 5.- Según de respuesta	<input type="checkbox"/> 2.- Rehabilita	<input type="checkbox"/> 6.- Defunción	<input type="checkbox"/> 3.- Recaida	<input type="checkbox"/> 7.- Abandona	<input type="checkbox"/> 4.- Referencia	
<input type="checkbox"/> 1.- Remisión	<input type="checkbox"/> 5.- Según de respuesta										
<input type="checkbox"/> 2.- Rehabilita	<input type="checkbox"/> 6.- Defunción										
<input type="checkbox"/> 3.- Recaida	<input type="checkbox"/> 7.- Abandona										
<input type="checkbox"/> 4.- Referencia											
25. Fecha estado actual	<input type="text"/>										
	Día	Mes	Año								
26. Paciente en remisión	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1.- Tratamiento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2.- Vigilancia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3.- Control</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 1.- Tratamiento	<input type="checkbox"/> 2.- Vigilancia	<input type="checkbox"/> 3.- Control					
<input type="checkbox"/> 1.- Tratamiento											
<input type="checkbox"/> 2.- Vigilancia											
<input type="checkbox"/> 3.- Control											
27. Tipo de tratamiento	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1.- Quimioterapia (QT)</td> <td><input type="checkbox"/> 5.- QT-QX</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2.- Radioterapia (RT)</td> <td><input type="checkbox"/> 6.- QT-RT-QX</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3.- Cirugía (CX)</td> <td><input type="checkbox"/> 7.- RT-QX</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4.- QT-RT</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 1.- Quimioterapia (QT)	<input type="checkbox"/> 5.- QT-QX	<input type="checkbox"/> 2.- Radioterapia (RT)	<input type="checkbox"/> 6.- QT-RT-QX	<input type="checkbox"/> 3.- Cirugía (CX)	<input type="checkbox"/> 7.- RT-QX	<input type="checkbox"/> 4.- QT-RT	
<input type="checkbox"/> 1.- Quimioterapia (QT)	<input type="checkbox"/> 5.- QT-QX										
<input type="checkbox"/> 2.- Radioterapia (RT)	<input type="checkbox"/> 6.- QT-RT-QX										
<input type="checkbox"/> 3.- Cirugía (CX)	<input type="checkbox"/> 7.- RT-QX										
<input type="checkbox"/> 4.- QT-RT											
28. Fecha último tratamiento	<input type="text"/>										
	Día	Mes	Año								
29. Actividad tumoral	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1.- Viva con actividad tumoral</td> <td><input type="checkbox"/> 4.- Muerte sin actividad tumoral</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2.- Viva sin actividad tumoral</td> <td><input type="checkbox"/> 5.- Se ignora</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3.- Muerte con actividad tumoral</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 1.- Viva con actividad tumoral	<input type="checkbox"/> 4.- Muerte sin actividad tumoral	<input type="checkbox"/> 2.- Viva sin actividad tumoral	<input type="checkbox"/> 5.- Se ignora	<input type="checkbox"/> 3.- Muerte con actividad tumoral			
<input type="checkbox"/> 1.- Viva con actividad tumoral	<input type="checkbox"/> 4.- Muerte sin actividad tumoral										
<input type="checkbox"/> 2.- Viva sin actividad tumoral	<input type="checkbox"/> 5.- Se ignora										
<input type="checkbox"/> 3.- Muerte con actividad tumoral											
30. R.F.C. del médico que llena el formato	<input type="text"/>										
31. R.F.C. del médico que trata a la paciente	<input type="text"/>										

Handwritten signature or initials.

Handwritten signature or initials.



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO
"ESTUDIO DE SEGUIMIENTO GENERAL"

INDICACIONES GENERALES.- Este formato debe llenarse de manera completa (original y copia) de acuerdo a las definiciones operacionales de detección, caso probable y caso confirmado de cáncer de Mama. Complete únicamente los rubros faltantes; utilice una casilla para cada letra o número (con boñigato de tinta oscura, letra de molde en mayúsculas y sin acentos o símbolos y números arábigos). Los Incisos del 1 al 33 serán llenados en detecciones y se enviará únicamente la primera hoja (copia) al nivel correspondiente para su captura.

I. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD (1-5).- Debe disponerse de los nombres de los niveles y áreas correspondientes a la unidad que realizó la detección (Institución, entidad, jurisdicción, municipio, localidad, unidad médica y clíes).

II. IDENTIFICACION DE LA PACIENTE (7-21).- Se refiere a los datos de la mujer a la que se realiza la detección de cáncer de mama. *Este inciso debe llenarse obligatoriamente en forma completa, clara y con letra de molde en los aspectos correspondientes.*

7. Nombre: Debe anotar el nombre completo de soltera de la paciente, en mayúsculas sin acentos, sin abreviaturas.

8. Entidad de nacimiento: Anote el nombre de la entidad de nacimiento.

9. CURP: Anote la clave única de registro de población.

10. Fecha de Nacimiento: datos de la credencial de elector (números arábigos).

11. Edad: Años cumplidos.

12. Domicilio: Anote el lugar en el que la paciente ha vivido los últimos 6 meses.

13. Otro domicilio: Anote otro lugar donde se le pueda localizar.

16. Tiempo de residencia actual: Debe anotar el tiempo que lleve de residir en el domicilio actual, conforme al inciso que le corresponda.

17. Estado civil: Elija una opción.

18. Escolaridad: Elija una opción.

19. Ocupación: Escriba con letra de molde a que se dedica.

20. Afiliación: Debe anotar la institución a la que esta adscrita, las que sean de SSA se anotara como NINGUNA (inciso 0) y Seguro Popular como CNPSS (inciso 1).

20.1 Número de afiliación o póliza: Debe anotar el número asignado por el Seguro Popular.

21. ¿ Es Indígena?: Elija una opción.

III. REGISTRO DEL SEGUIMIENTO: (22-31).

22. Fecha de seguimiento: Anote día, mes y año en el rectángulo.

23. Morfología del 1er tumor registrado (CIE-0): Anote en el rectángulo.

24. Estado actual de la paciente: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.

25. Fecha estado actual: Anote día, mes y año en el rectángulo.

26. Paciente en remisión: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.

27. Tipo de tratamiento: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.

28. Fecha último tratamiento: Anote día, mes y año en el rectángulo.

29. Actividad tumoral: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.

30. R.F.C del médico que llena el formato: escriba en el rectángulo.

31. R.F.C del médico que trata a la paciente: escriba en el rectángulo.

[Firma manuscrita]



ANEXO 1.9FORMATOS DE ESTUDIOS

(SE ENTREGAN EN EXCEL)

INCISO A)
FORMATO DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS BIOPSIAS POSITIVAS DE UNIDADES MÉDICAS MÓVILES

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
PROGRAMA DE ATENCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA
UNIDADES MÓVILES
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS
BIOPSIAS POSITIVAS

NÚMERO	FOLIO	PREVENCIÓN	CÓDIGO	PAISAJE	ASPECTO	NOMBRE	EDAD	FECHA DE INGRESO	ENTRADA DE INGRESO	SEXO	PORTEADO A ÉTICA	CENTRO DE ESTUDIO	DONADOR	DELEGACIÓN	TELÉFONO	CORREO	BANCO	TUTOR	CHIP	FECHA DE ENTREGA	DIAGNÓSTICO O SULTADO	FECHA DE ESTUDIOS	DIAGNÓSTICO	FECHA DE LA BIOPSIA	DONANTE DE LA BIOPSIA	MUOVO REGIONAL	FECHA DE ENTREGA ATENCIÓN	TIPO DE RESPUESTA	DELEGACIÓN	REC

INCISO B)
FORMATO DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS BIOPSIAS NEGATIVAS DE UNIDADES MÉDICAS MÓVILES

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
PROGRAMA DE ATENCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA
UNIDADES MÓVILES

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS
BIOPSIAS NEGATIVAS

NÚMERO	FOLIO	PREVENCIÓN	CÓDIGO	PAISAJE	ASPECTO	NOMBRE	EDAD	FECHA DE INGRESO	ENTRADA DE INGRESO	SEXO	PORTEADO A ÉTICA	CENTRO DE ESTUDIO	DONADOR	DELEGACIÓN	TELÉFONO	CORREO	BANCO	TUTOR	CHIP	FECHA DE ENTREGA	DIAGNÓSTICO O SULTADO	FECHA DE ESTUDIOS	DIAGNÓSTICO	FECHA DE LA BIOPSIA	DONANTE DE LA BIOPSIA	MUOVO REGIONAL	FECHA DE ENTREGA ATENCIÓN	TIPO DE RESPUESTA	DELEGACIÓN	REC

Handwritten signature or initials

Handwritten mark



2024
Felipe Carrillo
PUERTO

INCISO C)
FORMATO DE REPORTE DE MASTOGRAFÍAS CON RESULTADOS BIRADS DE UNIDADES MÉDICAS MÓVILES

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
PROGRAMA DE ATENCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA
UNIDADES MÓVILES
REPORTE DE MASTOGRAFÍAS CON RESULTADO BIRADS

NO. PROG.	FOLIO	JURISDICCIÓN	SEDE	PATERNO	MATERNO	NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	ENTIDAD DE NACIMIENTO	SEXO	PERTENENCIA ÉTNICA	GRADO MÁXIMO DE ESTUDIO	DOMICILIO	DELEGACIÓN	TELÉFONO	OCCUPACIÓN	DATOS DE LOS PADRES	CURP	FECHA DE ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA	DIAGNÓSTICO DE MASTOGRAFÍA	MÉDICO RESPONSABLE	OBSERVACIONES COMPLEMENTARIAS	TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL D.F.
1																							
2																							
3																							

INCISO D)
FORMATO DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS ULTRASONIDOS DE UNIDADES MÉDICAS MÓVILES

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
PROGRAMA DE ATENCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA
UNIDADES MÓVILES
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS
ULTRASONIDOS

NO. PROG.	FOLIO	JURISDICCIÓN	SEDE	PATERNO	MATERNO	NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	ENTIDAD DE NACIMIENTO	SEXO	PERTENENCIA ÉTNICA	GRADO DE ESTUDIO	DOMICILIO	DELEGACIÓN	TELÉFONO	OCCUPACIÓN	PADRE O TUTOR	CURP	FECHA DE MASTOGRAFÍA	DIAGNÓSTICO DE MASTOGRAFÍA	FECHA DE ESTUDIO USG	DIAGNÓSTICO USG	MÉDICO RESPONSABLE	FECHA DE ENTRADA ALTA/BAJA	TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL D.F.	OBSERVACIONES
1																										
2																										
3																										

[Handwritten signature]

Página 41



ANEXO 1.10

SEGUIMIENTO A REPORTE DE INSUMOS PARA LA SALUD

DATOS DEL PROVEEDOR		
PROVEEDOR:	(1)	
FOLIO DE REPORTE:	(2)	
FECHA:	(3)	
TIEMPO ESTIMADO DE RESPUESTA	(4)	
DATOS DEL FABRICANTE		
MARCA:	(5)	
DESCRIPCIÓN:	(6)	
MODELO, PRESENTACIÓN Y/O CÓDIGO:	(7)	
LOTE O NÚMERO DE SERIE:	(8)	
RESPUESTA MEDIANTE: (9)		
DICTAMEN TÉCNICO: ()	ALERTA SANITARIA: ()	OTRO:
RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN: (10)		
USO INDEBIDO: ()	IPS DAÑADO: ()	IPS NO CUMPLE CON ESPECIFICACIONES DE CALIDAD ()
ACCIONES APLICADAS (11)		
PREVENTIVA:		CORRECTIVA:
() CAPACITACIÓN	() ASESORÍA CONSTANTE	() CAMBIO FÍSICO
		() CAMBIO DE MARCA
COMENTARIOS:		
DESTINO FINAL DEL INSUMO PARA LA SALUD (12)		
RETIRO ()	CANJE ()	
OBSERVACIONES:		
FECHA DE INICIO DE REPORTE: (13)	FECHA DE CONCLUSIÓN: (14)	DÍAS TOTALES: (15)

(16)

NOMBRE Y FIRMA DEL PROVEEDOR

(17)

NOMBRE Y FIRMA REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS



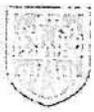
INSTRUCTIVO PARA EL CORRECTO LLENADO DEL FORMATO "SEGUIMIENTO A REPORTE DE INSUMOS PARA LA SALUD", EL CUAL FUE ELABORADO CON EL FIN DE DAR CONTINUIDAD A LOS INSUMOS REPORTADOS POR MALA CALIDAD, PERMITIENDO LA CONTINUIDAD SEGUIMIENTO DEL REPORTE HASTA LA RESOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA Y POR CONSIGUIENTE LA CONCLUSIÓN DEL REPORTE INICIAL.

"SEGUIMIENTO A REPORTE DE INSUMOS PARA LA SALUD"

1. NOMBRE COMPLETO DE LA EMPRESA PROVEEDORA DEL INSUMO PARA LA SALUD.
2. NÚMERO DE FOLIO ASIGNADO AL REPORTE
3. FECHA DE RECEPCIÓN DEL REPORTE
4. TIEMPO ESTIMADO DE RESPUESTA INDICADO POR EL PROVEEDOR
5. MARCA DEL INSUMO PARA LA SALUD
6. DESCRIPCIÓN TAL CUAL SE INDICA EN SAICA
7. MODELO, PRESENTACIÓN Y CÓDIGO DEL INSUMO PARA LA SALUD
8. LOTE O NÚMERO DE SERIE DEL IPS
9. INDICAR EL TIPO DE RESPUESTA EMITIDA POR EL PROVEEDOR Y/O FABRICANTE
10. INDICAR EL RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN LLEVADA A CABO POR EL FABRICANTE DEL IPS.
11. INDICAR QUE ACCIONES SE APLICARÁN A LA PROBLEMÁTICA PRESENTADA POR EL IPS.
12. DESTINO FINAL DEL IPS INDICADO POR EL FABRICANTE Y/O PROVEEDOR.
13. FECHA EN QUE SE INICIÓ EL REPORTE
14. FECHA DE CONCLUSIÓN DEL REPORTE
15. ANOTAR EL NÚMERO DE DÍAS TOTALES PARA CONCLUIR EL REPORTE
16. NOMBRE Y FIRMA DEL PROVEEDOR
17. NOMBRE Y FORMA DEL REPRESENTANTE DE LA DMTI

123

Página 43



ANEXO 19

FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA

USAR EL FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA EN EXCEL EDITABLE, PROPORCIONADA POR LA CONVOCANTE RESPETANDO EL FORMATO.

PARA LA ELABORACIÓN DE SU PROPUESTA DE LA FICHA TÉCNICA, DEBERÁ USAR EL MISMO ARCHIVO ENTREGADO A SU REPRESENTADA.

DEBERÁ ATENDER LO SOLICITADO EN EL ANEXO 1, "ANEXO TÉCNICO".

14

#

página 44

ANEXO 19 PROPUESTA TÉCNICA DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES

I. DATOS DEL OFERENTE
EMPRESA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

II. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LOS BIENES SOLICITADAS Y OFERTADAS

No.	CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS			CARACTERÍSTICAS OFERTADAS					EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)	
	DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO/MÉDICO E INSUMOS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	UNIDAD DE MEDIDA OFERTADA	CANT. OFERTADA	MARCA	NUM. DE CATALOGO, NUM. DE PARTE O NUM. DE REFERENCIA		PAIS DE ORIGEN
1	MASTÓGRAFO DIGITAL	EQUIPO	12							
2	UNIDADES MÓVILES	PIEZA	12							
3	COMPUTADORA PORTÁTIL	EQUIPO	14							
4	EQUIPO DE COMUNICACIÓN MÓVIL	EQUIPO	12							
5	GUANTES PARA EXPLORACIÓN AMBIDIESTRO, NO ESTÉRILES, DE LATEX, DESECHABLES TAMAÑO CHICO	PIEZA	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO							
6	GUANTES PARA EXPLORACIÓN AMBIDIESTRO, NO ESTÉRILES, DE LATEX, DESECHABLES TAMAÑO MEDIANO	PIEZA	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO							
7	GUANTES PARA EXPLORACIÓN AMBIDIESTRO, NO ESTÉRILES, DE LATEX, DESECHABLES TAMAÑO GRANDE	PIEZA	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO							
8	BATA'S DESECHABLES PARA PACIENTE.	PIEZA	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO							
9	TOTAL LAS HÚMEDAS, HIDRATANTES, ADICIONADAS CON HIGIENIZANTES Y ENJABONANTES DE USO EN PAIS DE ORIGEN, LABORATORIO DE FIBRAS NATURALES, LIBRE DE ALCOHOL Y PARABENOS	PIEZA	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO							
10	DEL ANTISÉPTICO PARA MANOS QUE NO REQUIERE ENJUAGUE FORMULADO A BASE DE ALCOHOL ETILICO DE 40, 60% V/V ADICIONADO CON HIGIENIZANTES Y ENJABONANTES, HIPOALERGENICO	PIEZA/500 ML	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO							
No.	PROCEDIMIENTOS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	PROCEDIMIENTO OFERTADO	UNIDAD DE MEDIDA OFERTADA	CANTIDAD OFERTADA				EVALUACIÓN
11	RELACION DE PROCEDIMIENTOS	SERVICIO	53,445							

III. DOCUMENTACIÓN

1. CERTIFICADO DE ORIGEN EN EL QUE SE SEÑALE LA FECHA DE FABRICACIÓN.	HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
2. GARANTÍA DE LOS BIENES	HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
3. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.	HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
4. NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES	HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
5. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.	HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
6. OBLIGACIONES DEL SERVICIO INTEGRAL	HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE


 ANEXO 19 PROPUESTA TÉCNICA

1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.	HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. AVISO DE FUNCIONAMIENTO		
2. COPIA LEGIBLE DEL RESPONSABLE SANITARIO		
3. COPIA DE LAS ÚLTIMAS PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD CON FRECUENCIA DE 6 MESES COMO LO INDICA LA NORMA 227 55A1-2002. NOMEXAL 133		
4. COPIA DE LA PENÚLTIMA PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD CON FRECUENCIA DE 6 MESES COMO LO INDICA LA NORMA 227 55A1-2002. NOMEXAL 134		
12. EXPERIENCIA DE LA EMPRESA	HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. CURRÍCULUM EMPRESARIAL		
2. CONTRATO NUMERO 1 OBJETO DE ESTA LICITACION.		
3. CARTA DE RECOMENDACIÓN DEL CONTRATO NUMERO 1		
4. CONTRATO NUMERO 2 OBJETO DE ESTA LICITACION.		
5. CARTA DE RECOMENDACIÓN DEL CONTRATO NUMERO 2		
13. EXPERIENCIA DE LOS INGENIEROS DE SERVICIO	HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.		
2. CURRÍCULUM DE LOS INGENIEROS DE SERVICIO		
3. CÉDULA PROFESIONAL Y/O TÍTULO PROFESIONAL, POR INGENIERO O TÉCNICO		
4. CERTIFICADOS O DIPLOMAS POR INGENIERO O TÉCNICO		
5. ORDENES DE SERVICIO POR INGENIERO O TÉCNICO		
14. EXPERIENCIA DEL PERSONAL MÉDICO OPERATIVO	HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.		
MÉDICOS ESPECIALISTAS		
2. CURRÍCULUM DE LOS INGENIEROS DE SERVICIO		
3. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL Y/O TÍTULO PROFESIONAL, DE MÉDICO CIRUJANO		
4. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL Y/O TÍTULO PROFESIONAL, DE LA ESPECIALIDAD DE RADIOLOGÍA		
5. CERTIFICADO O RECIFICACIÓN VIGENTE DE LA ESPECIALIDAD EMITIDA POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN		
6. COMPROBANTE DE CURSO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA PDE		
CAPTURISTAS MUJERES		
7. CURRÍCULUM DE LOS INGENIEROS DE SERVICIO		
8. CERTIFICADO DE PREPARATORIO O TÉCNICA		
9. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL Y/O TÍTULO PROFESIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE RADIOLOGÍA		
PROMOTORAS DE SALUD		
10. CURRÍCULUM VITAE		
11. BACHILLERATO CONCLUIDO		
12. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL Y/O TÍTULO PROFESIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE RADIOLOGÍA		
TÉCNICAS RADIOLOGAS (MUJERES)		
13. CURRÍCULUM VITAE, EXPERIENCIA MÍNIMA 1 AÑO		
14. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL Y/O TÍTULO PROFESIONAL DE TÉCNICO RADIOLOGO		
15. CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN TOPWA E MASTOGRAMA		
16. COMPROBANTE DE CURSO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA PDE OPERADOR DE LA UNIDAD MÓVIL		
17. CURRÍCULUM VITAE		
18. LICENCIA DE CONDUCTOR VEHICULO		
19. SOPORTE TÉCNICO	HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE

1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.		
2. LISTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL FABRICANTE DEL: 2.1. MMS TORREFO DIGITAL		
15. CUMPLIMIENTO DE LA NORMA NOM-579-SSEA-2002	HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA SU REPRESENTANTE LEGAL DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.		
17. CONSTANCIA DE LA EVALUACIÓN DE MUESTRAS	HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR EN ORIGINAL EL ANEXO 1.6 ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS, DEBIDAMENTE REQUISITADO CON FIRMA Y SELLO DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSURDOS		
18. TECNOLOGÍA	HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR COPIA SIMPLE DE LA ALTA DE LA UNIDAD VO RESPONSABLE DE TECNOLOGÍA.		
19. NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES ADVERSOS	HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR EL PROCEDIMIENTO DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.		
20. POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL	HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.		
21. AVISO DE FUNCIONAMIENTO	HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR COPIA SIMPLE DEL AVISO DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.		
22. QUEJIDOS DE LA CALIDAD DE INSURDOS	HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA SU REPRESENTANTE LEGAL DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.		

NOMBRE DEL OFERENTE, APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA
N/C DEL OFERENTE

2023/05/04 09:23:32



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS.



2024
Felipe Carrillo
PUERTO
PRESIDENTE DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL FONDO
DE SALUD

ANEXO 2

(COSTOS)



Ciudad de México a 8 de diciembre de 2023

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
OFICIO: SSCDMX/DGAF/DRMAS/SRM/JUDCCM/REQ.011/2812/2023

COTIZACION

Mtra. Emma Luz López Juárez
Directora General de Administración y Finanzas
en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México
PRESENTE

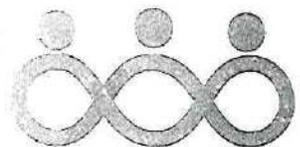
0314
SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO
SECRETARIA GENERAL DE ADMINISTRACION Y FINANZAS
DIRECCION DE RECURSOS MATERIALES
ADMINISTRATIVOS Y SERVICIOS
JUNTO DE COMPRAS Y CONTROL DE MATERIALES
08 DIC. 2023
0320

**A/ñ Jefatura de la Unidad Departamental de
Compras y Control de Materiales**

María del Rocío Santamarina Aguirre, en mi calidad de representante legal de la empresa denominada **Zdenko S.A. de C.V.**, en respuesta al oficio **SSCDMX/DGAF/DRMAS/SRM/JUDCCM/REQ.011/2812/2023** con asunto: Solicitud de cotización de servicio integral de mastografía en unidades móviles. Presento mi cotización de acuerdo a lo establecido en el anexo técnico.

No. PARTIDA	CLAVE SAICA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD MÁXIMA	PRECIO UNITARIO
1	3993-0009	Servicio Integral de mastografía en unidades móviles Marca: Hologic Lorad, Selenia Origen: EE. UU.	Servicio	1	\$1,134.48
SUBTOTAL					\$1,134.48
I.V.A.					\$ 181.51
TOTAL					\$1,315.99

Importe Máximo: Mil trescientos quince pesos 99/100 moneda nacional.



0315

Así mismo manifestamos que:

0321

- Tiempo de entrega del bien o prestación de los servicios. Inmediato
- Periodo de garantía de 12 meses.
- Vigencia de la cotización será al 31 de diciembre del 2024. ✓
- El Grado de Integración Nacional 100% ✓
- Lugar de entrega del servicio, se realizará en donde la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, lo indique (libre a bordo destino). ✓
- Manifiéstanos BAJO PROTESTA de decir verdad, que, la presente cotización se encuentra vinculada con todos los requerimientos y características del anexo técnico y sus alcances de la presente invitación, así como en caso de ser adjudicado podré cumplir con la totalidad de lo solicitado cualitativa y cuantitativamente.

Manifiéstanos BAJO PROTESTA de decir verdad, que mi representada no se encuentra en ninguno de los supuestos de impedimento que establece el artículo 39 de la "Ley de Adquisiciones para el Distrito Federal", así como tampoco en lo contemplado en los artículos 49, 59 y 67 de la "Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México". Asimismo, no se encuentra; en los supuestos de impedimento legales, inhabilitada o sancionada por la Contraloría General de la Ciudad de México, por la Secretaría de la Función Pública de la Administración Pública Federal, ni por las autoridades competentes de los Gobiernos de las Entidades Federativas o Municipios".

128 ✓



0316

0322

Así mismo aceptamos que :

- El pago se realizará dentro de los **20 días naturales** contados a partir de la fecha en que sea ingresada al sistema la solicitud de trámite de la cuenta por liquidar certificada, o bien dentro de las fechas límites de cierre que para efecto emita la Secretaría, una vez realizado la entrega recepción de los bienes y/o servicios a entera satisfacción de la Secretaría tras haber realizado los trámites correspondientes.
- En caso de considerarlo necesario, esta jefatura podrá solicitar una muestra del bien (es) propuesto (s) dentro de la cotización, para ser enviada al área requirente a efecto de realizar la evaluación y elaboración del Dictamen Técnico respectivo y con ello garantizar las mejores condiciones en cuestión de calidad de los bienes cotizados.

Protesto lo necesario

Nombre del licitante: Zdenko S.A. de C.V. representada por María del Rocío Santamarina Aguirre
 Firma
R.F.C del licitante: ZDE1712186W7

148

