



**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-LPN-E02-002-2024**

CONTRATO ABIERTO PARA EL **SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS**, DERIVADO DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL ELECTRÓNICA NÚMERO LA-68-017-909007975-N-2-2024, QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EN LO SUCESIVO "LA DEPENDENCIA", REPRESENTADA POR 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, ASISTIDA POR EL LIC. **SERGIO MENESES HERNÁNDEZ**, DIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS Y EL DR. **VÍCTOR FERNANDO GONZÁLEZ ROMERO**, DIRECTOR GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS Y POR LA OTRA, **HI-TEC MEDICAL, S.A. DE C.V.**, EN LO SUCESIVO "EL PROVEEDOR", REPRESENTADA POR EL C. **FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ TREJO**, EN SU CARÁCTER DE APODERADO ESPECIAL, A QUIENES DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", AL TENOR DE LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

**DECLARACIONES**

**I. "LA DEPENDENCIA" declara que:**

- I.1** La Ciudad de México es una Entidad Federativa integrante de la Federación, sede de los Poderes de la Unión y 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; artículo 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** 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; cuya competencia y atribuciones se señalan en los artículos 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 de la Administración Pública de la Ciudad de México.
- I.3** De conformidad con el nombramiento de fecha 16 de agosto de 2021 con el que acredita su personalidad, signado por la Dra. Claudia Sheinbaum Pardo en su carácter de Jefa de Gobierno de la Ciudad de México, manifestando que cuenta con las facultades amplias, suficientes y con la atribución 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 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 18 agosto de 2006. La **Mtra. Emma Luz López Juárez, Directora General de Administración y Finanzas en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México**, es el servidor público que cuenta con las facultades legales para celebrar el presente contrato, quién podrá ser





## CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-LPN-E02-002-2024

sustituido en cualquier momento en su cargo o funciones, sin que, por ello, sea necesario celebrar convenio modificatorio.

- I.4 De conformidad con el nombramiento de fecha 01 de septiembre de 2023, suscribe el presente instrumento el **Dr. Víctor Fernando González Romero, Director General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias**, con R.F.C. **GORV600831DY9**. Como **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO**, designado para dar seguimiento y verificar el cumplimiento de las obligaciones que deriven del objeto del presente contrato, quien podrá ser sustituido en cualquier momento, bastando para tales efectos un comunicado por escrito y firmado por el servidor público facultado para ello, informando a **"EL PROVEEDOR"**.
- I.5 La adjudicación del presente contrato se realizó mediante el procedimiento de Licitación Pública Nacional Electrónica Número LA-68-017-909007975-N-2-2024, al amparo de lo establecido en los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 26 fracción I, 26 BIS fracción II, 27, 28 fracción I, 45, 46 Y 47 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, **"LAASSP"** 71, 82 y 84 de su Reglamento.
- I.6 **"LA DEPENDENCIA"** cuenta con suficiencia presupuestaria otorgada mediante oficio número **SSCDMX/DGAF/DF/SP/037/2024** de fecha 23 de febrero de 2024, emitido por la Dirección de Finanzas en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.
- I.7 Cuenta con el Registro Federal de Contribuyentes **N° GDF971205-4NA**.
- I.8 Tiene establecido su domicilio en Avenida Insurgentes Norte, No. 423, Conjunto Urbano Nonoalco-Tlatelolco, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06900, Ciudad de México, mismo que señala para los fines y efectos legales del presente contrato.
- II. **"EL PROVEEDOR"**, por conducto de su apoderado especial declara que **HI-TEC MEDICAL, S.A. DE C.V.**:
- II.1 Es una persona moral legalmente constituida mediante Escritura Pública Número 38,075 de fecha 04 de marzo de 2002, otorgada ante la fe del Lic. Alfredo Miguel Morán Moguel, notario público número 47 del Distrito Federal, (hoy Ciudad de México), denominada **HI-TEC MEDICAL, S.A. DE C.V.**, cuyo objeto social es: C) la compra, venta, consignación, fabricación, diseño, maquila, permuta, arrendamiento, servicio y mantenimiento, importación, exportación, distribución y comercio en general de todo bien mueble susceptible de apropiación y comercialización; I) la contratación, representación y capacitación del personal necesario para la celebración del objeto social, así como de otras empresas con objetos sociales similares o conexos.
- II.2 El **C. Francisco Javier Sánchez Trejo**, en su carácter de apoderado especial, cuenta con facultades suficientes para suscribir el presente contrato y obligar a su representada, como lo acredita con la Escritura Pública Número 22,822, de fecha 12 de febrero de 2015, otorgada ante la fe del Licenciado Manuel Villagordoa Mesa, Titular de la notaría número 228 del entonces Distrito Federal, ahora Ciudad de México, mismo que bajo protesta de decir verdad manifiesta no le ha sido limitado ni revocado en forma alguna.
- II.3 Reúne las condiciones técnicas, jurídicas y económicas, y cuenta con la organización y elementos necesarios para su cumplimiento.





**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-LPN-E02-002-2024**

**II.4 Cuenta con su Registro Federal de Contribuyentes HME020304BP8.**

**II.5 Acredita el cumplimiento de sus obligaciones fiscales en términos de lo dispuesto en el artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación vigente, incluyendo las de Aportaciones Patronales y Entero de Descuentos, ante el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores y las de Seguridad Social ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme a las Opiniones de Cumplimiento de Obligaciones Fiscales emitidas por el SAT, INFONAVIT e IMSS, respectivamente.**

**II.6 Tiene establecido su domicilio en: Calle Puente de Piedra Número 65, Colonia Toriello Guerra, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14050, Ciudad de México, mismo que señala para los fines y efectos legales del presente contrato.**

**III. De "LAS PARTES":**

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

**CLÁUSULAS**

**PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO.**

**"EL PROVEEDOR" acepta y se obliga a prestar a "LA DEPENDENCIA" el Servicio Integral de Diálisis y Hemodiálisis, en los términos y condiciones establecidos en la convocatoria de la Licitación Pública Nacional Electrónica número LA-68-017-909007975-N-2-2024, este contrato y sus anexos: ANEXO 1 (ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS) Y ANEXO 2 (COSTOS), que forman parte integrante del mismo.**

**SEGUNDA. MONTO DEL CONTRATO.**

**"LA DEPENDENCIA" pagará a "EL PROVEEDOR" como contraprestación por los servicios objeto de este contrato, un monto mínimo de \$20,100,000.00 (VEINTE MILLONES CIENTO MIL PESOS 00/100 M.N.) y un monto máximo de \$50,250,000.00 (CINCUENTA MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS 00/100 M.N.), incluye el impuesto al valor agregado.**

Los precios unitarios del presente contrato, expresados en moneda nacional es son:

**ANEXO 2 (COSTOS)**

| NO. | CONCEPTO                                                      | UNIDAD DE MEDIDA | MARCA  | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO |
|-----|---------------------------------------------------------------|------------------|--------|----------|-----------------|
| 1   | DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)                        | SERVICIO         | BAXTER | 1        | \$18,793.90     |
|     | DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA CON ICODextrina (DPAI)       | SERVICIO         | BAXTER | 1        | \$19,360.84     |
|     | DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA INTERMITENTE (DPI)               | SERVICIO         | BAXTER | 1        | \$4,549.58      |
|     | DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA INTERMITENTE AUTOMATIZADA (DPIA) | SERVICIO         | BAXTER | 1        | \$5,544.81      |





**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-LPN-E02-002-2024**

| NO. | CONCEPTO                                                        | UNIDAD DE MEDIDA | MARCA  | CANTIDAD        | PRECIO UNITARIO     |
|-----|-----------------------------------------------------------------|------------------|--------|-----------------|---------------------|
| 2   | DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA)                 | SERVICIO         | BAXTER | 1               | \$12,759.66         |
|     | DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA CON ICODextrina (DPCA) | SERVICIO         | BAXTER | 1               | \$13,933.11         |
| 3   | HEMODIÁLISIS                                                    | SERVICIO         | BAXTER | 1               | \$1,780.75          |
| 4   | TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO                             | SERVICIO         | BAXTER | 1               | \$36,194.27         |
|     |                                                                 |                  |        | <b>SUBTOTAL</b> | <b>\$112,916.92</b> |
|     |                                                                 |                  |        | <b>I.V.A.</b>   | <b>\$18,066.71</b>  |
|     |                                                                 |                  |        | <b>TOTAL</b>    | <b>\$130,983.63</b> |

El precio unitario es considerado fijo y en moneda nacional (pesos de los Estados Unidos Mexicanos), hasta que concluya la relación contractual que se formaliza, incluyendo todos los conceptos y costos involucrados en **el servicio integral de diálisis y hemodiálisis**, por lo que **"EL PROVEEDOR"** no podrá agregar ningún costo extra y los precios serán inalterables durante la vigencia del presente contrato.

**TERCERA. ANTICIPO.**

Para el presente contrato **"LA DEPENDENCIA"** no otorgará anticipo a **"EL PROVEEDOR"**

**CUARTA. FORMA Y LUGAR DE PAGO.**

**"LA DEPENDENCIA"** efectuará el pago a través de transferencia electrónica en pesos de los Estados Unidos Mexicanos, a mes vencido, conforme a los servicios efectivamente realizados y a entera satisfacción del administrador del contrato y de acuerdo con lo establecido en el **ANEXO 2 (COSTOS)**, que forma parte integrante de este contrato.

El pago se deberá realizar en un plazo máximo de 20 (veinte) días naturales siguientes, contados a partir de la fecha en que sea entregado y aceptado el Comprobante Fiscal Digital por Internet (CFDI) o factura electrónica a **"LA DEPENDENCIA"**, con la aprobación (firma) del Administrador del presente contrato.

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

De conformidad con el artículo 90 del Reglamento de la **"LAASSP"**, en caso de que el CFDI o factura electrónica entregado presente errores, quien se designe, dentro de los 3 (tres) días hábiles siguientes de su recepción, indicará a **"EL PROVEEDOR"** las deficiencias que deberá corregir; por lo que, el procedimiento de pago reiniciará en el momento en que **"EL PROVEEDOR"** presente el CFDI y/o documentos soporte corregidos y sean aceptados.

El tiempo que **"EL PROVEEDOR"** utilice para la corrección del CFDI y/o documentación soporte entregada, no se computará para efectos de pago, de acuerdo con lo establecido en el artículo 51 de la **"LAASSP"**.

El CFDI o factura electrónica deberá ser presentada acompañada 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





## CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-LPN-E02-002-2024

la impresión de 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](mailto:ventanilla.sedesadrf@gmail.com)

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

**“EL PROVEEDOR”** manifiesta su conformidad que, hasta en tanto no se cumpla con la verificación, supervisión y aceptación de los servicios, no se tendrán como recibidos o aceptados por el Administrador del presente contrato.

Para efectos de trámite de pago, **“EL PROVEEDOR”** deberá ser titular de una cuenta bancaria, en la que se efectuará la transferencia electrónica de pago, respecto de la cual deberá proporcionar toda la información y documentación que le sea requerida por **“LA DEPENDENCIA”**, para efectos del pago.

**“EL PROVEEDOR”** deberá presentar la información y documentación que **“LA DEPENDENCIA”** le solicite para el trámite de pago, atendiendo a las disposiciones legales e internas de **“LA DEPENDENCIA”**.

El pago de los servicios realizados quedará condicionado al pago que **“EL PROVEEDOR”** deba efectuar por concepto de penas convencionales.

Para el caso de que se presenten pagos en exceso, se estará a lo dispuesto por el artículo 51, párrafo tercero, de la **“LAASSP”**.

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

La realización de los servicios será conforme a los plazos y condiciones establecidos por **“LA DEPENDENCIA”** en los anexos: **ANEXO 1 (ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS)** Y **ANEXO 2 (COSTOS)**, los cuales forman parte del presente contrato.

- La prestación de los servicios, se realizará en los domicilios de las unidades médicas y hospitalarias descritas en el anexo técnico a solicitud del **“ÁREA REQUERENTE Y ADMINISTRADORA DEL CONTRATO”** dentro del periodo comprendido del 17 de abril al 31 de diciembre del 2024 o hasta agotarse el monto máximo adjudicado.

La realización de los servicios, además de las garantías estipuladas en la ley y demás disposiciones, **“EL PROVEEDOR”** invariablemente deberá responder por dolo, negligencia e impericia o daños ocasionados.

### SEXTA. VIGENCIA.

**“LAS PARTES”** convienen en que la vigencia del presente contrato será del 17 de abril al 31 de diciembre de 2024.

### SÉPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO.

**“LAS PARTES”** están de acuerdo que **“LA DEPENDENCIA”** por razones fundadas y explícitas podrá ampliar el monto o en la cantidad de los servicios, de conformidad con el artículo 52 de la **“LAASSP”**,





## CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-LPN-E02-002-2024

siempre y cuando las modificaciones no rebasen en su conjunto el 20% (veinte por ciento) de los establecidos originalmente, el precio unitario sea igual al originalmente pactado y el contrato esté vigente. La modificación se formalizará mediante la celebración de un Convenio Modificatorio.

**“LA DEPENDENCIA”**, podrá ampliar la vigencia del presente instrumento, siempre y cuando, no implique incremento del monto contratado o de la cantidad de servicios, siendo necesario que se obtenga el previo consentimiento de **“EL PROVEEDOR”**.

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

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

Cualquier modificación al presente contrato deberá formalizarse por escrito, y deberá suscribirse por el servidor público de **“LA DEPENDENCIA”** que lo haya hecho, o quien lo sustituya o esté facultado para ello, para lo cual **“EL PROVEEDOR”** realizará el ajuste respectivo de la garantía de cumplimiento, en términos del artículo 91, último párrafo del Reglamento de la LAASSP, salvo que por disposición legal se encuentre exceptuado de presentar garantía de cumplimiento.

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

### OCTAVA. GARANTÍA DE LOS SERVICIOS.

El periodo de garantía del servicio será durante la vigencia del contrato.

### NOVENA. GARANTÍA(S)

#### A) CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

Conforme a los artículos 48, fracción II, 49, fracción II, de la **“LAASSP”**; 85, fracción III, y 103 de su Reglamento **“EL PROVEEDOR”** se obliga a constituir una garantía indivisible por el cumplimiento fiel y exacto de todas las obligaciones derivadas de este contrato; y en este caso se hará efectiva en proporción al incumplimiento de la obligación principal, mediante fianza expedida por compañía afianzadora mexicana autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, a favor de la **Secretaría de Administración y Finanzas de la Ciudad de México**, por un importe equivalente al **10%** del monto máximo total del contrato, sin incluir el IVA.

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

Si las disposiciones jurídicas aplicables lo permiten, la entrega de la garantía de cumplimiento se podrá realizar de manera electrónica.





## CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-LPN-E02-002-2024

En caso de que **"EL PROVEEDOR"** incumpla con la entrega de la garantía en el plazo establecido, **"LA DEPENDENCIA"** podrá rescindir el contrato y dará vista al Órgano Interno de Control para que proceda en el ámbito de sus facultades.

La garantía de cumplimiento no será considerada como una limitante de responsabilidad de **"EL PROVEEDOR"**, derivada de sus obligaciones y garantías estipuladas en el presente instrumento jurídico, y no impedirá que **"LA DEPENDENCIA"** reclame la indemnización por cualquier incumplimiento que pueda exceder el valor de la garantía de cumplimiento.

En caso de incremento al monto del presente instrumento jurídico o modificación al plazo, **"EL PROVEEDOR"** se obliga a entregar a **"LA DEPENDENCIA"**, dentro de los diez días naturales siguientes a la formalización del mismo, de conformidad con el último párrafo del artículo 91, del Reglamento de la **"LAASSP"**, los documentos modificatorios o endosos correspondientes, debiendo contener en el documento la estipulación de que se otorga de manera conjunta, solidaria e inseparable de la garantía otorgada inicialmente.

Una vez cumplidas las obligaciones a satisfacción, el servidor público facultado por **"LA DEPENDENCIA"** procederá inmediatamente a extender la constancia de cumplimiento de las obligaciones contractuales y dará inicio a los trámites para la cancelación de la garantía de cumplimiento de contrato, lo que comunicará a **"EL PROVEEDOR"**.

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

**"EL PROVEEDOR"** deberá responder por defectos o vicios ocultos de los servicios realizados, así como de cualquier otra responsabilidad en que hubiere incurrido, en los términos señalados en este Contrato, convenios modificatorios respectivos y en la legislación aplicable, de conformidad con los artículos 53, párrafo segundo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 96, párrafo segundo de su Reglamento.

**"EL PROVEEDOR"**, quedará liberado de su obligación, una vez concluida la vigencia del contrato, siempre y cuando **"LA DEPENDENCIA"** no haya identificado defectos o vicios ocultos en los servicios realizados, así como cualquier otra responsabilidad en los términos de este Contrato y convenios modificatorios respectivos.

### DÉCIMA. OBLIGACIONES DE **"EL PROVEEDOR"**.

**"EL PROVEEDOR"**, se obliga a:

- Realizar los servicios en las fechas o plazos y lugares establecidos conforme a lo pactado en el presente contrato y anexos respectivos.
- Cumplir con las especificaciones técnicas y de calidad y demás condiciones establecidas en el presente contrato y sus respectivos anexos.
- Realizar los trámites de importación y cubrir los impuestos y derechos que se generen, cuando se trate de servicios de procedencia extranjera.
- Asumir la responsabilidad de cualquier daño que llegue a ocasionar a **"LA DEPENDENCIA"** o a terceros con motivo de la ejecución y cumplimiento del presente contrato.
- Proporcionar la información que le sea requerida por la Secretaría de la Función Pública y el Órgano Interno de Control, de conformidad con el artículo 107 del Reglamento de la **"LAASSP"**.





**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-LPN-E02-002-2024**

- f) Reponer los servicios que le hayan sido devueltos para canje, por problemas de calidad, defectos o vicios ocultos, de acuerdo a lo estipulado en el presente contrato.
- g) Entregar la (s) garantía (s) de (cumplimiento del contrato y de responsabilidad civil) que le sean aplicables, dentro del término de 10 días naturales posteriores a la firma.
- h) Cumplir con lo establecido en la carta compromiso de integridad, presentada en el procedimiento que da origen al presente contrato.

**DÉCIMA PRIMERA. OBLIGACIONES DE “LA DEPENDENCIA O ENTIDAD”**

**“LA DEPENDENCIA”, se obliga a:**

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

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

**“LA DEPENDENCIA O ENTIDAD”** designa como Administrador del presente contrato al **Dr. Víctor Fernando González Romero**, con RFC **GORV600831DY9**, **Director General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias**, quien dará seguimiento y verificará el cumplimiento de los derechos y obligaciones establecidos en este instrumento.

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

**“LA DEPENDENCIA”**, a través del administrador del contrato, rechazará los servicios que no cumplan las especificaciones establecidas en este contrato y en sus Anexos, obligándose **“EL PROVEEDOR”** en este supuesto, a entregarlos nuevamente bajo su responsabilidad y sin costo adicional para **“LA DEPENDENCIA”**, sin perjuicio de la aplicación de las penas convencionales o deducciones al cobro correspondientes.

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





CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-LPN-E02-002-2024

DÉCIMA TERCERA. DEDUCCIONES.

En caso de deductiva, el cálculo de las deducciones correspondientes las realizará La Dirección General de Administración y Finanzas, a través de la Dirección de Recursos Materiales, Abastecimientos y Servicios, cuya notificación se realizará por escrito o vía correo electrónico, dentro de los 10 días naturales posteriores al incumplimiento parcial o deficiente.

DÉCIMA CUARTA. PENAS CONVENCIONALES.

En caso que "EL PROVEEDOR" incurra en atraso en el cumplimiento conforme a lo pactado para la realización de los servicios objeto del presente contrato, conforme a lo establecido en el **ANEXO 1 (ANEXO TÉCNICO)**, parte integral del presente contrato, "LA DEPENDENCIA" por conducto del administrador del contrato en coordinación con la Dirección de Recursos Materiales, Abastecimientos y Servicios aplicará las penas convencionales siguientes:

| CONCEPTO                                                                                                                             | UNIDAD DE MEDIDA                                                                                                                                                                            | RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO                                                      | PORCENTAJE A APLICAR                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| PUESTA EN OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS MÉDICOS SOLICITADOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.                                              | POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO DE LOS 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL FALLO, PARA LA PUESTA EN OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS. | JEFE DE SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA. | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE DEBEN PONER EN OPERACIÓN LOS EQUIPOS. |
| PRIMERA DOTACIÓN INSUMOS QUE CORRESPONDAN AL CONSUMO ESTIMADO DE 7 (SIETE) DÍAS HÁBILES POR UNIDAD MÉDICA.                           | POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO DE 3 DÍAS NATURALES ANTES DE LA PUESTA EN OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS MÉDICOS.                                               | JEFE DE SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA. | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE DEBEN ENTREGAR LOS BIENES.            |
| CAPACITACIÓN USUARIO INICIAL, EN EL CASO DE SER SOLICITADA.                                                                          | POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE LA FECHA PROGRAMADA.                                                                                                                             | JEFE DE SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA. | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE DEBE DAR LA CAPACITACIÓN.             |
| CUANDO NO SE LLEVE A CABO EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS DE ACUERDO CON EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO. | POR CADA DÍA NATURAL QUE EXCEDA EL NIVEL DE SERVICIO A PARTIR DE LA FECHA PROGRAMADA.                                                                                                       | JEFE DE SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA. | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE DEBE DAR EL MANTENIMIENTO.            |
| CUANDO NO SE LLEVE A CABO EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS, CON EL QUE SE PRESTA EL SERVICIO.                      | POR CADA DÍA DE QUE SE EXCEDA EL NIVEL DEL SERVICIO.                                                                                                                                        | JEFE DE SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA. | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE DEBE DAR EL MANTENIMIENTO.            |





**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-LPN-E02-002-2024**

| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                       | UNIDAD DE MEDIDA                                                                                                                                               | RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO                                                                                                                           | PORCENTAJE A APLICAR                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| CUANDO NO SE ENTREGUE EL EQUIPO MÉDICO POR SUSTITUCIÓN.<br>CUANDO NO SE EFECTÚE EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS EN EL TIEMPO ESTABLECIDO.                                                                   | POR CADA DÍA DE QUE SE EXCEDA EL NIVEL DEL SERVICIO.                                                                                                           | JEFE DE SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA.                                                                      | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE DEBE DAR EL MANTENIMIENTO.      |
| CUANDO NO SE ENTREGUEN LOS RESULTADOS DE LOS ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL AGUA.                                                                                                                                                  | POR DÍA DE RETRASO                                                                                                                                             | JEFE DE SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA.                                                                      | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE DEBEN ENTREGAR LOS INFORMES.    |
| CUANDO NO SE LLEVE A CABO LA ENTREGA DE LOS BIENES DE CONSUMO BÁSICOS Y/U OPCIONALES ESTÉRILES Y COMPLETOS.                                                                                                                    | 30 MINUTOS DE TOLERANCIA PARA LA ENTREGA DEL MATERIAL DE LA FECHA PROGRAMADA DEL PROCEDIMIENTO.                                                                | JEFE DE SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA.                                                                      | 10% SOBRE EL MONTO DEL PROCEDIMIENTO PROGRAMADO.                                 |
| CUANDO NO SE LLEVE A CABO LA SUSTITUCIÓN DEL BIEN DE CONSUMO BÁSICO U OPCIONAL CON DEFECTO O FALLA DURANTE UN PROCEDIMIENTO.                                                                                                   | POR CADA DIEZ MINUTOS QUE EXCEDA EL NIVEL DE SERVICIO DE LA FECHA PROGRAMADA DEL PROCEDIMIENTO.                                                                | JEFE DE SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA.                                                                      | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE DEBE ENTREGAR EL INFORME.       |
| CUANDO NO ESTÉN ACTUALIZADOS LOS INFORMES SEMANALES Y MENSUALES QUE LLEVE DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS, LOS BIENES DE CONSUMO OPCIONAL, LOS BIENES DE CONSUMO CONTRATADO EN LOS PROCEDIMIENTOS DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS. | POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO QUE EXCEDA EL NIVEL DE SERVICIO DE LA FECHA PROGRAMADA.                                                                         | JEFE DE SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA.<br>DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS. | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE DEBE ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN. |
| ENTREGA DE PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO ANUAL DE EQUIPOS MÉDICOS ESTABLECIDOS EN EL ANEXO 1.3                                                                                                                          | POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO DE TREINTA DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL FALLO O FECHA DE ADJUDICACIÓN. | JEFE DE SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA. O PERSONAL DE LA DMTI.                                               | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE DEBE ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN  |
| CUANDO NO SE ENTREGUE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS LOS FORMATOS DE ENTREGA, RECEPCIÓN, APERTURA E INSTALACIÓN DE EQUIPOS, REQUISITOS DE TODAS LAS UNIDADES MÉDICAS                                     | POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO DE LOS TREINTA DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DEL FALLO.                                   | DIRECTOR DE DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS Y SUBDIRECTOR DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS.                                    | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE DEBE ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN. |
| CUANDO NO SE ENTREGUE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS LAS ÓRDENES DE SERVICIO.                                                                                                                            | POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO DE LA FECHA PROGRAMADA                                                                                                          | DIRECTOR DE DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS Y SUBDIRECTOR DE LA                                                                                     | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE                                    |





**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-LPN-E02-002-2024**

| CONCEPTO                                                                                                                                                                                   | UNIDAD DE MEDIDA                                                                                  | RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO                                                 | PORCENTAJE A APLICAR                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                            | Y/O FECHA DE REPORTE DE LA FALLA.                                                                 | DIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS.                                                        | SE DEBE ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN.                                                                                             |
| CUANDO LA UNIDAD DE TECNOVIGILANCIA NO NOTIFIQUE UNA ALERTA SANITARIA DE CUALQUIER DISPOSITIVO MÉDICO QUE APOYE A ESTE SERVICIO INTEGRAL NOTIFICADO POR EL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. | POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO DE LA FECHA DE NOTIFICACIÓN POR EL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. | JEFE DE SERVICIO, SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA O PERSONAL DE LA DMTI. | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES O MESES QUE HAYAN AFECTADO LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES USUARIOS DE ESTE SERVICIO INTEGRAL. |

La Dirección General de Administración y Finanzas, a través de la Dirección de Recursos Materiales, Abastecimientos y Servicios, determinará el cálculo de la pena convencional, cuya notificación se realizará inmediatamente por escrito o vía correo electrónico, posteriores al atraso en el cumplimiento de la obligación de que se trate.

El pago de los servicios quedará condicionado, proporcionalmente, al pago que **"EL PROVEEDOR"** deba efectuar por concepto de penas convencionales por atraso; en el supuesto que el contrato sea rescindido en términos de lo previsto en la CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA DE RESCISIÓN, no procederá el cobro de dichas penas ni la contabilización de las mismas al hacer efectiva la garantía de cumplimiento del contrato.

El pago de la pena podrá efectuarse a través del esquema e5cinco Pago Electrónico de Derechos, Productos y Aprovechamientos (DPA's), a favor de la Secretaría de Administración y Finanzas de la Ciudad de México; o bien, a través de un comprobante de egreso (CFDI de Egreso) conocido comúnmente como Nota de Crédito, en el momento en el que emita el comprobante de Ingreso (Factura o CFDI de Ingreso) por concepto de los servicios, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

El importe de la pena convencional, no podrá exceder el equivalente al monto total de la garantía de cumplimiento del contrato, y en el caso de no haberse requerido esta garantía, no deberá exceder del 10% (diez por ciento) del monto total del contrato.

Quando **"EL PROVEEDOR"** quede exceptuado de la presentación de la garantía de cumplimiento, en los supuestos previsto en la **"LAASSP"**, el monto máximo de las penas convencionales por atraso que se puede aplicar, será del 10% (diez por ciento) del monto de los servicios fuera de la fecha convenida, de conformidad con lo establecido en el tercer párrafo del artículo 96 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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

**"EL PROVEEDOR"** se obliga a observar y mantener vigentes las licencias, autorizaciones, permisos o registros requeridos para el cumplimiento de sus obligaciones.





## CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-LPN-E02-002-2024

### DÉCIMA SEXTA. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

**"EL PROVEEDOR"** se obliga a contratar una póliza de seguro por su cuenta y a su costa, expedida por una Institución Nacional de Seguros, debidamente autorizada, en la cual se incluya la cobertura de responsabilidad civil, que ampare los daños y perjuicios y que ocasione a los bienes y personal de **"LA DEPENDENCIA"**, así como, los que cause a terceros e sus bienes o personas, con motivo de la prestación del servicio materia del presente contrato.

La póliza deberá contener las siguientes coberturas:

Cobertura del **100%** del monto máximo del contrato, sin considerar el impuesto al valor agregado, para cubrir los posibles daños, accidentes o deficiencias en el servicio, por una incorrecta prestación de los mismos, incluyendo procedimientos legales, en caso de que el personal a su cargo ocasione daños a las instalaciones, a personal de **"LA DEPENDENCIA"** o a terceros, que pudieren llegar a presentarse durante la vigencia del presente contrato, derivados de la prestación de los servicios, haciéndose totalmente responsable de solventar cualquier tipo de siniestro, es decir, todo evento, todo riesgo, por lo que deslinda a **"LA DEPENDENCIA"**, de dicha responsabilidad.

La póliza de responsabilidad civil deberá ser expedida con fecha de la firma del presente contrato y deberá entregarse a **"LA DEPENDENCIA"** dentro de un plazo de 10 (diez) días naturales contados a partir de la firma de este instrumento; la falta de entrega de póliza de responsabilidad civil dentro de plazo referido será causal de rescisión del mismo.

**"EL PROVEEDOR"** se obliga a garantizar que el personal empleado para la prestación de servicio, cuente con el equipo, medidas de seguridad e higiene vigentes y emitidas por las autoridades competentes.

### DÉCIMA SÉPTIMA. TRANSPORTE.

**"EL PROVEEDOR"** se obliga bajo su costa y riesgo, a transportar los bienes e insumos necesarios para la prestación del servicio, desde su desde su lugar de origen, hasta las instalaciones señaladas en el **ANEXO** del presente contrato.

### DÉCIMA OCTAVA. IMPUESTOS Y DERECHOS.

Los impuestos, derechos y gastos que procedan con motivo de la realización de los servicios, objeto del presente contrato, serán pagados por **"EL PROVEEDOR"**, mismos que no serán repercutidos a **"LA DEPENDENCIA"**.

**"LA DEPENDENCIA"** sólo cubrirá, cuando aplique, lo correspondiente al Impuesto al Valor Agregado (IVA), en los términos de la normatividad aplicable y de conformidad con las disposiciones fiscales vigentes.

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

**"EL PROVEEDOR"** no podrá ceder total o parcialmente los derechos y obligaciones derivados del presente contrato, a favor de cualquier otra persona física o moral, con excepción de los derechos de cobro, en cuyo caso se deberá contar con la conformidad previa y por escrito de **"LA DEPENDENCIA"**.





## CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-LPN-E02-002-2024

### VIGÉSIMA. DERECHOS DE AUTOR, PATENTES Y/O MARCAS.

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

De presentarse alguna reclamación en contra de **"LA DEPENDENCIA"**, por cualquiera de las causas antes mencionadas, **"EL PROVEEDOR"**, se obliga a salvaguardar los derechos e intereses de **"LA DEPENDENCIA"** de cualquier controversia, liberándola de toda responsabilidad de carácter civil, penal, mercantil, fiscal o de cualquier otra índole, sacándola en paz y a salvo.

En caso de que **"LA DEPENDENCIA"** tuviese que erogar recursos por cualquiera de estos conceptos, **"EL PROVEEDOR"** se obliga a reembolsar de manera inmediata los recursos erogados por aquella.

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

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

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

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

Asimismo **"EL PROVEEDOR"** deberá observar lo establecido en el Anexo aplicable a la Confidencialidad de la información del presente Contrato.

### VIGÉSIMA SEGUNDA. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

**"LA DEPENDENCIA"** cuando concurren razones de interés general, o bien, cuando por causas justificadas se extinga la necesidad de realizar los servicios originalmente contratados y se demuestre que de continuar con el cumplimiento de las obligaciones pactadas, se ocasionaría algún daño o perjuicio a **"LA DEPENDENCIA"**, o se determine la nulidad total o parcial de los actos que dieron origen al presente contrato, con motivo de la resolución de una inconformidad o intervención de oficio, emitida por la Secretaría de la Función Pública, podrá dar por terminado anticipadamente el presente contrato sin responsabilidad alguna para **"LA DEPENDENCIA"**, ello con independencia de lo establecido en la cláusula que antecede.

Cuando **"LA DEPENDENCIA"** determine dar por terminado anticipadamente el contrato, lo notificará al **"EL PROVEEDOR"** hasta con 30 (treinta) días naturales anteriores al hecho, debiendo sustentarlo en un dictamen fundado y motivado, en el que se precisarán las razones o causas que dieron origen a la misma y pagará a **"EL PROVEEDOR"** la parte proporcional de los servicios realizados, así como los





## CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-LPN-E02-002-2024

gastos no recuperables en que haya incurrido, previa solicitud por escrito, siempre que estos sean razonables, estén debidamente comprobados y se relacionen directamente con el presente contrato, limitándose según corresponda a los conceptos establecidos en la fracción I, del artículo 102 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

### VIGÉSIMA TERCERA. RESCISIÓN.

“LA DEPENDENCIA” podrá iniciar en cualquier momento el procedimiento de rescisión, cuando “EL PROVEEDOR” incurra en alguna de las siguientes causales:

- a) Contravenir los términos pactados para realizar de los servicios establecidos en el presente contrato.
- b) Transferir en todo o en parte las obligaciones que deriven del presente contrato a un tercero ajeno a la relación contractual.
- c) Ceder los derechos de cobro derivados del contrato, sin contar con la conformidad previa y por escrito de “LA DEPENDENCIA”.
- d) Suspender total o parcialmente y sin causa justificada el suministro objeto del presente contrato
- e) Omitir suministrar los servicios en tiempo y forma conforme a lo establecido en el presente contrato y sus respectivos anexos.
- f) No proporcionar a los Órganos de Fiscalización, la información que le sea requerida con motivo de las auditorías, visitas e inspecciones que realicen.
- g) Ser declarado en concurso mercantil, o por cualquier otra causa distinta o análoga que afecte su patrimonio.
- h) En caso de que compruebe la falsedad de alguna manifestación, información o documentación proporcionada para efecto del presente contrato;
- i) No entregar dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha de firma del presente contrato, la (s) garantía (s) (de cumplimiento del mismo y de responsabilidad civil), que le sean aplicables.
- j) En caso de que la suma de las penas convencionales o las deducciones al pago, igualan el monto total de la garantía de cumplimiento del contrato y/o alcanzan el 20% (veinte por ciento) del monto total de este contrato cuando no se haya requerido la garantía de cumplimiento.
- k) Divulgar, transferir o utilizar la información que conozca en el desarrollo del cumplimiento del objeto del presente contrato, sin contar con la autorización de “LA DEPENDENCIA” en los términos de lo dispuesto en la cláusula VIGÉSIMA PRIMERA DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES del presente instrumento jurídico;
- l) Impedir el desempeño normal de labores de “LA DEPENDENCIA”;
- m) Cambiar su nacionalidad por otra e invocar la protección de su gobierno contra reclamaciones y órdenes de “LA DEPENDENCIA”, cuando sea extranjero.
- n) Incumplir cualquier obligación distinta de las anteriores y derivadas del presente contrato.

Para el caso de optar por la rescisión del contrato, “LA DEPENDENCIA” comunicará por escrito a “EL PROVEEDOR” el incumplimiento en que haya incurrido, para que en un término de 5 (cinco) días hábiles contados a partir de la notificación, exponga lo que a su derecho convenga y aporte en su caso las pruebas que estime pertinentes.

Transcurrido dicho término “LA DEPENDENCIA”, en un plazo de 15 (quince) días hábiles siguientes, tomando en consideración los argumentos y pruebas que hubiere hecho valer “EL PROVEEDOR”,





## CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-LPN-E02-002-2024

determinará de manera fundada y motivada dar o no por rescindido el contrato, y comunicará a **"EL PROVEEDOR"** dicha determinación dentro del citado plazo.

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

Iniciado un procedimiento de conciliación **"LA DEPENDENCIA"** podrá suspender el trámite del procedimiento de rescisión.

Si previamente a la determinación de dar por rescindido el contrato se realizarán los servicios, el procedimiento iniciado quedará sin efecto, previa aceptación y verificación de **"LA DEPENDENCIA"** de que continúa vigente la necesidad de los servicios aplicando, en su caso, las penas convencionales correspondientes.

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

De no rescindir el contrato, **"LA DEPENDENCIA"** establecerá con **"EL PROVEEDOR"** otro plazo que le permita subsanar el incumplimiento que hubiere motivado el inicio del procedimiento, aplicando las sanciones correspondientes. El convenio modificatorio que al efecto se celebre deberá atender a las condiciones previstas por los dos últimos párrafos del artículo 52 de la **"LAASSP"**.

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

Si se llevara a cabo la rescisión del contrato, y en el caso de que a **"EL PROVEEDOR"** se le hubieran entregado pagos progresivos, éste deberá de reintegrarlos más los intereses correspondientes, conforme a lo indicado en el artículo 51, párrafo cuarto, de la **"LAASSP"**.

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

### VIGÉSIMA CUARTA. RELACIÓN Y EXCLUSIÓN LABORAL

**"EL PROVEEDOR"** reconoce y acepta ser el único patrón de todos y cada uno de los trabajadores que intervienen en la realización de los servicios, por lo que, deslinda de toda responsabilidad a **"LA DEPENDENCIA"** respecto de cualquier reclamo que en su caso puedan efectuar sus trabajadores, sea de índole laboral, fiscal o de seguridad social y en ningún caso se le podrá considerar patrón sustituto, patrón solidario, beneficiario o intermediario.

**"EL PROVEEDOR"** asume en forma total y exclusiva las obligaciones propias de patrón respecto de cualquier relación laboral, que el mismo contraiga con el personal que labore bajo sus órdenes o





## CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-LPN-E02-002-2024

intervenga o contrate para la atención de los asuntos encomendados por **"LA DEPENDENCIA"**, así como en la ejecución del objeto del presente contrato.

Para cualquier caso no previsto, **"EL PROVEEDOR"** exime expresamente a **"LA DEPENDENCIA"** de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal o de cualquier otra especie que en su caso pudiera llegar a generarse, relacionado con el presente contrato.

Para el caso que, con posterioridad a la conclusión del presente contrato, **"LA DEPENDENCIA"** reciba una demanda laboral por parte de los trabajadores de **"EL PROVEEDOR"**, en la que se demande la solidaridad y/o sustitución patronal a **"LA DEPENDENCIA"**, **"EL PROVEEDOR"** queda obligado a dar cumplimiento a lo establecido en la presente cláusula.

### VIGÉSIMA QUINTA. DISCREPANCIAS.

**"LAS PARTES"** convienen que, en caso de discrepancia entre la convocatoria a la licitación pública, la invitación a cuando menos tres personas, o la solicitud de cotización y el modelo de contrato, prevalecerá lo establecido en la convocatoria, invitación o solicitud respectiva, de conformidad con el artículo 81, fracción IV del Reglamento de la **"LAASSP"**.

### VIGÉSIMA SEXTA. CONCILIACIÓN.

**"LAS PARTES"** acuerdan que para el caso de que se presenten desavenencias derivadas de la ejecución y cumplimiento del presente contrato podrán someterse al procedimiento de conciliación establecido en los artículos 77, 78 y 79 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 126 al 136 de su Reglamento.

### VIGÉSIMA SÉPTIMA. DOMICILIOS.

**"LAS PARTES"** señalan como sus domicilios legales para todos los efectos a que haya lugar y que se relacionan en el presente contrato, los que se indican en el apartado de Declaraciones, por lo que cualquier notificación judicial o extrajudicial, emplazamiento, requerimiento o diligencia que en dichos domicilios se practique, será enteramente válida, al tenor de lo dispuesto en el Título Tercero del Código Civil Federal.

### VIGÉSIMA OCTAVA. LEGISLACIÓN APLICABLE.

**"LAS PARTES"** se obligan a sujetarse estrictamente para realizar los servicios objeto del presente contrato a todas y cada una de las cláusulas que lo integran, sus Anexos que forman parte integral del mismo, a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento; al Código Civil Federal; a la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; al Código Federal de Procedimientos Civiles; a la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento.

### VIGÉSIMA NOVENA. JURISDICCIÓN.

**"LAS PARTES"** convienen que, para la interpretación y cumplimiento de este contrato, así como para lo no previsto en el mismo, se someterán a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Federales con sede en la Ciudad México, renunciando expresamente al fuero que pudiera corresponderles en razón de su domicilio actual o futuro.





**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-LPN-E02-002-2024**

**“LAS PARTES”** manifiestan estar conformes y enterados de las consecuencias, valor y alcance legal de todas y cada una de las estipulaciones que el presente instrumento jurídico contiene, por lo que lo ratifican y firman en la Ciudad de México a los **diecisiete días del mes de abril de 2024.**

**POR:**  
**“LA DEPENDENCIA”**

| NOMBRE                                     | CARGO                                                                                           | R.F.C.               |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>MTRA. EMMA LUZ LOPEZ JUAREZ</b>         | DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO | <b>LOJE700318NP5</b> |
| <b>LIC. SERGIO MENESES HERNÁNDEZ</b>       | DIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS                                    | <b>MEHS681008BJ7</b> |
| <b>DR. VÍCTOR FERNANDO GONZÁLEZ ROMERO</b> | DIRECTOR GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                 | <b>GORV600831DY9</b> |
| <b>C. ANTONIO CRUZ BENIGNO</b>             | JEFE DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE CONTRATOS                                                       | <b>CUBA6411151M4</b> |

**POR:**  
**“EL PROVEEDOR”**

| NOMBRE                                                                   | R.F.C.              |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>HI-TEC MEDICAL, S.A DE C.V.<br/>C. FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ TREJO</b> | <b>HME020304BP8</b> |





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  
PROFESOR DEL INSTITUTO  
NACIONAL DE ESTADÍSTICA,  
DEMOGRAFÍA Y GEOGRAFÍA  
HUMANAS

# ANEXO 1

## (ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS)

*[Firma manuscrita]*





GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS

DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS



0301

**ANEXO 1**  
**ANEXO TÉCNICO**  
**“SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS”**

|                                                                                   |  |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                    |  | FOLIO DMTI: 011-24 V-2     |
| ÁREA REQUERENTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS |  | PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993 |

**ÍNDICE DE ANEXO TÉCNICO**

- ANEXO 1.1 CONDICIONES DEL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS.
- ANEXO 1.2 RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS, EQUIPOS MÉDICOS, MEDICAMENTOS, INSUMOS, SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y EQUIPOS AUXILIARES.
- ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, EQUIPOS AUXILIARES Y SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA.
- ANEXO 1.4 FICHAS TÉCNICAS INSUMOS Y MEDICAMENTOS.
- ANEXO 1.5 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO E INSUMO POR EVENTO
- ANEXO 1.6 ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS.
- ANEXO 1.7 CONSTANCIA DE VISITA A LA UNIDAD MÉDICA.
- ANEXO 1.8 FORMATO PARA CAPACITACIÓN.
- ANEXO 1.9 FORMATO DE ENTREGA, RECEPCIÓN, APERTURA E INSTALACIÓN DE EQUIPOS
- ANEXO 1.10 SEGUIMIENTO A REPORTE DE INSUMOS PARA LA SALUD.
- ANEXO 19 FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA.

118

9





|                                                                |                            |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO | PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993 |
| ANEXO TÉCNICO SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS     | FOLIO DMTI: 011-24 V-2     |

## 1. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

EL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS DEBERÁ CONSIDERAR LOS PROCEDIMIENTOS, EQUIPO MÉDICO E INSUMOS DESCRITOS EN EL ANEXO 1.1 CONDICIONES DEL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, ANEXO 1.2 RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS, EQUIPOS MÉDICOS, MEDICAMENTOS, INSUMOS, SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y EQUIPOS AUXILIARES, ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, EQUIPOS AUXILIARES Y SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA, ANEXO 1.4 FICHAS TÉCNICAS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS Y ANEXO 1.5 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO E INSUMO POR EVENTO.

EL OFERENTE GARANTIZARÁ QUE LOS INSUMOS DE LA SALUD, UTILIZADOS CORRESPONDAN A LO SOLICITADO, MISMOS QUE DEBERÁN ENTREGARSE DE CONFORMIDAD A LAS NORMAS VIGENTES, EN CASO DE QUE NO SE ENCUENTRE EN CONDICIONES PARA SU ÓPTIMA UTILIZACIÓN, SERÁ MOTIVO DE CANJE POR EL OFERENTE SIN COSTO PARA SEDESA.

EL OFERENTE, SOLO PODRÁ OFERTAR UNA PROPUESTA POR FICHA TÉCNICA, GARANTIZANDO LAS COMPATIBILIDADES DE LAS REFACCIONES, ACCESORIOS Y CONSUMIBLES CON EL EQUIPO MÉDICO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO UTILIZADOS DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS OBJETO DE ESTE PROCEDIMIENTO.

EL OFERENTE DEBERÁ PROPORCIONAR TODO LO NECESARIO PARA GARANTIZAR LOS PROCEDIMIENTOS DE TRATAMIENTO TERAPÉUTICO INTEGRAL DE CADA PACIENTE QUE LO REQUIERA, EL OFERENTE GARANTIZARÁ LAS COMPATIBILIDADES DE LAS REFACCIONES, ACCESORIOS Y CONSUMIBLES CON EL EQUIPO MÉDICO EN PRÉSTAMO PERMANENTE UTILIZADOS DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS OBJETO DEL CONTRATO.

EL PAGO DEL SERVICIO SERÁ POR PROCEDIMIENTO REALIZADO  
PAGO DEL SERVICIO

EL PAGO TENDRÁ LAS SIGUIENTES MODALIDADES:

1. EL PAGO DEL SERVICIO SE REALIZARÁ POR PROCEDIMIENTO, VER ANEXO 1.2

EN ESTE CASO, SOLO SE PAGARÁ SOLO EL COSTO DEL PROCEDIMIENTO AUTORIZADO AL PACIENTE.

2. CON USO DE EQUIPO POR EVENTO, VER ANEXO 1.5

SÍ DURANTE EL PROCEDIMIENTO, SE USO ALGÚN EQUIPO E INSUMO DEL ANEXO 1.5 FICHA TÉCNICA DE EQUIPO E INSUMO POR EVENTO, PREVIAMENTE AUTORIZADO POR LA DGPSMU, ENTONCES SE PAGARÁ EL PROCEDIMIENTO MÁS EL COSTO DEL INSUMO AUTORIZADO.

### EQUIPOS MÉDICOS

LOS EQUIPOS QUE SE PROPONGAN EN LA PROPUESTA TÉCNICA DEBERÁN SER FUNCIONALMENTE NUEVOS, CON TECNOLOGÍA DE VANGUARDIA. CON ANTIGÜEDAD NO MAYOR A CUATRO AÑOS.

PRESENTANDO EL CERTIFICADO DE ORIGEN EN LA PROPUESTA TÉCNICA DONDE SEÑALE LA FECHA DE FABRICACIÓN DEL EQUIPO.

*[Firma manuscrita]*





0303



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

PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993

ANEXO TÉCNICO SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS

FOLIO DMTI: 011-24 V-2

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.

AL TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, EL OFERENTE SE OBLIGA A RETIRAR LOS EQUIPOS QUE SON DE SU PROPIEDAD, SIN DAÑAR LAS INSTALACIONES DE LA SEDESA, EN UN PLAZO NO MAYOR DE 30 DÍAS HÁBILES, PREVIA RECEPCIÓN DE OFICIO POR PARTE DE LA JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE CONTROL DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL ADMINISTRATIVO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS EN LA SEDESA, CORRESPONDE A LA JUD DE CONTROL "LLEVAR EL CONTROL DE LOS CONTRATOS CELEBRADOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PROVEEDORES DE BIENES Y SERVICIOS", SIC.

SÍ, LOS EQUIPOS MÉDICOS UTILIZAN CONSUMIBLES ESTOS DEBERÁN SER CONSIDERADOS Y ENTREGARLOS DE ACUERDO CON SU USO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

SÍ, PARA EL FUNCIONAMIENTO ADECUADO DEL EQUIPO, SE REQUIERE HACER ADECUACIONES DE OBRA CIVIL, ESTAS PODRÁN SER VALORADAS EL DÍA DE LAS VISITAS PROGRAMADAS EN ESTE PROCEDIMIENTO PARA QUE SEAN CONSIDERADAS EN LAS PROPUESTAS TÉCNICA Y ECONÓMICA.

## 2. PERIODO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SE LLEVARÁ A CABO A PARTIR DEL SIGUIENTE DÍA HÁBIL DE LA FECHA DE ADJUDICACIÓN HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024.

## 3. LUGARES Y CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SE REALIZARÁ EN LAS SIGUIENTES UNIDADES HOSPITALARIAS DE LA RED:

| No. | HOSPITAL                                                                     |
|-----|------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MÉXICO "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ". |
| 2   | HOSPITAL GENERAL BALBUENA.                                                   |
| 3   | HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA "DR. JUAN RAMÓN DE LA FUENTE".                   |
| 4   | HOSPITAL GENERAL "DR. RUBÉN LEÑERO".                                         |
| 5   | HOSPITAL GENERAL TLÁHUAC                                                     |
| 6   | HOSPITAL GENERAL AJUSCO MEDIO.                                               |
| 7   | HOSPITAL GENERAL LA VILLA.                                                   |
| 8   | HOSPITAL GENERAL XOCO.                                                       |
| 9   | HOSPITAL PEDIÁTRICO IZTACALCO                                                |

## 4. GARANTIAS DEL SERVICIO

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





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

PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993

ANEXO TÉCNICO SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS

FOLIO DMTI: 011-24 V-2

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.

EL PERIODO DE GARANTÍA DEL SERVICIO SERÁ DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

**LA CARTA GARANTÍA DEL SERVICIO INTEGRAL DEBERÁ INTEGRARSE EN LA PROPUESTA TÉCNICA EN PAPEL MEMBRETADO DEL OFERENTE, EL NO INCLUIRLA, SERÁ MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN.**

**EL PROVEEDOR ADJUDICADO, DEBERÁ ENTREGAR LA CARTA GARANTÍA DEL SERVICIO INTEGRAL EN LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMO VEINTE DÍAS NATURALES POSTERIOR A LA FECHA DEL FALLO.**

## 5. MUESTRAS

EL OFERENTE 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 PISO 21, EN LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS EL DÍA DESIGNADO EN EL PROCESO DE ADQUISICIÓN

DEBERÁ, LLEVAR IMPRESO **EL ANEXO 1.6 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 FORMATO PDF JUNTO CON LA PROPUESTA TÉCNICA, DE NO INTEGRARLO SERÁ MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN.

LAS MUESTRAS SON DE CARÁCTER DEVOLUTIVO, SE EVALUARÁN Y REGRESARÁN AL TÉRMINO DE LA EVALUACIÓN, POR LO QUE DEBERÁ ASISTIR EL ESPECIALISTA DE PRODUCTO.

LAS MUESTRAS DEBERÁN ESTAR DEBIDAMENTE ETIQUETADAS PARA SU IDENTIFICACIÓN INDICAR NOMBRE DEL OFERENTE, MARCA, MODELO, NÚMERO DE SERIE (CUANDO APLIQUE) Y LUGAR DE PROCEDENCIA DEL INSUMO.

PARA LA PRESENTACIÓN DEL SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA, EL OFERENTE **DEBERÁ TRAER DE MANERA OBLIGATORIA EL HARDWARE, PROYECTOR Y DATOS PARA USO DEL INTERNET ENCASO DE REQUERIRLO.** LA FALTA DE CUALQUIERA DE ESTOS, SERÁ MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN POR LA NO PRESENTACIÓN DEL SOFTWARE.

### RELACIÓN DE MUESTRAS

| No. | DESCRIPCIÓN                                                                                                         | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|
| 1   | CATÉTER PARA DIÁLISIS PERITONEAL TIPO COLA DE COCHINO O RECTO, TAMAÑO ADULTO                                        | PIEZA            | 1        |
| 2   | LÍNEA CORTA DE TRANSFERENCIA                                                                                        | PIEZA            | 1        |
| 3   | SET DE LÍNEAS ARTERIOVENOSAS                                                                                        | PIEZA            | 1        |
| 4   | CATÉTER PARA HEMODIÁLISIS TEMPORAL/PERMANENTE                                                                       | PIEZA            | 1        |
| 5   | FILTROS HEMODIALIZADORES                                                                                            | PIEZA            | 1        |
| 6   | SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA                                                                                  | PIEZA            | 1        |
| 7   | ETIQUETA PLASTIFICADA DE IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO CÓDIGO QR, CON UN EJEMPLO DE UN EQUIPO, LA LECTURA DEL CÓDIGO NO | PIEZA            | 1        |





0305



2024

Felipe Carrillo  
PUERTO

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

PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993

ANEXO TÉCNICO SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS

FOLIO DMTI: 011-24 V-2

DEBE ENVIAR A NINGUNA PÁGINA DE INTERNET, SINO A LOS DATOS  
ESPECÍFICOS

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

- EL REGISTRO DE LOS OFERENTES SERÁ LLEVADO EN EL PISO 21, DE LA TORRE INSIGNIA EN UN HORARIO DE 10:00 A 12:00 HRS, EN LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS, 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 OFERENTE A LA VEZ.

## 6. VISITAS A LAS INSTALACIONES DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS

LOS OFERENTES DEBERÁN ACUDIR DE MANERA OBLIGATORIA A CADA UNA DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS MENCIONADAS EN EL NUMERAL 3. LUGARES Y CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, EN EL DÍA Y EL HORARIO ESTIPULADO EN ESTE PROCEDIMIENTO CON EL OBJETO DE REALIZAR INSPECCIÓN VISUAL PARA EVALUAR LAS CONDICIONES DE LAS ÁREAS DONDE SE INSTALARÁN LOS EQUIPOS, ASÍ COMO EL ESPACIO ASIGNADO PARA LA GUARDA DE LOS INSUMOS.

DEBERÁ LLEVAR IMPRESO EL DÍA DE LA VISITA, EL ANEXO 1.7 "CONSTANCIA DE VISITA A LA UNIDAD MÉDICA". AL TÉRMINO, SE DEBERÁ SOLICITAR LA FIRMA Y SELLO DEL HOSPITAL EN EL ANEXO 1.7. EL CUAL SE DEBE ADJUNTAR EN ORIGINAL, FORMATO PDF EN LA PROPUESTA TÉCNICA, EN CASO DE NO INTEGRARLO, SERÁ MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN.

PREVIO A LA REALIZACIÓN DE LA VISITA, LOS OFERENTES DEBERÁN SOLICITAR CON AL MENOS 24 HORAS ANTES DE LA VISITA, EL ACCESO A LA UNIDAD HOSPITALARIA. MEDIANTE UN ESCRITO POR CADA UNIDAD HOSPITALARIA DIRIGIDO A LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS, EN DONDE SE NOTIFIQUE EL NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA QUE EFECTUARÁ LA VISITA. EL ESCRITO SE ENTREGARÁ, EN LA TORRE INSIGNIA, PISO 18.

LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS, LE HARÁ ENTREGA DE LOS OFICIOS DE ACCESO A LA(S) UNIDAD (ES), LOS QUE DEBERÁ PRESENTAR EL DÍA DE LA VISITA EN CADA UNIDAD HOSPITALARIA PARA SU ACCESO, EN CASO DE NO PRESENTARLO, NO SE PERMITIRÁ LA ENTRADA, DÁNDOSE POR NO VÁLIDA LA VISITA. EL PERSONAL ADSCRITO AL OFERENTE DEBERÁ CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA UNIDAD HOSPITALARIA.

## 7. PROPUESTA TÉCNICA ELECTRÓNICA:

LA PROPUESTA TÉCNICA ELECTRÓNICA, ENTREGÁNDOSE EN FORMATO PDF, EXCEL EDITABLE

EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR EL ANEXO 19 FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA, ASÍ COMO LOS ANEXOS: ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, EQUIPOS AUXILIARES Y SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA, ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS Y ANEXO 1.5 FICHA TÉCNICA DE EQUIPO E INSUMO POR EVENTO. EN FORMATO ELECTRÓNICO EXCEL EDITABLE Y PDF EN PAPEL MEMBRETADO DEL

1139





GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS

DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS



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

PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993

ANEXO TÉCNICO SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS

FOLIO DMTI: 011-24 V-2

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 PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA, ASÍ COMO LOS ANEXOS: ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, EQUIPOS AUXILIARES Y SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA, ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS Y ANEXO 1.5 FICHA TÉCNICA DE EQUIPO E INSUMO POR EVENTO. SEA LA MISMA EN LOS DOS FORMATOS EXCEL EDITABLE Y FORMATO PDF.

EL ANEXO 19 "FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA" DEL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS DEBERÁ REQUISITARSE CONFORME A SU INSTRUCTIVO DE LLENADO Y EN CUMPLIMIENTO CON LOS ANEXOS: ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, EQUIPOS AUXILIARES Y SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA, ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS Y ANEXO 1.5 FICHA TÉCNICA DE EQUIPO E INSUMO POR EVENTO.

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

EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR LA PROPUESTA TÉCNICA ELECTRÓNICA HIPERVINCULADA EN EL ANEXO 19 FORMATO PARA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA, ASÍ COMO LOS ANEXOS: ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, EQUIPOS AUXILIARES Y SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA, ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS Y ANEXO 1.5 FICHA TÉCNICA DE EQUIPO E INSUMO POR EVENTO. 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, ANEXO 1.4 Y 1.5 CADA PUNTO DE LA DESCRIPCIÓN DEL BIEN DEBE ESTAR REFERENCIADA E HIPERVINCULADA 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 DEBEN ESTAR COMPLETOS, SER ORIGINALES EN FORMATO PDF Y EMITIDOS POR EL FABRICANTE Y ANEXADOS EN LA PROPUESTA TÉCNICA.

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 SEGÚN LE APLIQUE, DEBERAN ESTAR **HIPERVINCULADOS Y REFERENCIADOS** EN LOS ANEXOS, ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, EQUIPOS AUXILIARES Y SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA, ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS Y ANEXO 1.5 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO E INSUMO POR EVENTO.





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

PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993

ANEXO TÉCNICO SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS

FOLIO DMTI: 011-24 V-2

**DOCUMENTACIÓN TÉCNICA:**

**8. NORMAS**

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

- 8.1. REGLAMENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD.
- 8.2. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-003-SSA3-2010 PARA LA PRÁCTICA DE HEMODIÁLISIS.
- 8.3. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-016-SSA3-2012, QUE ESTABLECE LAS CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE HOSPITALES Y CONSULTORIOS DE ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA.
- 8.4. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-040-SSA2-2004, EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD.
- 8.5. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-045-SSA2-2005, PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES.
- 8.6. NORMA OFICIAL MEXICANA-137-SSA1-2008, ETIQUETADO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS.
- 8.7. NORMA OFICIAL MEXICANA-240-SSA1-2012, INSTALACIÓN Y OPERACIÓN DE LA TECNOVIGILANCIA.
- 8.8. NORMA OFICIAL MEXICANA-220-SSA1-2016, INSTALACIÓN Y OPERACIÓN DE LA FARMACOVIGILANCIA.
- 8.9. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-072-SSA1-2012, ETIQUETADO DE MEDICAMENTOS Y REMEDIOS HERBOLARIOS.
- 8.10. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-073-SSA1-2015, ESTABILIDAD DE FÁRMACOS Y MEDICAMENTOS.
- 8.11. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-059-SSA1-2015, BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN DE MEDICAMENTOS.

**9. CERTIFICACIONES**

**REGISTRO SANITARIO:**

**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.

**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.

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





GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS

DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

0308



2024

Felipe Carrillo  
PUERTO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

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

PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993

ANEXO TÉCNICO SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS

FOLIO DMTI: 011-24 V-2

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:

REGISTROS INTERNACIONALES DE LIBRE VENTA DEL PAÍS DE ORIGEN: FDA Ó CE Ó JIS

CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN DE EQUIPO MÉDICO: ISO 13485:2016

##### CERTIFICADOS PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL:

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.

#### 10. 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 DEL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS.
2. A REALIZAR OBRA CIVIL PARA LA ADECUACIÓN DE ÁREAS EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS EN CASO DE NECESITARLO, PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO INTEGRAL, CONCLUYENDO LAS INSTALACIONES Y CORRIENDO DESPERFECTOS EN CASO DE PRESENTARSE.
3. QUE UNA VEZ FINALIZADO SU CONTRATO Y SI NO RESULTA ADJUDICADO EN EL PRÓXIMO PROCESO DE ADQUISICIÓN PARA ESTE SERVICIO INTEGRAL, RETIRARÁ LOS EQUIPOS INSTALADOS DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS ÚNICAMENTE MEDIANTE OFICIO EMITIDO POR ESTA SECRETARÍA, ASÍ MISMO SE COMPROMETE A BRINDAR EL APOYO TÉCNICO A LA EMPRESA ENTRANTE DURANTE EL PERÍODO DE TRANSICIÓN.
4. PRESENTAR COMO PARTE DE LA OFERTA TÉCNICA, UN CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE INSTALACIÓN CONFORME A LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS EN ANEXO 1.1 CONDICIONES DEL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS.
5. 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.
6. PARA EL CASO DE QUE CUALQUIER DISPOSITIVO MÉDICO QUE PRESENTE UN INCIDENTE, INCIDENTE IMPREVISTO O INCIDENTE ADVERSO, SU USO NO INCURRIRÁ EN UN GASTO A LA SECRETARÍA.
7. NOTIFICAR MENSUALMENTE LA RELACIÓN DE PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA EN DOMICILIO, ASIMISMO, DEBERÁN NOTIFICAR EL EVENTUAL DECESO DE PACIENTES QUE SE ENCUENTREN EN ESTAS CONDICIONES, CON LA FINALIDAD DE MANTENER UNA VIGILANCIA DE LA SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE Y EN SU CASO, DARLOS DE BAJA DEL SERVICIO OPORTUNAMENTE.

128





GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS

DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

0399



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

PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993

ANEXO TÉCNICO SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS

FOLIO DMTI: 011-24 V-2

8. REALIZAR EL PROCESO DE VALIDACIÓN DE LAS FACTURAS EN CADA UNIDAD HOSPITALARIA DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS OTORGADOS MENSUALMENTE, PARA PRESENTARLAS EN LA VENTANILLA ÚNICA DE LA DIRECCIÓN DE FINANZAS EN LA SEDESA.
9. ASUMINISTRAR 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.
10. A LAS MANIOBRAS EN VERTICAL Y HORIZONTAL PARA TODOS LOS EQUIPOS PROPUESTOS.
11. EN EL QUE SE COMPROMETE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A QUE TODA LA INFORMACIÓN CAPTURADA EN EL SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA, DURANTE EL TIEMPO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO NO PODRÁ SER COMPARTIDA POR EL OFERENTE, ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL TÉRMINO DEL CONTRATO POR SER PROPIEDAD DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO.
12. A PROPORCIONAR AL INICIO DEL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, EL PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO DE MONITOREO BIMESTRAL DE LA CALIDAD DEL AGUA (CULTIVOS), ESTANDO EN VIGOR DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.
13. A ASEGURAR DE QUE SU PERSONAL QUE PROPORCIONARÁ APOYO AL SERVICIO INTEGRAL PORTARÁ IDENTIFICACIÓN VISIBLE QUE LO ACREDITE COMO EMPLEADO DEL OFERENTE.

**DE LOS EQUIPOS MÉDICOS:**

14. SE COMPROMETE A INSTALAR EQUIPOS NUEVOS O FUNCIONALMENTE NUEVOS, CON TECNOLOGÍA DE PUNTA, ACEPTÁNDOSE COMO FECHA DE FABRICACIÓN MÁXIMA DE CUATRO AÑOS, PRESENTANDO EN LA PROPUESTA TÉCNICA CARTA DEL FABRICANTE DONDE INDIQUE LOS AÑOS DE FABRICACIÓN, MARCA, MODELO Y NO. DE SERIE.
15. 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.
16. LOS EQUIPOS QUE SE OFERTEN DEBERÁN HABER SIDO PROBADOS EN LA CIUDAD DE MÉXICO, CUMPLIENDO LAS CONDICIONES BAROMÉTRICAS.
17. LA PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUAS DEL HOSPITAL GENERAL AJUSCO MEDIO, DEBERÁ CONTEMPLAR SATISFACER UN CRECIMIENTO DE 13-15 MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS.
18. A QUE LOS EQUIPOS MÉDICOS QUE PARA SU USO NECESITEN CONSUMIBLES, DOTAR A LA UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA DE ELLOS DURANTE LA VIGENCIA DE CONTRATO.
19. A ENTREGAR A CADA UNIDAD HOSPITALARIA EN UN PLAZO NO MAYOR A 15 DÍAS EN IMPRESO O EN FORMATO ELECTRÓNICO LOS MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINAL EN ESPAÑOL O EN EL IDIOMA DE ORIGEN CON TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL Y GUÍA RÁPIDA, POR CADA UNO DE LOS BIENES PROPUESTOS EN EL SERVICIO INTEGRAL, Y PROPORCIONAR EL ACUSE DE RECIBIDO DE DICHS MANUALES ENTREGADOS, A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS.
20. NO SE ACEPTARÁN EQUIPOS DE ORIGEN CHINO.
21. A PROPORCIONAR LOS CONSUMIBLES ORIGINALES PARA LOS EQUIPOS QUE SE UTILICEN EN EL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, AÚN CUANDO LOS EQUIPOS SEAN PROPIEDAD DE "LA CONVOCANTE"

**DE LOS INSUMOS Y MEDICAMENTOS**

22. LA CADUCIDAD DE LOS MATERIALES, INSUMOS, MEDICAMENTOS Y CONSUMIBLES (AL MOMENTO DE LA ENTREGA) DEBERÁ SER DE SEIS MESES COMO MÍNIMO, COMPROMETIÉNDOSE POR MEDIO DE CARTA COMPROMISO. EL









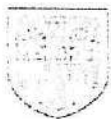
0310



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993 |
| ANEXO TÉCNICO SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | FOLIO DMTI: 011-24 V-2     |
| <p>OFERENTE, SUSTITUIRÁ EL INSUMO QUE NO SE HAYA CONSUMIDO Y ESTÉ PRÓXIMO A CADUCAR, CON AL MENOS 10 DÍAS PREVIOS A LA FECHA DE CADUCIDAD. CON UNA EFICACIA DE 12 MESES POSTERIORES.</p> <p>23. DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, EL OFERENTE, SE COMPROMETE A QUE, CUANDO POR CAUSAS IMPUTABLES A ÉL, LA UNIDAD MÉDICA NO PUEDA ATENDER SU PRODUCTIVIDAD, SE HARÁ ACREEDOR A LAS PENAS CONVENCIONALES A QUE SE HAGA ACREEDOR.</p> <p>24. EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A DAR GARANTÍA TOTAL EN LOS INSUMOS DEL ANEXO 1.2 RELACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA, EN CASO DE NO ESTAR A SATISFACCIÓN DE LA CONVOCANTE, MEDIANTE LA SUSTITUCIÓN POR OTRO IGUAL O DE CARACTERÍSTICAS SUPERIORES, LAS VECES QUE SEAN NECESARIAS SIN COSTO PARA LA CONVOCANTE EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DE SOLICITADA.</p> <p>25. NO SE ACEPTARÁN INSUMOS DE ORIGEN CHINO.</p> <p><b>DEL SOFTWARE</b></p> <p>26. SE COMPROMETE A INSTALAR EQUIPOS NUEVOS, CON TECNOLOGÍA DE PUNTA.</p> <p>27. EN CASO DE REQUERIR EL SOFTWARE SERVICIO DE INTERNET PARA SU FUNCIONAMIENTO, LA EMPRESA ADJUDICADA, ASUMIRÁ PAGAR LA RENTA DE ESE SERVICIO DE INTERNET. LA VELOCIDAD DEL SERVICIO DE INTERNET, ANCHO DE BANDA DE MÍNIMO 20 MHZ, DEBERÁ CUBRIR CON AL MENOS EL DOBLE DE LA VELOCIDAD QUE REQUIERA EL SOFTWARE, DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO</p> <p>28. APROPORCIONAR EQUIPOS CONSTANTEMENTE ACTUALIZADOS, LIBRES DE VIRUS Y CON LICENCIA DE PAQUETERÍA DE OFFICE Y ANTIVIRUS, ASÍ COMO EL MOBILIARIO NECESARIO.</p> <p>29. A ENTREGAR EN IMPRESO O EN FORMATO ELECTRÓNICO EL MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINAL EN ESPAÑOL O EN EL IDIOMA DE ORIGEN CON TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL Y GUÍA RÁPIDA,</p> <p>30. A PROPORCIONAR CON INFORMACIÓN DEL SOFTWARE UN INFORME EN TIEMPO REAL Y ACTUALIZADO CON LOS DATOS SOLICITADOS POR PERSONAL DE LA DGPSMU</p> <p>31. AL TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, EL OFERENTE DEBERÁ ENTREGAR EN SU TOTALIDAD EN UNA BASE DE DATOS EN FORMATO DIGITAL TODA LA INFORMACIÓN GENERADA A LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS.</p> <p><b>11. CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE:</b></p> <p><b>11.1. EN CASO DE COMPRAR AL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b></p> <p>CARTA DE APOYO SOLIDARIO ORIGINAL EN PAPEL MEMBRATADO DEL FABRICANTE, DONDE RESPALDE LA PROPUESTA TÉCNICA PARA EL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN,</p> <p><b>11.2. EN CASO DE COMPRAR A UN DISTRIBUIDOR PRIMARIO:</b></p> <p><b>11.2.1. CARTA DE APOYO SOLIDARIO EN PAPEL MEMBRETADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE RESPALDE LA PROPUESTA TÉCNICA PARA EL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN,</b></p> <p><b>Y</b></p> <p><b>11.2.2. 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.</b></p> |  |                            |

118





0311



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

PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993

ANEXO TÉCNICO SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS

FOLIO DMTI: 011-24 V-2

**11.3. EN EL CASO DE COMPRAR 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.

11.3.1. CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRETADO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.

ó

11.3.2. DOCUMENTACIÓN PROBATORIA DEL ACUERDO O CONTRATO DE LA ASIGNACIÓN COMO DISTRIBUIDOR PRIMARIO EN MÉXICO POR PARTE DEL FABRICANTE.

**LAS CARTAS DE APOYO SOLIDARIO DEBERÁN, INCLUIR EL SIGUIENTE TEXTO, SEGÚN APLIQUE:**

**A. PARA LOS EQUIPOS MÉDICOS Y EQUIPOS AUXILIARES:**

**SOLAMENTE EN CASO DE SER NUEVOS**

"SE MANIFIESTA QUE LOS BIENES QUE SE ENTREGARÁN E INSTALARÁN EN LA UNIDAD HOSPITALARIA SERÁN NUEVOS Y CORRESPONDEN A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, EQUIPOS AUXILIARES Y SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA (MENCIONAR LOS EQUIPOS QUE RESPALDA EL FABRICANTE), DEL SERVICIO INTEGRAL DE ESTE PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN (NÚMERO DE PROCEDIMIENTO 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, 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 EN MARCHA DE LOS BIENES INSTALADOS Y PUESTOS EN MARCHA A SATISFACCIÓN DE LA CONVOCANTE."

SE DEBE ANEXAR UNA CARTA DE APOYO POR MARCA DE EQUIPOS PROPUESTOS PARA OTORGAR EL SERVICIO INTEGRAL

**B. PARA LOS INSUMOS:**

"SE MANIFIESTA QUE LOS INSUMOS QUE SE ENTREGARÁN CORRESPONDEN A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS ANEXOS 1.4 FICHAS TÉCNICAS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS (MENCIONAR LOS INSUMOS QUE RESPALDA EL FABRICANTE), DEL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS (NÚMERO DE LICITACIÓN) 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.





0312



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

PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993

ANEXO TÉCNICO SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS

FOLIO DMTI: 011-24 V-2

SE DEBE ANEXAR UNA CARTA DE APOYO POR MARCA DE INSUMOS PROPUESTOS PARA OTORGAR EL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS

**C. PARA LOS MEDICAMENTOS:**

"SE MANIFIESTA QUE LOS INSUMOS QUE SE ENTREGARÁN CORRESPONDEN A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS **ANEXOS 1.4 FICHAS TÉCNICAS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS** (MENCIONAR LOS MEDICAMENTOS QUE RESPALDA EL FABRICANTE), DEL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS (NÚMERO DE LICITACIÓN) 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.

SE DEBE ANEXAR UNA CARTA DE APOYO POR MARCA DE INSUMOS PROPUESTOS PARA OTORGAR EL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS

**D. SOFTWARE DE GESTIÓN:**

"SE MANIFIESTA QUE EL SOFTWARE QUE SE ENTREGARÁN CORRESPONDEN A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL **ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, EQUIPOS AUXILIARES Y SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA** DEL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS DE ESTE PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN (NÚMERO DE PROCEDIMIENTO 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 A LA CAPACITACIÓN, ADECUACIÓN A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS Y ACTUALIZACIONES, ASÍ COMO DEL ENCRIPAMIENTO DE LA INFORMACIÓN".

**12. EXPERIENCIA DE LA EMPRESA:**

EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR UN CURRÍCULUM EMPRESARIAL INCLUYENDO LISTA DE CLIENTES DONDE HAYA REALIZADO SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, OBJETO DE ESTA PROCEDIMIENTO 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 DOS CONTRATOS DONDE INCLUYAN EL SERVICIO INTEGRAL DE OBJETO DE ESTE PROCEDIMIENTO, QUE SE HAYAN CELEBRADO CON OTRAS INSTITUCIONES PERTENECIENTES AL SECTOR PÚBLICO Y/O 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.

128





0313



|                                                                |                            |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO | PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993 |
| ANEXO TÉCNICO SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS     | FOLIO DMTI: 011-24 V-2     |

**13. CAPACITACIÓN:**

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

1. QUE UNA VEZ REALIZADO LA ENTREGA, APERTURA, INSTALACIÓN Y COMPROBACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD AL 100% DEL EQUIPO MÉDICO A ENTREGAR A LA UNIDAD HOSPITALARIA Y EN CASO DE QUE LA UNIDAD HOSPITALARIA REQUIERA CAPACITACIÓN, SE DEBERÁ PROPORCIONAR LOS PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN NIVEL USUARIO CON LAS FECHAS Y LOS TEMAS DESGLOSADOS.
2. LA(S) EMPRESA(S) ADJUDICADA(S) DEBERÁN PROPORCIONAR LA CAPACITACIÓN CORRESPONDIENTE AL PERSONAL USUARIO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN CADA FICHA TÉCNICA, REQUISITAR EL **ANEXO 1.8 FORMATO PARA CAPACITACIÓN** Y DE ACUERDO AL MANUAL DE USUARIO DEL BIEN, DICHA CAPACITACIÓN SERÁ IMPARTIDA POR PERSONAL ESPECIALIZADO Y CERTIFICADO EN LA MATERIA, DEBIENDO ACREDITAR ESTA CONDICIÓN POR MEDIO DE DIPLOMAS O CONSTANCIAS DONDE SE MENCIONE LA MARCA Y EL MODELO PROPUESTO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS OBJETOS DE ESTA LICITACIÓN.
3. LA(S) EMPRESA(S) ADJUDICADA(S) DEBERÁN PROPORCIONAR LA CAPACITACIÓN DE TECNOVIGILANCIA CORRESPONDIENTE AL PERSONAL USUARIO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN CADA FICHA TÉCNICA, REQUISITAR EL **ANEXO 1.8 FORMATO PARA CAPACITACIÓN**, DICHA CAPACITACIÓN SERÁ IMPARTIDA POR RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE TECNOVIGILANCIA DEL OFERENTE.

**14. EXPERIENCIA DE LOS INGENIEROS DE SERVICIO:**

ESCRITO FIRMADO POR EL OFERENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL QUE CONTENGA LA LISTA DEL PERSONAL DE INGENIERÍA QUE LLEVARÁ A CABO EL SERVICIO TÉCNICO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. PARA LO ANTERIOR, DESCRITA A CONTINUACIÓN:

- 14.1. CURRÍCULUM VITAE (MÁXIMO 1 CUARTILLA) DEL PERSONAL QUE SE ENLISTA, CON EXPERIENCIA MÍNIMA DE TRES AÑOS DE EQUIPO MÉDICO DE LAS PARTIDAS OFERTADAS.
- 14.2. COPIA DE LA CÉDULA PROFESIONAL Y/O TÍTULO ACADÉMICO.
- 14.3. 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.
- 14.4. 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 MANTENIMIENTO A EQUIPO MÉDICO OBJETO DE ESTE PROCESO DE ADJUDICACIÓN.

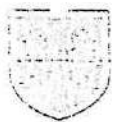
**15. EXPERIENCIA INGENIEROS Y/O DESARROLLADORES DE SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA.**

DEBERÁ PRESENTAR LISTA DEL PERSONAL DE INGENIERÍA, COMO MÍNIMO DOS INGENIEROS DE SOPORTE QUE LLEVARÁN A CABO LA ASISTENCIA DEL SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA, PARA LO ANTERIOR DEBERÁ ENTREGAR LO SIGUIENTE:

- 15.1. CURRÍCULUM VITAE (MÁXIMO 1 CUARTILLA) DEL PERSONAL QUE SE ENLISTA.

138





0314



2024

Felipe Carrillo  
PUERTO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS  
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

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

PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993

ANEXO TÉCNICO SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS

FOLIO DMTI: 011-24 V-2

- 15.2. COPIA LEGIBLE DE CÉDULA PROFESIONAL Y/ O CERTIFICADO, EN CARRERAS DE SOFTWARE O AFINES.
- 15.3. CERTIFICADO, DIPLOMA O ALGUNA OTRA CONSTANCIA DEL PERSONAL EN MÍNIMO PROGRAMAS COMO JAVA Y/O BLACK BELT Y/O EL LENGUAJE DE PROGRAMACIÓN DEL SOFTWARE ADMINISTRATIVO PRESENTADO, EL CUAL NO DEBERÁ TENER UNA ANTIGÜEDAD MAYOR A 12 MESES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS.

## 16. SOPORTE TÉCNICO:

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

1. ENTREGAR EL CALENDARIO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS POR CADA EQUIPO MÉDICO DESCRITO EN EL **ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, EQUIPOS AUXILIARES Y SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA, TREINTA DÍAS NATURALES A PARTIR DE LA FECHA DEL FALLO A LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS.**
2. EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA EL OFERENTE DEBERÁ ADJUNTAR COPIA LA RUTINA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE ACUERDO CON EL FABRICANTE DE LA RELACIÓN DE EQUIPOS DEL **ANEXO 1.3.**
3. A ENTREGAR LA RUTINA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A LA UNIDAD HOSPITALARIA EN EL ACTO DE APERTURA, INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO ADJUDICADO.
4. LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DEBERÁN LLEVARSE A CABO DE ACUERDO CON LO DESCRITO EN LAS FICHAS TÉCNICAS DEL EQUIPO MÉDICO OFERTADO, **ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS EQUIPO MÉDICO, EQUIPOS AUXILIARES Y SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA.**
5. LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DEBERÁN CONTEMPLAR LAS REFACCIONES Y ACCESORIOS NUEVOS Y ORIGINALES DE ACUERDO CON LA RUTINA DE MANTENIMIENTO SUGERIDA POR EL FABRICANTE.
6. **LAS ÓRDENES DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEBERÁN INCLUIR LA RUTINA DE MANTENIMIENTO Y EL REPORTE DE ANÁLISIS DE SEGURIDAD ELÉCTRICA.**
7. EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO SERÁ EL NÚMERO DE VECES QUE SEA NECESARIO, INCLUYE REFACCIONES Y ACCESORIOS ORIGINALES Y MANO DE OBRA ESPECIALIZADA.
8. TIEMPO DE RESPUESTA DEL MANTENIMIENTO CORRECTIVO (DÍAS HÁBILES) DESPUÉS DE REALIZAR EL REPORTE DE FALLA:
  - 8.1. TIEMPO DE RESPUESTA DE 5 HORAS.
  - 8.2. TIEMPO DE SOLUCIÓN DEL PROBLEMA O FALLA DE 12 HORAS.
9. 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.
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.

13





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

PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993

ANEXO TÉCNICO SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS

FOLIO DMTI: 011-24 V-2

11. TODAS LAS ORDENES DE SERVICIO GENERADAS DURANTE LA VIGENCIA DEL SERVICIO, DEBERÁN SER ENTREGADAS AL SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS PARA SU RESGUARDO Y EN FORMA ELECTRÓNICA EN PDF EN EL CORREO [sedesast@gmail.com](mailto:sedesast@gmail.com) A LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO.
12. LA(S) EMPRESA(S) ADJUDICADA(S) DEBERÁN REGISTRAR EN LA BITÁCORA DEL EQUIPO TODAS LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN CADA VISITA, INDICANDO LA FECHA, QUE ESTARÁ UBICADA EN LA JEFATURA DEL SERVICIO.
13. LA(S) EMPRESA(S) ADJUDICADA(S) CUBRIRÁN DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA SIN COSTO ADICIONAL PARA LA SECRETARÍA.
14. ENTREGAR A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS, EN UN PLAZO NO MAYOR A 30 DÍAS DE LA FECHA DE ADJUDICACIÓN, PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARA LOS EQUIPOS **ANEXO 1.2** FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA.
15. ACEPTAR QUE, SI LOS EQUIPOS EN PRÉSTAMO PERMANENTE SE ENCUENTRAN DESCOMPUESTOS Y NO SE REALIZARÁN PROCEDIMIENTOS, EN CONSECUENCIA, ACEPTA QUE NO SE GENERARÁN PAGOS AL PRESTADOR DEL SERVICIO.
16. A ENTREGAR A CADA UNIDAD HOSPITALARIA EN UN PLAZO NO MAYOR A 15 DÍAS POSTERIOR AL FALLO, LA RELACIÓN DEL PERSONAL QUE PROPORCIONARÁ ASISTENCIA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO LOS CUALES DEBERÁN SER LOS QUE SE PRESENTEN EN LA PROPUESTA TÉCNICA NUMERAL 14. EXPERIENCIA DE LOS INGENIEROS DE SERVICIO Y 15. EXPERIENCIA DE LOS INGENIEROS Y/O DESARROLLADORES DE SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA, 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 AVISO EN CASO DE CAMBIOS PARA AVALARLOS NUEVAMENTE CON LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS EN EL PUNTO ANTES MENCIONADO.
17. EL PROVEEDOR SE COMPROMETE A REALIZAR UNA VEZ CADA MES LIMPIEZA EXHAUSTIVA Y DESINCRUSTACIÓN DE LAS MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS, UTILIZANDO MATERIALES Y EQUIPO DE PROTECCIÓN ADECUADO

#### 17. SOPORTE TÉCNICO DE SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA.

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

- 17.1. OTORGAR EL APOYO CON PERSONAL CAPACITADO Y ESPECIALIZADO A FIN DE QUE ESTÉ PRESENTE EN LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL SOFTWARE.
- 17.2. PROPORCIONAR LA CAPACITACIÓN CORRESPONDIENTE AL PERSONAL USUARIO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN CADA FICHA TÉCNICA, REQUISITAR EL **ANEXO 1.8 FORMATO PARA CAPACITACIÓN**, DICHA CAPACITACIÓN SERÁ IMPARTIDA POR PERSONAL ESPECIALIZADO Y CERTIFICADO EN LA MATERIA, DEBIENDO ACREDITAR ESTA CONDICIÓN POR MEDIO DE DIPLOMAS O CONSTANCIAS.

#### 18. IDENTIFICACIÓN DE EQUIPO

ESCRITO FIRMADO POR EL OFERENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL EN EL QUE SE COMPROMETE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA "LA CONVOCANTE", EN LA ENTREGA-RECEPCIÓN, APERTURA Y PUESTA EN MARCHA DE EQUIPO EN PRÉSTAMO;

- 18.1. UNA ETIQUETA COLOR BLANCA PLASTIFICADA CON CÓDIGO QR QUE DEBERÁ DESGLOSAR MÍNIMO LOS SIGUIENTES DATOS:





0316



|                                                                |                            |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO | PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993 |
| ANEXO TÉCNICO SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS     | FOLIO DMTI: 011-24 V-2     |

18.1.1. NÚMERO DE PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN  
18.1.2. PROVEEDOR  
18.1.3. DESCRIPCIÓN DEL BIEN  
18.1.4. MARCA  
18.1.5. MODELO  
18.1.6. SERIE  
18.1.7. TELÉFONO FIJO EN LA CDMX PARA REPORTE DE SERVICIO  
18.1.8. CORREO PARA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES ADVERSOS

DE IGUAL MANERA A COLOCAR UNA ETIQUETA COLOR VERDE, PLASTIFICADA QUE DEBERÁ DESGLOSAR LOS SIGUIENTES DATOS:

18.2. FECHA DE ÚLTIMO MANTENIMIENTO PREVENTIVO  
18.3. FECHA DE PRÓXIMO MANTENIMIENTO PREVENTIVO

DEBERÁ ANOTAR LOS NÚMEROS TELEFÓNICOS DISPONIBLES LAS 24 HORAS DE LOS 365 DÍAS DEL AÑO, A LOS QUE SE REPORTARÁN LAS EVENTUALIDADES QUE PUEDAN SUSCITARSE.

**19. CONSTANCIA DE MUESTRAS:**

INTEGRAR EN LA PROPUESTA TÉCNICA EN FORMATO PDF EL ORIGINAL DEL ANEXO 1.6 ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS DEBIDAMENTE REQUISITADO CON NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS. EN CASO DE QUE EL ANEXO 1.6 PRESENTADO EN LA PROPUESTA NO CONTEGA EL SELLO DE LA DIRECCIÓN EN COMENTO, SERÁ MOTIVO DE DESECHAMIENTO DE LA PROPUESTA TÉCNICA.

**20. CONSTANCIAS DE LAS VISITAS A LA UNIDAD HOSPITALARIA**

ENTREGAR EN ORIGINAL CADA UNO DE LOS ANEXO 1.7 CONSTANCIA DE VISITA A LA UNIDAD MÉDICA DE TODAS LAS VISITAS A LOS HOSPITALES MENCIONADOS EN EL NUMERAL 3. LUGARES Y CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DEBIDAMENTE REQUISITADAS CON NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA DE LA CONVOCANTE. EN CASO DE NO ANEXARLOS COMPLETOS SE DESECHARÁ LA PROPUESTA.

**21. FORMATO DE ENTREGA, RECEPCIÓN, APERTURA E INSTALACIÓN DE EQUIPOS:**

CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD Y FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN LA QUE SE COMPROMETE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A: ENTREGAR LOS EQUIPOS MÉDICOS BAJO EL ANEXO 1.9 FORMATO DE ENTREGA RECEPCIÓN, APERTURA E INSTALACIÓN DE EQUIPOS PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS A CADA UNA DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS ASÍ COMO A ENTREGAR UNA COPIA DE ESTOS ANEXOS SELLADOS DE RECIBIDO POR LAS UNIDADES HOSPITALARIAS EN LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS EN TORRE INSIGNIA, PISO 21, EN UN LAPSO NO MAYOR A 30 DÍAS NATURALES A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIENES POR LAS UNIDADES HOSPITALARIAS





0317



2024

Felipe Carrillo  
PUERTO

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

PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993

ANEXO TÉCNICO SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS

FOLIO DMTI: 011-24 V-2

## 22. TECNOVIGILANCIA

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".

## 23. FARMACOVIGILANCIA

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-220-SSA1-2016, "INSTALACIÓN Y OPERACIÓN DE LA FARMACOVIGILANCIA".

## 24. NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES ADVERSOS:

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.

## 25. AVISO DE FUNCIONAMIENTO:

EL OFERENTE DEBERÁ ENTREGAR ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA Y COPIA SIMPLE PARA COTEJO DEL AVISO DE FUNCIONAMIENTO A NOMBRE DEL OFERENTE COMO DISTRIBUIDOR PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS, EXPEDIDO POR COFEPRIS.

## 26. DESVÍOS DE CALIDAD DE INSUMOS:

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

QUE EN CASO DE QUE SE PRESENTEN REPORTES DE DESVIO DE CALIDAD O VICIOS OCULTOS RECURRENTES, LA SEDESA PODRÁ SOLICITAR EL CAMBIO FÍSICO DEL BIEN Ó DEL LOTE, PREVIA NOTIFICACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS, UNA VEZ AUTORIZADO EL CANJE O SUSTITUCIÓN EL PARTICIPANTE DEBERÁ REQUISITAR EL ANEXO 1.10 "SEGUIMIENTO A REPORTE DE INSUMOS PARA LA SALUD", OBTENIENDO EL VISTO BUENO POR PARTE DE LA UNIDAD HOSPITALARIA Y DEBERÁ ENVIARLO A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS EN UN PLAZO NO MAYOR A 10 DÍAS NATURALES DEBIDAMENTE REQUISITADO, SEÑALANDO EL NUMERO DE OFICIO O REPORTE DE MALA CALIDAD.

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





GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS

DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS



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

PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993

ANEXO TÉCNICO SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS

FOLIO DMTI: 011-24 V-2

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).

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.

## 27. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

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.

EL OFERENTE ADJUDICADO DEBERÁ CONTAR CON UNA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CON COBERTURA AMPLIA ES DECIR 100% DE COBERTURA, 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".

LA PROPUESTA TÉCNICA NO DEBERÁ INDICAR NINGÚN PRECIO.

LA FALTA DE ENTREGA DE CUALQUIERA DE LOS REQUISITOS SEÑALADOS EN ESTE APARTADO SERÁ MOTIVO DE DESECHAMIENTO DE LA PROPUESTA.

ELABORÓ

ING. CLAUDIA PATRICIA QUIROZ FLORES  
SUBDIRECTORA DE TECNOLOGÍA E INSUMOS

AUTORIZÓ

QFB HÉCTOR SALGADO SCHOELLY  
DIRECTOR DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E  
INSUMOS





GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS

DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS



0319

**PENAS CONVENCIONALES**

| CONCEPTO                                                                                                                                                 | UNIDAD DE MEDIDA                                                                                                                                                                           | RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO                                                     | PORCENTAJE PARA APLICAR                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| PUESTA EN OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS MÉDICOS SOLICITADOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.                                                                  | POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO DE LOS 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL FALLO, PARA LA PUESTA EN OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS | JEFE DE SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MEDICA | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE DEBEN PONER EN OPERACIÓN LOS EQUIPOS. |
| PRIMERA DOTACIÓN INSUMOS QUE CORRESPONDAN AL CONSUMO ESTIMADO DE 7 (SIETE) DÍAS HÁBILES POR UNIDAD MÉDICA.                                               | POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO DE 3 DÍAS NATURALES ANTES DE LA PUESTA EN OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS MÉDICOS.                                              | JEFE DE SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MEDICA | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE DEBEN ENTREGAR LOS BIENES.            |
| CAPACITACIÓN USUARIO INICIAL, EN EL CASO DE SER SOLICITADA.                                                                                              | POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE LA FECHA PROGRAMADA                                                                                                                             | JEFE DE SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MEDICA | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE DEBE DAR LA CAPACITACION.             |
| CUANDO NO SE LLEVE A CABO EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS DE ACUERDO CON EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO.                     | POR CADA DÍA NATURAL QUE EXCEDA EL NIVEL DE SERVICIO A PARTIR DE LA FECHA PROGRAMADA                                                                                                       | JEFE DE SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MEDICA | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE DEBE DAR EL MANTENIMIENTO             |
| CUANDO NO SE LLEVE CABO EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS, CON EL QUE SE PRESTA EL SERVICIO                                             | POR CADA DÍA DE QUE SE EXCEDA EL NIVEL DEL SERVICIO                                                                                                                                        | JEFE DE SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MEDICA | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE DEBE DAR EL MANTENIMIENTO             |
| CUANDO NO SE ENTREGUE EL EQUIPO MÉDICO POR SUSTITUCIÓN CUANDO NO SE EFECTUE EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS, EN EL TIEMPO ESTABLECIDO | POR CADA DÍA DE QUE SE EXCEDA EL NIVEL DEL SERVICIO                                                                                                                                        | JEFE DE SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O                           | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE DEBE DAR EL MANTENIMIENTO             |

12/11/24  
04





0320



| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                       | UNIDAD DE MEDIDA                                                                                                                                            | RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO                                                                                                                         | PORCENTAJE PARA APLICAR                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                             | DIRECTOR DE UNIDAD MEDICA                                                                                                                                         |                                                                                  |
| CUANDO NO SE ENTREGUEN LOS RESULTADOS DE LOS ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL AGUA                                                                                                                                                   | POR DÍA DE RETRASO                                                                                                                                          | JEFE DE SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MEDICA                                                                     | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE DEBEN ENTREGAR LOS INFORMES     |
| CUANDO NO SE LLEVE A CABO LA ENTREGA DE LOS BIENES DE CONSUMO BÁSICOS Y/O OPCIONALES ESTÉRILES Y COMPLETOS                                                                                                                     | 30 MINUTOS DE TOLERANCIA PARA LA ENTREGA DEL MATERIAL DE LA FECHA PROGRAMADA DEL PROCEDIMIENTO                                                              | JEFE DE SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MEDICA                                                                     | 10% SOBRE EL MONTO DEL PROCEDIMIENTO PROGRAMADO.                                 |
| CUANDO NO SE LLEVE A CABO LA SUSTITUCIÓN DEL BIEN DE CONSUMO BÁSICO U OPCIONAL CON DEFECTO O FALLA, DURANTE UN PROCEDIMIENTO.                                                                                                  | POR CADA DIEZ MINUTOS QUE EXCEDA EL NIVEL DE SERVICIO DE LA FECHA PROGRAMADA DEL PROCEDIMIENTO                                                              | JEFE DE SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MEDICA                                                                     | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE DEBE ENTREGAR EL INFORME        |
| CUANDO NO ESTEN ACTUALIZADOS LOS INFORMES SEMANALES Y MENSUALES QUE LLEVE DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS, LOS BIENES DE CONSUMO OPCIONAL, LOS BIENES DE CONSUMO CONTRATADO EN LOS PROCEDIMIENTOS DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS. | POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO QUE EXCEDA EL NIVEL DE SERVICIO DE LA FECHA PROGRAMADA                                                                       | JEFE DE SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MEDICA<br>DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE DEBE ENTREGAR LA DOCUMENTACION. |
| ENTREGA DE PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO ANUAL DE EQUIPOS MÉDICOS ESTABLECIDOS EN EL ANEXO 1.3                                                                                                                          | POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO DE TREINTA DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DEL EMISIÓN DEL FALLO O FECHA DE ADJUDICACIÓN | JEFE DE SERVICIO, SUBDIRECTOR MEDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MEDICA. O PERSONAL DE LA DMTI                                                                         | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE DEBE ENTREGAR LA DOCUMENTACION. |
| CUANDO NO SE ENTREGUE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS LOS FORMATOS DE ENTREGA, RECEPCIÓN, APERTURA E INSTALACIÓN DE                                                                                       | POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO DE LOS                                                                                    | DIRECTOR DE DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E                                                                                                               | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE                                 |

138





GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS

DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

0321



| CONCEPTO                                                                                                                                                                                   | UNIDAD DE MEDIDA                                                                                 | RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO                                                                            | PORCENTAJE PARA APLICAR                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EQUIPOS, REQUISITADOS DE TODAS LAS UNIDADES MEDICAS                                                                                                                                        | TREINTE DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DEL FALLO.                                              | INSUMOS Y<br>SUBDIRECTOR DE LA DIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS                                                     | DEBE ENTREGAR LA DOCUMENTACION.                                                                                                |
| CUANDO NO SE ENTREGUE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS LAS ÓRDENES DE SERVICIO.                                                                                        | POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO DE LA FECHA PROGRAMADA Y/O FECHA DE REPORTE DE LA FALLA           | DIRECTOR DE DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS Y<br>SUBDIRECTOR DE LA DIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES EN EL QUE SE DEBE ENTREGAR LA DOCUMENTACION.                                               |
| CUANDO LA UNIDAD DE TECNOVIGILANCIA NO NOTIFIQUE UNA ALERTA SANITARIA DE CUALQUIER DISPOSITIVO MÉDICO QUE APOYE A ESTE SERVICIO INTEGRAL NOTIFICADO POR EL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. | POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO DE LA FECHA DE NOTIFICACIÓN POR EL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO | JEFE DE SERVICIO, SUBDIRECTOR MEDICO Y/O DIRECTOR DE UNIDAD MEDICA. O PERSONAL DE LA DMTI                            | 5% SOBRE EL MONTO FACTURADO DEL MES O MESES QUE HAYAN AFECTADO LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES USUARIOS DE ESTE SERVICIO INTEGRAL. |

*[Firma manuscrita]*





ANEXO 1.1  
CONDICIONES DEL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS.

DMTI:011-24 V-2

EL OFERENTE SE OBLIGA A PRESTAR EL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, EL CUAL INCLUYE: EQUIPO MÉDICO, ACCESORIOS, CONSUMIBLES, MEDICAMENTOS, MANTENIMIENTO, ASISTENCIA TÉCNICA, CAPACITACIÓN Y REGISTRO EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN.

A REALIZAR ADECUACIONES DE OBRA CIVIL EN CASO DE SER NECESARIO PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO INTEGRAL.

EL OFERENTE DEBERÁ CUMPLIR DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO EN TIEMPO Y FORMA SEGÚN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS A CONTINUACIÓN,

| ACTIVIDADES PARA REALIZAR                                                                                                                                                                  | TIEMPOS ESTABLECIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ENTREGA, INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE EQUIPOS MÉDICOS Y CONSUMIBLES (PRIMERA ENTREGA)                                                                                                 | DENTRO DE LOS TREINTA DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DEL FALLO                                                                                                                                                                                                                                   |
| PRIMERA DOTACIÓN DE CONSUMIBLES, QUE CORRESPONDERÁ AL CONSUMO ESTIMADO DE 7 DÍAS HÁBILES                                                                                                   | TRES DÍAS NATURALES ANTES DE LA FECHA DE INICIO DE LA PUESTA EN MARCHA DE LOS EQUIPOS MÉDICOS                                                                                                                                                                                                      |
| PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO ANUAL DE EQUIPOS                                                                                                                                      | 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE LA FECHA DE ADJUDICACIÓN PARA LA ENTREGA DEL PROGRAMA.<br>LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE REALIZARÁN EN LA FECHA ESTABLECIDA EN EL PROGRAMA ENTREGADO, EN CASO DE NO PODER REALIZARLA SE DEBERÁ NOTIFICAR A LA DMTI.                                                |
| MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS                                                                                                                                                                 | TIEMPO DE RESPUESTA 5 HORAS, TIEMPO TOTAL DE RESOLUCIÓN DE LA FALLA COMO MÁXIMO 12 HORAS DESPUÉS DE NOTIFICADA LA FALLA, EN CASO DE NO RESOLUCIÓN EN EL ESTE TIEMPO ESTABLECIDO SE DEBERÁ ENTREGAR DENTRO DE LAS SIGUIENTES 12 HORAS UN EQUIPO DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS EN CALIDAD DE PRÉSTAMO |
| CAPACITACIÓN AL ÁREA USUARIA                                                                                                                                                               | 20 DÍAS NATURALES DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN DADA POR LA UNIDAD HOSPITALARIA UNA VEZ REALIZADA LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO MÉDICO                                                                                                                                                           |
| ENTREGA DE PASSWORD DEL SISTEMA DE GESTIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL                                                                                                                           | 20 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EMITIDO EL FALLO                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL OFERENTE. (CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INSTALACIÓN, ENTREGA DE MANUALES, CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN, CV, CERTIFICADOS, LISTA DE PERSONAL) ALA DMTI | 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EMITIDO EL FALLO                                                                                                                                                                                                                                                      |

EQUIPOS MÉDICOS

LA ENTREGA, INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEBERÁ CONCLUIRSE A MÁS TARDAR TREINTA DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA ENTREGA DEL FALLO DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE ACUERDA EN LAS UNIDADES MÉDICAS INDICADAS.

LOS EQUIPO MÉDICO DEBERÁN ESTAR EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO, LAS MARCAS Y MODELOS PROPUESTOS DEBERÁN ESTAR VIGENTES POR PARTE DEL FABRICANTE.

NO SE ACEPTARÁ PROPUESTAS DE EQUIPO MÉDICO QUE OSTENTEN LAS LEYENDAS "ONLY EXPORT" NI "ONLY INVESTIGATION" DESCONTINUADOS O CUYO USO NO SE AUTORIZA EN EL PAÍS DE ORIGEN, O QUE CUENTEN CON ALERTAS MÉDICAS O DE





GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS

DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

0323



ANEXO 1.1

CONDICIONES DEL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS.

DMTI:011-24 V-2

CONCENTRACIONES POR PARTE DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS MEXICANAS, FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA) Y/O LA COMUNIDAD ECONÓMICA EUROPEA (CE), SEGÚN CORRESPONDA.

EL PRESTADOR DEL SERVICIO DEBERÁ PROPORCIONAR TODOS LOS EQUIPO MÉDICO (EN PRÉSTAMO PERMANENTE) E INSUMOS NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. EN CASO DE REQUERIR REFRIGERACIÓN DE ALGUNO DE SUS PRODUCTOS, SE DEBERÁ DE PROPORCIONAR EL REFRIGERADOR.

RECEPCIÓN DE LOS EQUIPO MÉDICO E INSUMOS.

EL ENCARGADO DEL ÁREA DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, VERIFICARÁ QUE LOS EQUIPOS MÉDICOS CORRESPONDAN A LO SOLICITADO EN EL CONTRATO, COMO SON: DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS, MARCA OFERTADA.

SERÁ RESPONSABILIDAD DEL OFERENTE REALIZAR POR SU CUENTA LAS MANIOBRAS DE CARGA Y DESCARGA DE LOS EQUIPO MÉDICO Y BIENES DE CONSUMO AL LUGAR DE ENTREGA E INSTALACIÓN QUE DETERMINE EL ÁREA HOSPITALARIA Y SIN COSTO ADICIONAL PARA ÉSTE. LA TRANSPORTACIÓN Y RESGUARDOS DE LOS EQUIPOS MÉDICOS Y LOS BIENES DE CONSUMO, SE HARÁ POR CUENTA EXCLUSIVA DEL OFERENTE SIN COSTO ADICIONAL PARA LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

SI EN LA RECEPCIÓN DE LOS EQUIPO MÉDICO, SE DETECTE QUE NO CUMPLEN CON LAS CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS, SERÁ MOTIVO DE DEVOLUCIÓN EN CUYO CASO, EL OFERENTE DEBERÁ REALIZAR LA REPOSICIÓN DE ESTOS EN ESE MOMENTO, SIN COSTO ADICIONAL PARA "SEDESA". LAS ACCIONES CORRESPONDIENTES PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN LA PUESTA EN OPERACIÓN DEL SERVICIO, SE EFECTUARÁN DENTRO DE LOS 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES PREVIAMENTE ESTABLECIDOS PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LOS EQUIPOS MÉDICOS Y LA FORMALIZACIÓN DEL ACTA ENTREGA-RECEPCIÓN. SE DARÁ POR RECIBIDO EL EQUIPO MÉDICO CUANDO LAS CAUSAS QUE GENERARON EL RETRASO EN LA RECEPCIÓN QUEDEN RESUELTAS PARA LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, CON EL CORRESPONDIENTE LEVANTAMIENTO DEL ACTA ENTREGA-RECEPCIÓN A ENTERA SATISFACCIÓN DE LA UNIDAD HOSPITALARIA.

UNA VEZ CONCLUIDOS LOS TRABAJOS DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN USO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, EL PERSONAL DIRECTIVO DE LA UNIDAD FORMALIZARÁ LA ENTREGA-RECEPCIÓN DE LOS EQUIPOS MÉDICOS. A ESTE RESPECTO, EL DIRECTOR MÉDICO, SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO, JEFE DE SERVICIO, RESPONSABLE DE ACTIVO FIJO SON LOS RESPONSABLES DE FORMALIZAR LA ENTREGA EN LA UNIDAD HOSPITALARIA, SITUACIÓN QUE SE CORROBORA CON EL ANEXO 1.9

EN CASO DE QUE, DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, EXISTAN MEJORAS TECNOLÓGICAS ACORDE CON LOS SERVICIOS CONTRATADOS, DE LAS MARCAS Y MODELOS QUE OFERTÓ EL OFERENTE, ÉSTE PODRÁ SOLICITAR EL CAMBIO O ACTUALIZACIÓN DE LOS EQUIPO MÉDICO Y/O LOS BIENES DE CONSUMO SEÑALADOS; ASÍ COMO DEL SOFTWARE DE LOS EQUIPO MÉDICO, ACOMPAÑANDO A LA SOLICITUD, LOS REGISTROS SANITARIOS DE LOS EQUIPO MÉDICO E INSUMOS QUE LO REQUIERAN PARA SU EVALUACIÓN VALIDACIÓN Y AUTORIZACIÓN POR PERSONAL DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS TECNOLOGÍA E INSUMOS, EN CASO DE ACEPTARSE, EL OFERENTE REALIZARÁ EL CAMBIO O ACTUALIZACIÓN DE LOS EQUIPO MÉDICO Y A SUMINISTRAR LOS CONSUMIBLES Y EN SU CASO, EL SOFTWARE; ASÍ COMO OTORGAR LA CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LAS UNIDADES MÉDICAS, SIN AFECTAR LA CONTINUIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN UN PLAZO NO MAYOR A 7 DÍAS NATURALES DE LA FECHA DEL ACEPTACIÓN DE LA MEJORA TECNOLÓGICA.

AL TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, EL OFERENTE SE OBLIGA A RETIRAR LOS EQUIPO MÉDICO QUE SON DE SU PROPIEDAD, SIN DAÑAR LAS INSTALACIONES DE LAS UNIDADES MÉDICAS EN EL CASO DE NO RESULTAR ADJUDICADO EN EL SIGUIENTE PROCESO DE PROCESO DE ADJUDICACIÓN ÚNICAMENTE MEDIANTE OFICIO EMITIDO POR PARTE DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO ASÍ MISMO SE COMPROMETE A BRINDAR EL APOYO TÉCNICO AL OFERENTE ADJUDICADO. AL MOMENTO DE RETIRAR LOS EQUIPO MÉDICO SE DEJARÁ CONSTANCIA MEDIANTE ACTA-ENTREGA DE LAS INSTALACIONES DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS, LAS QUE DEBERÁN ENTREGARSE EN LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS.





0324



**ANEXO 1.1**  
**CONDICIONES DEL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS.**

DMTI:011-24 V-2

**INSUMOS**

EL OFERENTE ADJUDICADO DEBERÁ TENER A DISPOSICIÓN LA PRIMERA DOTACIÓN DE INSUMOS, LA CUAL CORRESPONDERÁ AL CONSUMO ESTIMADO DE SIETE DÍAS HÁBILES POR CADA UNIDAD MÉDICA DE LA RED HOSPITALARIA INDICADA EN EL **ANEXO 1.4 FICHAS TÉCNICAS INSUMOS**, LA DOTACIÓN DEBERÁ ENTREGARSE TRES DÍAS NATURALES PREVIOS A LA PUESTA EN OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS MÉDICOS, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES MÉDICAS.

PARA LA DOTACIÓN SUBSECUENTE DE BIENES DE CONSUMO, EL OFERENTE ADJUDICADO DEBERÁ GARANTIZAR EL INVENTARIO MÍNIMO SUFICIENTE PARA LOS PROCEDIMIENTOS PROGRAMADOS Y URGENTES QUE SE LLEVEN A CABO EN LA UNIDAD MÉDICA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS EL JEFE DE SERVICIO VERIFICARÁ LA SUFICIENCIA DEL INVENTARIO ASIGNADO A LA UNIDAD HOSPITALARIA LOS VIERNES DE CADA SEMANA PARA GARANTIZAR LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS. EL INVENTARIO REVISADO Y FIRMADO DEBERÁ SER ANEXADA ESE MISMO DÍA AL SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA PARA QUE PERSONAL DE LA DGPSMU VALIDE QUE NO HABRÁ CANCELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS POR FALTA DE INSUMOS. ESTA ENTREGA NO DEBERÁ SER CONSIDERADA PARA EFECTOS DE FACTURACIÓN Y PAGO DEL OFERENTE ADJUDICADO. DEBE DE CONSIDERARSE LA DOTACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA, ASÍ COMO AQUELLOS QUE POR SU CARACTERÍSTICA MÉDICA NO PUEDAN SER PROGRAMADOS EN ESTE LAPSO DE 7 DÍAS NATURALES, MISMOS QUE SERÁN PREVISTOS DE MUTUO ACUERDO CON LOS JEFES DE SERVICIO PARA SU ABASTO PERMANENTE.

**MANTENIMIENTO**

**MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

DEBERÁ ENTREGAR A LA UNIDAD HOSPITALARIA Y A LA DMTI, CALENDARIO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS POR CADA EQUIPO MÉDICO OFERTADO CON SU RUTINA DE MANTENIMIENTO AL MOMENTO DE LA FIRMA DEL FORMATO DE RECEPCIÓN DEL BIEN.

EL OFERENTE NOTIFICARÁ AL RESPONSABLE DEL SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS UNA SEMANA ANTES DE LA FECHA PROGRAMADA DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO. A LA CONCLUSIÓN DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO, EL OFERENTE ADJUDICADO GENERARÁ LA ORDEN DE SERVICIO, LA CUAL SERÁ FIRMADA ÚNICAMENTE POR EL RESPONSABLE DEL SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS Y DEBERÁ ENVIARSE FIRMADA EN PDF AL CORREO ELECTRÓNICO [sedesasti@gmail.com](mailto:sedesasti@gmail.com) DE LA DMTI PARA DAR SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO. A LA CONCLUSIÓN DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SE COLOCARÁ UNA ETIQUETA QUE INDIQUE LA FECHA DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y LA PRÓXIMA FECHA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO.

**MANTENIMIENTO CORRECTIVO**

PARA DAR ATENCIÓN A LOS REPORTES EN EL CASO DE FALLAS DEL EQUIPO MÉDICO EL OFERENTE ADJUDICADO DEBERÁ EFECTUAR LAS REPARACIONES NECESARIAS CON PIEZAS NUEVAS Y ORIGINALES O SUBSTITUIR LOS EQUIPO MÉDICO POR OTROS DE LAS MISMAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, EN UN PLAZO MÁXIMO DE 12 HORAS, CONTADAS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DEL REPORTE QUE EL PERSONAL DE LA UNIDAD HOSPITALARIA REALICE VÍA TELEFÓNICA Y CORREO ELECTRÓNICO, DONDE SE ASIGNARÁ EL NÚMERO DE FOLIO DE REPORTE CORRESPONDIENTE. DICHO MANTENIMIENTO DEBERÁ SER SUPERVISADO POR EL RESPONSABLE DEL SERVICIO. PARA AQUELLOS EQUIPO MÉDICO QUE QUEDEN FUERA DE SERVICIO POR MÁS DE 24 HORAS SE DEBERÁ PROPORCIONAR OTRO EQUIPO DE CARACTERÍSTICAS SIMILARES, SI E EQUIPO MÉDICO PRESENTARÁ EN UN PERIODO DE TREINTA DÍAS TRES INCIDENCIAS CORRECTIVAS DEBERÁN SUBSTITUIRLO EN LAPSO NO MAYOR A 12 (DOCE) HORAS POR OTRO DE IGUAL O MAYORES CARACTERÍSTICAS, UNA VEZ SOLUCIONADA LA FALLA, EL OFERENTE ADJUDICADO GENERARÁ LA ORDEN DE SERVICIO, LA CUAL SERÁ FIRMADA ÚNICAMENTE POR EL RESPONSABLE DEL SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS Y DEBERÁ ENVIARSE FIRMADA EN PDF AL CORREO ELECTRÓNICO [mesadeayudadmti@gmail.com](mailto:mesadeayudadmti@gmail.com) DE LA DMTI PARA DAR SEGUIMIENTO AL SOPORTE TÉCNICO DE LOS EQUIPO MÉDICO.





0325



**ANEXO 1.1**

**CONDICIONES DEL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS.**

DMTI:011-24 V-2

**ASISTENCIA TÉCNICA**

PARA LA CORRECTA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EL OFERENTE DEBERÁ CONSIDERAR:

1. UN INGENIERO CERTIFICADO POR EL FABRICANTE DE LA MARCA OFERTADA PARA LA ASISTENCIA TÉCNICA EN LAS UNIDADES DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS DE LA SEDESA, CON EXPERIENCIA MÍNIMA DE CINCO AÑOS.
2. EL INGENIERO DEBERÁ ESTAR DISPONIBLE PARA LA ASISTENCIA TÉCNICA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, A TRAVÉS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA (CAT) PARA CUBRIR LAS NECESIDADES REFERENTES A LOS SERVICIOS.
3. DOS INGENIEROS Y/O DESARROLLADORES QUE DEBERÁN ESTAR DISPONIBLES PARA LA ASISTENCIA TÉCNICA DEL SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, A TRAVÉS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA (CAT).

**REGISTRO EN EL SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA**

EL OFERENTE ADJUDICADO DEBERÁ SOLICITAR LA ASIGNACIÓN DE IP Y EL NODO PARA CONECTAR EL HARDWARE Y SOFTWARE EN CADA UNA DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS. LOS REPORTES SEMANALES Y REVISIÓN DE INVENTARIO MÍNIMO TAMBIÉN DEBERÁN REGISTRARSE EN EL SISTEMA.

**DESVÍOS DE LA CALIDAD**

EN CASO DE PRESENTAR UN DESVIO EN LA CALIDAD CUALQUIER INSUMO DE LA SALUD, SE DEBERÁ LLENAR EL FORMATO DESVIACIÓN DE LA CALIDAD Y SE ENVIARÁ CON OFICIO AL DMTI PARA SEGUIMIENTO.

**CANJE**

A TRAVÉS DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS DE CADA UNIDAD MÉDICA, PODRÁ SOLICITAR AL OFERENTE EL REEMPLAZO DE LOS BIENES QUE PRESENTEN DEFECTOS O VICIOS OCULTOS, NOTIFICANDO POR ESCRITO O POR CORREO ELECTRÓNICO EN UN PLAZO NO MAYOR A 24 (VEINTICUATRO) HORAS. A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE DE LA NOTIFICACIÓN, EL OFERENTE CONTARÁ CON UN PLAZO MÁXIMO DE 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES, PARA REALIZAR EL REEMPLAZO DE ESTAS.

**TECNOVIGILANCIA**

SE DEBERÁ DESARROLLAR UN BANNER DONDE SE INDIQUE DE MANERA RESUMIDA, EL MODO DE ACTUAR EN CASO DE PRESENTARSE UN ACCIDENTE ADVERSO. SE PROPORCIONARÁ A TODOS LOS TURNOS UNA CAPACITACIÓN DE TECNOVIGILANCIA. AMBOS PROCEDIMIENTOS, SE DEBERÁN PRESENTAR PRIMERO PARA AUTORIZACIÓN A LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS ANTES DE ENTREGAR EL BANNER Y PROPORCIONAR LA CAPACITACIÓN DE TECNOVIGILANCIA.

LA UNIDAD DE TECNOVIGILANCIA DEL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ INFORMAR DE CUALQUIER ALERTA SANITARIA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS EMITIDA YA SEA POR LOS TITULARES DEL REGISTRO SANITARIO O POR COFEPRIS AL CENTRO INSTITUCIONAL COORDINADOR DE FARMACOVIGILANCIA A TRAVÉS DE LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS.





0326



ANEXO 1.2

RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS, EQUIPOS MÉDICOS, MEDICAMENTOS, INSUMOS, SOFTWARE DE GESTIÓN  
ADMINISTRATIVA Y EQUIPOS AUXILIARES

RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

| PROCEDIMIENTO             |                                                                       | HOSPITAL             | CANTIDAD<br>ABRIL A<br>DICIEMBRE | CANTIDAD<br>TOTAL<br>ESTIMADA |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| I. DIÁLISIS HOSPITALARIA  | 1. DIÁLISIS PERITONEAL<br>AUTOMATIZADA (DPA)                          | H.E. BELISARIO       | 1095                             | 1935                          |
|                           |                                                                       | H.G. IZTAPALA        | 542                              |                               |
|                           |                                                                       | H.G. TLÁHUAC         | 225                              |                               |
|                           |                                                                       | H.G. AJUSCO<br>MEDIO | 28                               |                               |
|                           |                                                                       | H.G. RUBEN<br>LEÑERO | 45                               |                               |
|                           | 2. DIÁLISIS PERITONEAL<br>AUTOMATIZADA CON<br>ICODEXTRINA (DPAi)      | H.G. BELISARIO       | 564                              | 1098                          |
|                           |                                                                       | H.G. IZTAPALA        | 66                               |                               |
|                           |                                                                       | H.G. TLÁHUAC         | 450                              |                               |
|                           |                                                                       | H.G. AJUSCO<br>MEDIO | 18                               |                               |
|                           | 3. DIÁLISIS PERITONEAL<br>CONTINUA INTERMITENTE<br>(DPI)              | H.G. BELISARIO       | 547                              | 3843                          |
|                           |                                                                       | H.G. IZTAPALA        | 631                              |                               |
|                           |                                                                       | H.G. TLÁHUAC         | 182                              |                               |
|                           |                                                                       | H.G. AJUSCO<br>MEDIO | 2437                             |                               |
|                           |                                                                       | H.G. RUBEN<br>LEÑERO | 46                               |                               |
|                           | 4. DIÁLISIS PERITONEAL<br>CONTINUA INTERMITENTE<br>AUTOMATIZADA(DPIA) | H.G. BELISARIO       | 1502                             | 1890                          |
|                           |                                                                       | H.G. IZTAPALA        | 376                              |                               |
|                           |                                                                       | H.G. TLÁHUAC         | 12                               |                               |
| II. DIÁLISIS DOMICILIARIA | 5. DIÁLISIS PERITONEAL<br>CONTINUA AMBULATORIA<br>(DPCA)              | H.G. BELISARIO       | 136                              | 540                           |
|                           |                                                                       | H.G. IZTAPALA        | 104                              |                               |
|                           |                                                                       | H.G. TLÁHUAC         | 272                              |                               |





|                                                |                                                                    |                   |      |       |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------|------|-------|
|                                                |                                                                    | H.G. AJUSCO MEDIO | 28   |       |
|                                                | 6.DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA CON ICODEXTRINA (DPCAi) | H.G. BELISARIO    | 0    | 612   |
|                                                |                                                                    | H.G. IZTAPALA     | 12   |       |
|                                                |                                                                    | H.G. TLÁHUAC      | 585  |       |
|                                                |                                                                    | H.G. AJUSCO MEDIO | 15   |       |
| III. HEMODIÁLISIS (HD)                         | 7. HD                                                              | H.G. BELISARIO    | 6707 | 16227 |
|                                                |                                                                    | H.G. IZTAPALA     | 4207 |       |
|                                                |                                                                    | H.G. TLÁHUAC      | 2845 |       |
|                                                |                                                                    | H.G. AJUSCO MEDIO | 2251 |       |
|                                                |                                                                    | H.P. IZTACALCO    | 217  |       |
| IV. TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO (TRRC) | 8. TRRC                                                            | H.G. BELISARIO    | 28   | 198   |
|                                                |                                                                    | H.G. RUBEN LEÑERO | 54   |       |
|                                                |                                                                    | H.G. BALBUENA     | 27   |       |
|                                                |                                                                    | H.G. XOCO         | 42   |       |
|                                                |                                                                    | H.G. AJUSCO MEDIO | 17   |       |
|                                                |                                                                    | H.G. VILLA        | 30   |       |
| TOTAL, DE PROCEDIMIENTOS                       |                                                                    |                   |      | 26343 |

RELACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS

| EQUIPO I. DIÁLISIS                                                | H.E.B.D | H. G. BALBUENA | H. G. IZT | H. G. R. LEÑERO | H. G. TLÁHUAC | H. G. A. M. | H. G. VILLA | H. G. XOC | H. P. IZTACALCO | TOTAL |
|-------------------------------------------------------------------|---------|----------------|-----------|-----------------|---------------|-------------|-------------|-----------|-----------------|-------|
| MÁQUINA CICLADORA PARA DIÁLISIS PERITONEAL PARA USO EN HOSPITAL   | 12      | 0              | 12        | 4               | 6             | 3           | 0           | 0         | 0               | 37    |
| MÁQUINA CICLADORA PARA DIÁLISIS PERITONEAL PARA USO DOMICILIARIO, | 1       | 0              | 1         | 0               | 1             | 0           | 0           | 0         | 0               | 1     |





NOTA: LA CANTIDAD SOLICITADA DE MÁQUINAS CICLADORAS DE USO DOMICILIARIO SERÁ A DEMANDA

| EQUIPO II. HEMODIÁLISIS         | H.E.B.D | H.G. BALBUENA | H.G. IZTAPALAPA | H.G. R. LEÑERO | H.G. TLAHUAC | H.G.A. MEDIO | H.G. VILLA | H.G. XOCO | H. P. IZTACALCO | TOTAL |
|---------------------------------|---------|---------------|-----------------|----------------|--------------|--------------|------------|-----------|-----------------|-------|
| MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS         | 15      | 0             | 13              | 0              | 10           | 5            | 0          | 0         | 4               | 47    |
| SISTEMA DE TRATAMIENTO DE AGUA  | 1       | 0             | 1               | 0              | 1            | 1            | 0          | 0         | 1               | 5     |
| SILLON CLÍNICO RECLINABLE       | 14      | 0             | 12              | 0              | 9            | 4            | 0          | 0         | 3               | 42    |
| OSMOSIS MÓVIL PARA HEMODIÁLISIS | 1       | 0             | 1               | 0              | 1            | 1            | 0          | 0         | 1               | 5     |
| SISTEMA DE ECOGRAFÍA            | 1       | 0             | 1               | 0              | 1            | 1            | 0          | 0         | 1               | 5     |

| EQUIPO III. TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO | H.E.B.D | H.G. IZT | H.G. TLAHUAC | H.G.A.M. | H.G.VILL | H.G.XOC | H.G. BALB | H.G.R.LEÑ | H. P. IZTACALCO | TOTAL |
|-------------------------------------------------|---------|----------|--------------|----------|----------|---------|-----------|-----------|-----------------|-------|
| MÁQUINA DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO  | 1       | 0        | 0            | 1        | 1        | 1       | 1         | 1         | 0               | 6     |

#### RELACIÓN DE MEDICAMENTOS

| MEDICAMENTOS                                | H.E.B.D | H.G. IZT | H.G. TLAHUAC | H.G.A.M. | H.G.VILL | H.G.XOC | H.G. BALB | H.G.R.LEÑ | H. P. IZTACALCO |
|---------------------------------------------|---------|----------|--------------|----------|----------|---------|-----------|-----------|-----------------|
| MEDICAMENTOS POR PROCEDIMIENTOS DE DIÁLISIS | 1*      | 1*       | 1*           | 1*       | 0        | 0       | 0         | 0         | 0               |
| MEDICAMENTOS POR PROCEDIMIENTOS DE TRRC     | 1*      | 0        | 0            | 1*       | 1*       | 1*      | 1*        | 1*        | 0               |

#### RELACIÓN DE INSUMOS

| INSUMOS                                    | H.E.B.D | H.G. IZT | H.G. TLAHUAC | H.G.A.M. | H.G.VILL | H.G.XOC | H.G. BALB | H.G.R.LEÑ | H. P. IZTACALC |
|--------------------------------------------|---------|----------|--------------|----------|----------|---------|-----------|-----------|----------------|
| INSUMOS POR PROCEDIMIENTOS DE DIÁLISIS     | 1*      | 1*       | 1*           | 1*       | 0        | 0       | 0         | 0         | 0              |
| INSUMOS POR PROCEDIMIENTOS DE HEMODIÁLISIS | 1*      | 1*       | 1*           | 1*       | 0        | 0       | 0         | 0         | 1*             |
| INSUMOS POR PROCEDIMIENTOS DE TRRC         | 1*      | 0        | 0            | 1*       | 1*       | 1*      | 1*        | 1*        | 0              |





0329



RELACIÓN DE SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA

| SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA | H.E.B.D | H.G.IZT | H.G. TLÁHUAC | H.G.A.M. | H.G.VILL | H.G.XOC | H.G. BALB | H.G.R.LEÑ | H. P. IZTACALC | TORRE | INSIGNIA | DGPSMU Y | DMTI |
|------------------------------------|---------|---------|--------------|----------|----------|---------|-----------|-----------|----------------|-------|----------|----------|------|
| SOFTWARE INSTALADO Y FUNCIONANDO   | 1       | 1       | 1            | 1        | 1        | 1       | 1         | 1         | 1              | 2     |          |          |      |

\*Cantidad por procedimiento

RELACIÓN DE EQUIPOS AUXILIARES

| DESCRIPCION BREVE                                                                                                                                                          | H.E. BELISARIO DOMÍNGUEZ | H.G. TLÁHUAC | H.G. IZTAPALAPA | H.G. AJUSCO MEDIO | H. P. IZTACALCO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| BÁSCULA PARA PACIENTES EN SILLA DE RUEDAS                                                                                                                                  | 2                        | 1            | 1               | 1                 | 1               |
| REFRIGERADOR VERTICAL, 8.5 FT3 PARA EL H.P. IZTACALCO LA CAPACIDAD ES DE 5.5 FT3                                                                                           | 1                        | 1            | 1               | 1                 | 1               |
| SILLA DE RUEDAS                                                                                                                                                            | 2                        | 2            | 2               | 1                 | 1               |
| BANCO GIRATORIO DE ACERO INOXIDABLE                                                                                                                                        | 1                        | 1            | 1               | 1                 | 1               |
| MESA PASTEUR DE ACERO INOXIDABLE                                                                                                                                           | 4                        | 0            | 4               | 1                 | 1               |
| BIOMBO DE TRES HOJAS                                                                                                                                                       | 1                        | 1            | 1               | 1                 | 0               |
| CUBETA DE PATADA Y BASE EN ACERO INOXIDABLE                                                                                                                                | 1                        | 1            | 1               | 1                 | 1               |
| MESA MAYO                                                                                                                                                                  | 1                        | 1            | 1               | 1                 | 1               |
| BANCA DE METAL DE 42CM X 50CM X 67CM EN COLOR BLANCO                                                                                                                       | 1                        | 1            | 1               | 1                 | 0               |
| MESA DE TRABAJO EN ACERO INOXIDABLE CON PUERTAS ABATIBLES DE 2.5M X 45 CM X 60 CM                                                                                          | 1*                       | 1*           | 1*              | 1*                | 0               |
| MONITOR SMART A COLOR PANTALLA LCD 42 O MAYOR, PARA EL H.G. TLÁHUAC, EL TAMAÑO DEBERÁ SER ACORDE AL ÁREA Y CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES, ADEMÁS DE SUSCRIPCIÓN A STREAMING | 4                        | 4            | 4               | 1                 | 1               |
| MUEBLE PARA GUARDA DE MEDICAMENTOS                                                                                                                                         | 1                        | 1            | 1               | 1                 | 0               |
| SILLAS ACOJINADAS DE COLOR NEGRO                                                                                                                                           | 20                       | 20           | 20              | 5                 | 0               |

\* LA CANTIDAD MARCADA ES UNO, MAS PUEDE SER CAMBIADA A CERO A CRITERIO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA DE ACUERDO CON ESPACIO Y FUNCIONALIDAD.

+ SILLA DE RUEDAS PEDIÁTRICA O ADULTO, A PETICIÓN DE LA UNIDAD





GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS

DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

0330



**ANEXO 1.3.**

**FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, EQUIPOS AUXILIARES Y SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA**

USAR EL ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA DE EQUIPO MÉDICO, EQUIPOS AUXILIARES Y SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA 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".

# ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPOS MÉDICOS, EQUIPOS AUXILIARES Y SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA

0331

## GRUPO TERAPEÚTICO I. DIÁLISIS

|                                                                                                                                                      |                                       |                         |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|----------------------|
|  <b>GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO</b><br><b>SECRETARÍA DE SALUD</b> | <b>FICHA TÉCNICA DE EQUIPO MÉDICO</b> |                         | FOJO DMT: 011-24     |
|                                                                                                                                                      |                                       |                         | NO. DE PARTIDA: 3993 |
|                                                                                                                                                      | SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS  | IDENTIFICADOR DE FICHA: | VERSIÓN: V-2         |

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

| II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN |                                                                                                                                                                                                                       |              |                                                        |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------|
| NOMBRE:                              | MÁQUINA CICLADORA PARA DIÁLISIS PERITONEAL                                                                                                                                                                            | CANTIDAD:    | USO EN HOSPITAL: 37<br>USO DOMICILIARIO: SEGÚN DEMANDA |
| DEFINICIÓN:                          | EQUIPO PORTÁTIL DE FÁCIL MANEJO QUE REGULA AUTOMÁTICAMENTE LOS INTERCAMBIOS DE SOLUCIÓN DIALIZANTE A TRAVÉS DE MOVIMIENTOS PERISTÁLTICOS Y CON CONEXIÓN REMOTA BASADA EN LA WEB, EN PACIENTE CON DIÁLISIS PERITONEAL. | CLAVE SAICA: | N/A                                                    |

| III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN                                                                                               |                               |                                                                                                        |                                                       |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| ESPECIFICACIONES DEL BIEN                                                                                                            | DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO | HIPERVÍNCULO (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.- CON PANTALLA CON VISIBILIDAD DESDE MÚLTIPLES ÁNGULOS:                                                                          |                               |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 1.1.1.- PROPORCIONA INFORMACIÓN ANTES, DURANTE Y POSTERIOR AL TRATAMIENTO:                                                           |                               |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 1.2.- CON SOFTWARE DE TRANSFERENCIA DE DATOS:                                                                                        |                               |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 1.2.1.- PLATAFORMA DE CONEXIÓN BASADA EN LA WEB:                                                                                     |                               |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 1.2.2.- VISUALIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN VÍA REMOTA DE PARÁMETROS DE PROGRAMACIÓN DE LA TERAPIA:                                       |                               |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 1.2.3.- CÓDIGO DE ACTIVACIÓN ÚNICO POR CADA PACIENTE:                                                                                |                               |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 1.2.4.- OPCIÓN DE COMPARTIR INFORMACIÓN:                                                                                             |                               |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 1.2.5.- REGISTRO DE PESO Y PRESIÓN ARTERIAL:                                                                                         |                               |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 1.3.- EN IDIOMA EN ESPAÑOL:                                                                                                          |                               |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 1.4.- MONITOR CON SISTEMA DE AHORRO DE ENERGÍA:                                                                                      |                               |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 1.5.- AMPLIAS OPCIONES DE PROGRAMACIÓN Y CONFIGURACIÓN DE VARIABLES QUE PERMITE ADAPTARSE A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE:            |                               |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 1.6.- CON POSIBILIDAD DE USAR TERAPIAS CON RANGOS PRESTABLECIDOS O FIJADOS:                                                          |                               |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 1.7.- CON ALGORITMOS PRECONSTRUIDOS DISEÑADOS PARA REDUCIR EL INCREMENTO DE VOLUMEN INTRAPERITONEAL:                                 |                               |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 1.8.- QUE NO NECESITE CALIBRACIÓN:                                                                                                   |                               |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 1.9.- QUE NO DEPENDA DE LA FUERZA DE GRAVEDAD PARA PROPORCIONAR LA TERAPIA:                                                          |                               |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 1.10.- UNIDAD SELECTORA DE CANTIDAD DE LÍQUIDO A ADMINISTRAR DE 50 A 1000 ML EN MODO PEDIÁTRICO Y DE 100 A 3000 ML EN MODO ESTÁNDAR: |                               |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 1.11.- QUE CUENTE CON PROGRAMACIÓN ESTÁNDAR Y DE BAJO VOLUMEN:                                                                       |                               |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 1.12.- VOLUMEN:                                                                                                                      |                               |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 1.12.1.- LLENADO Y DRENADO DE AL MENOS:                                                                                              |                               |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 1.12.1.1.- MODO ESTÁNDAR +5/-20ML                                                                                                    |                               |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 1.12.1.2.- MODO DE BAJO LLENADO +5/-10ML                                                                                             |                               |                                                                                                        |                                                       |                                           |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------|
| 1.13.- CONTROL DE TEMP DEL LÍQUIDO AL MENOS 32° A 40°C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |
| 1.13.1.- AJUSTE DE TEMP DE AL MENOS 35, 36 Y 37°C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |      |
| 1.14.- RANGO DE TEMPERATURA DE 5° A 50°C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  | 0332 |
| 1.14.1.- PRECISIÓN $\pm 2^\circ\text{C}$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |      |
| 1.15.- CASSETE DESECHABLE EN PACIENTE ADULTO Y CASSETE DESECHABLE ESPECÍFICO PARA PACIENTE PEDIÁTRICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |      |
| 1.16.- TIEMPOS DE INGRESO Y DE PERMANENCIA, ASÍ COMO EL DRENADO, CON SISTEMA DE PERMANENCIAS INTELIGENTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |      |
| 1.17.- CONTROL DIGITAL, CALEFACTOR DE LÍQUIDO DE DIÁLISIS CON SISTEMA CONTROLABLE DE 35 A 37 °C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |      |
| 1.18.- SISTEMA DE ALARMAS AUDIBLES Y PROTECCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |      |
| 1.18.1.- SILENCIAR ALARMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |      |
| 1.18.2.- PRESIÓN MÁXIMA DE TRANSFERENCIA DE SOLUCIÓN HACIA EL PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |
| 1.18.3.- DE PROTECCIÓN DE LA TEMPERATURA DE LA SOLUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |      |
| 1.18.4.- PROTECCIÓN DE PREVENCIÓN DE BURBUJAS DE AIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |      |
| 1.18.5.- SISTEMA DE PROTECCIÓN PARA PREVENCIÓN DE AVIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |
| 1.18.6.- DRENAJE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |      |
| 1.18.7.- CONECTIVIDAD A LA WEB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |
| 1.19.- SISTEMA DE VERIFICACIÓN DE LA PERMEABILIDAD DE LAS LÍNEAS DE SUCCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |      |
| 1.20.- BATERÍA PARA GUARDAR INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO POR 2 HORAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |      |
| 1.21.- CON ARCHIVO HISTÓRICO DE LA TERAPIA Y ALARMAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |      |
| 1.22.- MONITOR DE ULTRAFILTRACIÓN CICLO A CICLO A TRAVÉS DE LA MEDICIÓN DEL MOVIMIENTO DE LÍQUIDO, Y DE PERMANENCIA CICLO A CICLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |      |
| 1.23.- INDICACIÓN DE COLOCACIÓN DE BOLSAS DE DIÁLISIS EN CUNA TÉRMICA, ADICIONAL Y PARA ÚLTIMA INFUSIÓN, GENERACIÓN DE INFORMES CON LOS DATOS ENTADOS REMOTAMENTE POR LA WEB                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |      |
| 1.24.- MODEM CON SERVICIO DE COMUNICACIÓN, DISPOSITIVO 2. ACCESORIOS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |      |
| 2.1.- MODEM CON SERVICIO DE COMUNICACIÓN, DISPOSITIVO DE COMUNICACIÓN CON SERVICIO ININTERRUMPIDO INCLUIDO (EL SERVICIO PUEDE SER PROPORCIONADO POR UN PROVEEDOR DE COMUNICACIONES EXTERNO) QUE PERMITA CONECTAR LA MÁQUINA DE DIÁLISIS REMOTA E INCLÁMBRICAMENTE PARA DAR INFORMACIÓN AL MÉDICO TRATANTE EN SU HOSPITAL, SOBRE TRATAMIENTO, REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS, DATOS DEL PACIENTE, LO ANTERIOR PARA CADA MÁQUINA DOMICILIARIA SIN COSTO EXTRA PARA LA SECRETARÍA DE SALUD. |  |  |  |      |
| 3.- CONSUMIBLES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |      |
| 3.1.- LOS NECESARIOS QUE UTILICE EL EQUIPO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |      |

#### IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA

| OTRAS RESPONSABILIDADES 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 ENREGARÁN 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 CARGUEO HASTA EL LUGAR DE LA INSTALACIÓN, INCLUYENDO ELEVACIÓN CON GRUA 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.                                                                                               |  |  |
| 2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:                                                                                                                                 |  |  |
| 2.1.- ENTREGAR EN ELECTRÓNICO Y/O IMPRESO UN JUEGO DEL MANUAL DE USUARIO Y/O DE OPERACIÓN Y UN JUEGO DE LA GUÍA RÁPIDA EN IDIOMA ESPAÑOL.                                                                                            |  |  |
| 2.2.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA CONVOCANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".                                                                                                                               |  |  |

| V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)                                                                                                                                        |                                           |                     |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|----------|------------|
| PRESENTAR LO SIGUIENTE:                                                                                                                                                                                        | HIPERVINCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO) | NÚMERO DE DOCUMENTO | VIGENCIA | EVALUACIÓN |
| <b>1.- REGISTRO SANITARIO:</b>                                                                                                                                                                                 |                                           |                     |          |            |
| 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. |                                           |                     |          |            |
| <b>PARA BIENES INTERNACIONALES ANEXAR ADEMÁS:</b>                                                                                                                                                              |                                           |                     |          |            |
| V.- CERTIFICADO DE LIBRE VENTA: FDA O CE O JIS O EQUIVALENTE SEGÚN PAÍS DE ORIGEN.                                                                                                                             |                                           |                     |          |            |
| V.- CERTIFICADO ISO 13485:2016.                                                                                                                                                                                |                                           |                     |          |            |
| <b>PARA BIENES NACIONALES ANEXAR ADEMÁS:</b>                                                                                                                                                                   |                                           |                     |          |            |
| VI.- CERTIFICADO DE LA NOM-241-SSA1-2012, BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.                                                                                                               |                                           |                     |          |            |
| VI.- CERTIFICADO ISO 13485:2016.                                                                                                                                                                               |                                           |                     |          |            |
| <b>CARTA DE APOYO:</b>                                                                                                                                                                                         |                                           |                     |          |            |
| 13.1. CARTA DE FABRICANTE                                                                                                                                                                                      |                                           |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, EN PAPEL MEMBRADO DEL FABRICANTE                                                                                                                                                |                                           |                     |          |            |
| 13.2. DISTRIBUIDOR QUE COMPRA DIRECTAMENTE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                                                                                                   |                                           |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO DEL SOLIDARIO EN PAPEL MEMBRADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                                                                                              |                                           |                     |          |            |
| Y                                                                                                                                                                                                              |                                           |                     |          |            |
| CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE                                                                                |                                           |                     |          |            |
| 13.3. 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 MEMBRADO POR EL DISTRIBUIDOR PRIMARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO                                                                                                     |                                           |                     |          |            |
| O                                                                                                                                                                                                              |                                           |                     |          |            |
| DOCUMENTACIÓN PROBATIVA DEL ACUERDO O CONTRATO DE LA ASIGNACIÓN COMO DISTRIBUIDOR PRIMARIO EN MÉXICO POR EL FABRICANTE                                                                                         |                                           |                     |          |            |

| GRUPO TERAPÉUTICO II: HEMODIÁLISIS                                                                                                                                                                                             |                                |  |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--|----------------------|
|   GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO<br>SECRETARÍA DE SALUD | FICHA TÉCNICA DE EQUIPO MÉDICO |  | FOLIO DMTI: 011-24   |
|                                                                                                                                                                                                                                |                                |  | NO. DE PARTIDA: 3993 |
| SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                     | IDENTIFICADOR DE EQUIPO:       |  | VERSIÓN: V.2         |



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

| II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN |                                                                                                                                                                                                |              |          |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|
| NOMBRE:                              | MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS                                                                                                                                                                        | CANTIDAD:    | 47       |
| DEFINICIÓN:                          | EQUIPO PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON FALLA RENAL O CON OTROS PADECIMIENTOS QUE REQUIERAN DESINTOXICACIÓN SANGUÍNEA Y ELIMINACIÓN DE EXCESO DE LÍQUIDOS DEL ORGANISMO (ULTRAFILTRACIÓN). | CLAVE SAICA: | N/A 0334 |

| III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN                                                                                                                                 |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| ESPECIFICACIONES DEL BIEN                                                                                                                                              | DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO | HIPERVÍNCULO (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.- CON TECNOLOGÍA BASADA EN MICROPROCESADOR.                                                                                                                        |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.- CON CAPACIDAD PARA MONITOREO CENTRAL A TRAVÉS DE UN SISTEMA DE CÓMPUTO Y MANEJO CLÍNICO DEL PACIENTE POR MEDIO ELECTRÓNICO                                       |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.3.- DETECCIÓN DE AIRE POR MEDIO DE ULTRASONIDO                                                                                                                       |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.4.- DETECCIÓN DE FUGA SANGUÍNEA POR MEDIO DE INT RAPGO                                                                                                               |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.5.- CON CONTROL DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS:                                                                                                                        |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.5.1.- CONTROL DE FLUJO SANGUÍNEO                                                                                                                                     |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.5.1.1.- FLUJO DOBLE POR LO MENOS                                                                                                                                     |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.5.1.2.- FLUJO SENCILLO CON PRESIÓN CONTROLADA POR LO MENOS DE 0 A 20 Y 500 ML/MIN                                                                                    |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.5.2.- PRESIÓN DEL CIRCUITO DE SANGRE                                                                                                                                 |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.5.2.1.- PRESIÓN ARTERIAL POR LO MENOS DE -700 A +750MMHG                                                                                                             |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.5.2.2.- PRESIÓN VENOSA POR LO MENOS DE -700 A +750MMHG                                                                                                               |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.6.- BOMBA DE HEPARINA                                                                                                                                                |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.6.1.- FLUJO COMO MÍNIMO DE 0 A 100 ML/H                                                                                                                              |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.6.2.- VOLUMEN DE BOLO 0 A 100 ML                                                                                                                                     |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.6.3.- TIEMPO DE PARO                                                                                                                                                 |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.6.4.- VOLUMEN ACUMULADO                                                                                                                                              |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.7.- FUENTE DE AGUA                                                                                                                                                   |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.7.1.- PRESIÓN DE ENTRADA COMO MÍNIMO 0.12 A 0.6MPa                                                                                                                   |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.7.2.- TEMPERATURA DE AGUA 5 A 30°C, COMO MÍNIMO                                                                                                                      |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.7.3.- CALIDAD DE AGUA COMPATIBLE AL APÉNDICE NORMATIVO "A" DE LA NORMA-003-SSA9-2010                                                                                 |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.8.- MONITOREO Y PREPARACIÓN DEL LÍQUIDO DIALIZANTE                                                                                                                   |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.8.1.- FLUJO COMO MÍNIMO DE 300-700 ML/MIN                                                                                                                            |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.8.2.- BICARBONATO: Na 130 A 150 MMOL/L HCO3 20 A 40 MMOL/L                                                                                                           |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.8.3.- PROFILING (Kt, HCO3, UF)                                                                                                                                       |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.9.- CONTROL DE ULTRAFILTRACIÓN                                                                                                                                       |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.10.- SISTEMA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN                                                                                                                              |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.11.- TEMPERATURA DEL LÍQUIDO DIALIZANTE DENTRO DEL RANGO DESDE 35 O MENOR A 39°C O MAYOR.                                                                            |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.12.- SISTEMA INTEGRADO DE INFUSIÓN PARA ANTICOAGULACIÓN.                                                                                                             |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.13.- SISTEMA DE ENSAMBLADO AUTOMÁTICO DE ÁCIDO BICARBONATO Y CARTUCHO DE LINEAS                                                                                      |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.14.- CON CAPACIDAD PARA TRABAJAR CON BICARBONATO EN POLVO CON CAPACIDAD DE EVALUACIÓN DEL ACLAREAMIENTO IÓNICO EN TIEMPO REAL, NO INVASIVO, MEDICIÓN DE Kt/V IÓNICO. |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------|
| 1.15.- CON CAPACIDAD DE MONITORIZACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL ACCESO VASCULAR, CON OPCIÓN DE AJUSTAR LA TERAPIA EN TIEMPO REAL SIN NECESIDAD DE PRUEBAS SANGÜÍNEAS Y PODER ADECUAR LA TERAPIA DE ACUERDO CON LA NECESIDAD DEL PACIENTE |  |  |  | 0000 |
| 1.16.- CON CAPACIDAD PARA OPERAR CON BI PUNCIÓN Y UNI PUNCIÓN.                                                                                                                                                                         |  |  |  | 0000 |
| 1.16.1.- QUE CUENTE DENTRO DEL SISTEMA CON:                                                                                                                                                                                            |  |  |  |      |
| 1.16.2.- DETECTOR DE FUGAS SANGÜÍNEAS.                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |      |
| 1.16.3.- DETECTOR DE BURBUJAS.                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |      |
| 1.16.4.- BOMBA DE HEPARINA.                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |      |
| 1.17.- PANTALLA INTEGRADA AL CUERPO DE LA MÁQUINA, A COLOR O MONOCROMÁTICO O A BASE DE ELECTROLUMINISCENCIA.                                                                                                                           |  |  |  |      |
| 1.17.1.- CON DESPLIEGUE EN PANTALLA DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS:                                                                                                                                                                      |  |  |  |      |
| 1.17.1.1.- PRESIÓN ARTERIAL DE CIRCUITO.                                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |
| 1.17.1.2.- PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA DEL PACIENTE                                                                                                                                                                                   |  |  |  |      |
| 1.17.1.3.- PRESIÓN VENOSA DEL CIRCUITO.                                                                                                                                                                                                |  |  |  |      |
| 1.17.1.4.- PRESIÓN TRANSMEMBRANA.                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |      |
| 1.17.1.5.- FLUJO DE LÍQUIDO DIALIZANTE.                                                                                                                                                                                                |  |  |  |      |
| 1.17.1.6.- FLUJO DE SANGRE                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |      |
| 1.17.1.7.- TASA DE INFUSIÓN DE HEPARINA.                                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |
| 1.17.1.8.- TASA DE ULTRAFILTRACIÓN.                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |      |
| 1.17.1.9.- CONDUCTIVIDAD.                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |      |
| 1.17.1.10.- VOLUMEN DE SANGRE PROCESADA.                                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |
| 1.17.1.11.- TEMPERATURA DE LÍQUIDO DIALIZANTE.                                                                                                                                                                                         |  |  |  |      |
| 1.17.1.12.- PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA DEL PACIENTE (SISTÓLICA, DIASTÓLICA Y PRESIÓN MEDIA, INTEGRADO AL CUERPO DE LA MÁQUINA)                                                                                                       |  |  |  |      |
| 1.18.- CON SISTEMA DE ALARMAS VISUALES Y AUDIBLES AL MENOS LOS SIGUIENTES PARÁMETROS:                                                                                                                                                  |  |  |  |      |
| 1.18.1.- PRESIÓN ARTERIAL DEL CIRCUITO.                                                                                                                                                                                                |  |  |  |      |
| 1.18.2.- PRESIÓN VENOSA DEL CIRCUITO.                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |      |
| 1.18.3.- PRESIÓN TRANSMEMBRANA.                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |      |
| 1.18.4.- FLUJO DE LÍQUIDO DIALIZANTE.                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |      |
| 1.18.5.- FLUJO DE SANGRE.                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |      |
| 1.18.6.- ULTRAFILTRACIÓN.                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |      |
| 1.18.7.- CONDUCTIVIDAD.                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |      |
| 1.18.8.- TEMPERATURA DEL LÍQUIDO DIALIZANTE.                                                                                                                                                                                           |  |  |  |      |
| 1.18.9.- FUGA DE SANGRE.                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |
| 1.18.10.- AIRE EN LÍNEA.                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |
| 1.18.11.- FALLA EN EL SUMINISTRO DE AGUA.                                                                                                                                                                                              |  |  |  |      |
| 1.18.12.- FALLA EN EL SUMINISTRO DE ENERGÍA ELÉCTRICA.                                                                                                                                                                                 |  |  |  |      |
| 1.19.- CON SELECCIÓN DE TODOS LOS PARÁMETROS O ALARMAS POR MEDIO DE TECLAS, PERILLA O POR TECNOLOGÍA SENSIBLE AL TACTO.                                                                                                                |  |  |  |      |
| 1.20.- CON SISTEMA AUTOMÁTICO PARA DESINFECCIÓN QUÍMICA, MÍNIMO CON TRES SUSTANCIAS; PARA REMOCIÓN DE SALES, MÍNIMO CON UNA SUSTANCIA Y CON SISTEMA DE DESINFECCIÓN TÉRMICA.                                                           |  |  |  |      |
| 1.21.- CON DISPOSITIVO PARA EL MANEJO DE DESECHOS INTEGRADO A LA PARTE HIDRÁULICA DE LA MÁQUINA.                                                                                                                                       |  |  |  |      |
| 1.22.- GABINETE CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:                                                                                                                                                                                    |  |  |  |      |
| 1.22.1.- SUPERFICIE DE MATERIAL LAVABLE.                                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |
| 1.22.2.- CON BASE RODABLE.                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |      |
| 1.22.3.- CON SISTEMA DE FRENO.                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |      |
| 1.23.- INSTALACIÓN                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |      |



|                                                                                                                                                                                                |  |  |  |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------|
| 1.23.1.- CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V/ 50 HZ.                                                                                                                                                     |  |  |  |      |
| 1.23.2.- SUMINISTRO DE AGUA TRATADA CALIDAD COMPATIBLE AL APÉNDICE NORMATIVO "A" DE LA NOM-003-SSA3-2010                                                                                       |  |  |  |      |
| 1.24.- SOFTWARE PARA OPERACIÓN DE LA MÁQUINA EN ESPAÑOL Y QUE MANTIENE LA CONCENTRACIÓN ADECUADA DE CIERTAS SUSTANCIAS QUÍMICAS, TAMBIÉN FAVORECE QUE SE MANTENGA LA PRESIÓN SANGÜÍNEA ESTABLE |  |  |  | 0338 |
| 1.25.- HEMODIAFILTRACIÓN.                                                                                                                                                                      |  |  |  |      |
| 2.- ACCESORIOS:                                                                                                                                                                                |  |  |  |      |
| 2.1.- LOS NECESARIOS QUE UTILICE EL EQUIPO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.                                                                                                                   |  |  |  |      |
| 3.- CONSUMIBLES:                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |
| 3.1.- LOS NECESARIOS QUE UTILICE EL EQUIPO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO                                                                                                                    |  |  |  |      |

| IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                                           |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|--|--|
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | DESCRIPCIÓN DEL OPERENTE | 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 SUFRIERA 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.                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                           |  |  |
| 2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                           |  |  |
| 2.1.- ENTREGAR EN ELECTRÓNICO Y/O IMPRESO UN JUEGO DEL MANUAL DE USUARIO Y/O DE OPERACIÓN Y UN JUEGO DE LA GUÍA RÁPIDA EN IDIOMA ESPAÑOL.                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                           |  |  |
| 2.2.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA CONVOCANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                           |  |  |

| V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)                                                                                                                                        |                                           |                     |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|----------|------------|
| PRESENTAR LO SIGUIENTE:                                                                                                                                                                                        | HIPERVINCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO) | NÚMERO DE DOCUMENTO | VIGENCIA | EVALUACIÓN |
| 1.- REGISTRO SANITARIO:                                                                                                                                                                                        |                                           |                     |          |            |
| 1.1.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EMITIDO POR LA COFEPRIS, ANVERSO Y REVERSO.                                                                                                                                   |                                           |                     |          |            |
| 1.2.- REGISTRO SANITARIO NO VIGENTE, PRORROGA 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 13485:2016.                                                                                                                                                                                |                                           |                     |          |            |
| PARA BIENES NACIONALES ANEXAR ADEMÁS:                                                                                                                                                                          |                                           |                     |          |            |

|                                                                                                                                   |  |  |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------|
| VI.- CERTIFICADO DE LA NOM-241-SSA1-2012, BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COI EPHS.                                  |  |  |      |
| 5.- CERTIFICADO ISO:13485:2016.                                                                                                   |  |  |      |
| <b>CARTA DE APOYO</b>                                                                                                             |  |  |      |
| 1.3.1 CARTA DE FABRICANTE                                                                                                         |  |  |      |
| CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, EN PAPEL MEMBRATADO DEL FABRICANTE                                                                 |  |  |      |
| 13.2 DISTRIBUIDOR QUE COMPRA DIRECTAMENTE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                       |  |  | 0337 |
| CARTA DE APOYO DEL SOLICITANTE EN PAPEL MEMBRATADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                             |  |  |      |
| Y                                                                                                                                 |  |  |      |
| CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRATADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE |  |  |      |
| 13.3. 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 MEMBRATADO POR EL DISTRIBUIDOR PRIMARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO                      |  |  |      |
| O                                                                                                                                 |  |  |      |
| DOCUMENTACIÓN PROCACTA DEL ACUERDO O CONTRATO DE LA ASIGNACIÓN COMO DISTRIBUIDOR PRIMARIO EN FAVOR DEL FABRICANTE                 |  |  |      |

|                                                                                                                                          |                                |  |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--|----------------------|
| <br>GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO SECRETARÍA DE SALUD | FICHA TÉCNICA DE EQUIPO MÉDICO |  | FOJO DMH: 011-24     |
|                                                                                                                                          |                                |  | NO. DE PARTIDA: 9993 |
| SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                               | IDENTIFICADOR DE FICHA:        |  | VERSIÓN: V-2         |
| SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS                                                                                                     |                                |  |                      |

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

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                               |              |    |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----|
| II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN |                                                                                                                                                                                                                                                               |              |    |
| NOMBRE:                              | SISTEMA DE TRATAMIENTO DE AGUA                                                                                                                                                                                                                                | CANTIDAD:    | 5  |
| DEFINICIÓN:                          | EQUIPO ELECTRO HIDRÁULICO QUE OPERA A BASE DE DIFERENTES FILTROS, RESINAS Y MEMBRANAS PARA ELIMINAR LAS IMPUREZAS QUÍMICAS Y MICROBIOLÓGICAS DEL AGUA QUE SE UTILIZA PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE HEMODIÁLISIS, PARA SER UTILIZADA EN UNIDADES DE HEMODIÁLISIS. | CLAVE SAICA: | NA |

| III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN                                                                                                                                                      |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| ESPECIFICACIONES DEL BIEN                                                                                                                                                                   | DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO | HIPERVOLULO (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) |
| <b>1.- DESCRIPCIÓN:</b>                                                                                                                                                                     |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.1.- DEBE ENTREGAR CALIDAD DE AGUA CONFORME AL APÉNDICE NORMATIVO A DE LA NOM-003-SSA3-2010                                                                                                |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.2.- INTERCONECTADA CON TUBERÍA DE PVC CÉDULA 80 GRADO SANITARIO, DE FÁCIL ACCESO PARA LABORES DE MANTENIMIENTO.                                                                           |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.3.- CON VÁLVULAS DE MUESTREO DE AGUA A LA SALIDA DE CADA SISTEMA FILTRANTE.                                                                                                               |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.4.- CON MANOMETROS DE ACERO INOXIDABLE DE FÁCIL LECTURA INSTALADOS EN EL TRAYECTO DE LA RED DEL PRETRATAMIENTO.                                                                           |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.5.- CON BOMBA CENTRÍFUGA MULTIEFAPA, CON SISTEMA HIDRONEUMÁTICO, QUE GARANTICE LA PRESIÓN DE AGUA SUFICIENTE PARA EL TRABAJO ADECUADO DE LA PLANTA, CON IMPULSOR DE ACERO INOXIDABLE.     |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.6.- CON FILTRO SEDIMENTADOR AUTOMÁTICO PARA ELIMINACIÓN DE PARTÍCULAS ASENTADAS O SUSPENDIDAS DE HASTA 10 MICRÓMETROS DE DIÁMETRO.                                                        |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.7.- CON FILTROS DE CARBÓN ACTIVADO, MANUALES O AUTOMÁTICOS, PARA LA ELIMINACIÓN DE CLORO Y CLOPAMINAS, PARA OBTENCIÓN DE CANTIDADES MENORES DE 0.1 PARTES POR MILLÓN DE ESTAS SUSTANCIAS. |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 1.8.- CON FILTRO SUMIZADOR AUTOMÁTICO PARA REGENERACIÓN DE RESINA POR MEDIO DE SOLUCIÓN DE SALMUERA, CON TANQUE PARA PREPARACIÓN DE SALMUERA, PARA ELIMINACIÓN DE CALCIO Y MAGNESIO, CON CAPACIDAD DE REMOCIÓN DE ACUERDO CON LA CALIDAD DEL AGUA DE ENTRADA, QUE ASEGURE OBTENER RANGOS DE 1 A 5 PARTES POR MILLÓN DE CARBONATO DE CALCIO COMO DUREZA TOTAL. |  |  |  |  |
| 1.9.- CON EQUIPO DE ÓSMOSIS INVERSA CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |
| 1.9.1.- CON MOTOR DE ACERO INOXIDABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |
| 1.9.2.- CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN DE LOS LITROS NECESARIOS DE AGUA TRATADA DE ACUERDO AL NÚMERO DE MÁQUINAS INSTALADAS, GARANTIZADA CON ANÁLISIS FÍSICOQUÍMICOS Y MICROBIOLÓGICOS DE ACUERDO AL APÉNDICE NORMATIVO "A" DE LA NOM-003-SSA3-2010.                                                                                                                 |  |  |  |  |
| 1.10.- CON SISTEMA DE MONITOREO, DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |
| 1.10.1.- PRESIONES DE TRABAJO DEL EQUIPO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |
| 1.10.2.- MEDICIÓN DEL FLUJO DE AGUA DE RECHAZO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |
| 1.10.3.- MEDICIÓN DEL FLUJO DE PRODUCTO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |
| 1.10.4.- MEDICIÓN DEL FLUJO DE AGUA DE RECIRCULACIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |
| 1.10.5.- MEDICIÓN DE SÓLIDOS TOTALES DISUELTOS O CONDUCTIVIDAD POR MEDIDOR DIGITAL INTEGRADO AL EQUIPO.                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |
| 1.11.- CON SISTEMA PARA PROCEDIMIENTOS DE DESINFECCIÓN PROPIA Y DE LA RED DE DISTRIBUCIÓN Y DE ENLACE DE SUS MEMBRANAS.                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |
| 1.11.1.- CON ALARMAS VISUALES Y AUDIBLES DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS:                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |
| 1.11.2.- PRESIONES DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |
| 1.11.3.- SÓLIDOS TOTALES DISUELTOS O CONDUCTIVIDAD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |
| 1.12.- QUE CUMPLA CON LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD DE AGUA DE ACUERDO CON EL APÉNDICE NORMATIVO "A" DE LA NOM-003-SSA3-2010                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |
| 1.13.- CON TANQUE DE ALMACENAMIENTO DE AGUA, DE PLÁSTICO, CÓNICO, CERRADO Y VENTILADO A TRAVÉS DE FILTRO DE BACTERIAS.                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |
| 1.14.- CON BOMBA CENTRÍFUGA MULTITAPA, QUE GARANTICE LA PRESIÓN DE AGUA SUFICIENTE PARA EL TRABAJO ADECUADO DE LAS MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS, CON IMPULSOR DE ACERO INOXIDABLE.                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |
| 1.15.- CON LÁMPARA DE LUZ ULTRAVIOLETA, PARA ELIMINACIÓN DE BACTERIAS, UNA INSTALADA DESPUÉS DEL TANQUE ALMACENADOR, CON CAPACIDAD DE MANEJO DEL FLUJO DE AGUA NECESARIO PARA LA ALIMENTACIÓN DE AGUA PARA LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.                                                                                                                         |  |  |  |  |
| 1.16.- CON ULTRAFILTRO PARA LA RETENCIÓN DE ENDOTOXINAS EN UNA CANTIDAD >95.0%, COLOIDES > DE 95.0%, BACTERIAS > 95.0%, PARA AGUA TRATADA.                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |
| 1.17.- RED DE DISTRIBUCIÓN DEL AGUA TRATADA CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |
| 1.17.1.- QUE MANTENGA EN FORMA CONTINUA EL FLUJO DE AGUA DE RECIRCULACIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |
| 1.17.2.- DE MATERIAL PVC CÉDULA 80, GRADO SANITARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |
| 1.17.3.- CON MANÓMETRO DE ACERO INOXIDABLE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |
| 1.18.- INSTALACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |
| 1.18.1.- ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA 110 V, 50 HZ Ó 220 V, 60 HZ.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |
| 1.18.2.- TOMA DE AGUA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |
| 1.18.3.- DRENAJE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |
| 2.- ACCESORIOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |
| 2.1.- LOS NECESARIOS QUE UTILICE EL EQUIPO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |
| 3.- CONSUMIBLES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |
| 3.1.- LOS NECESARIOS QUE UTILICE EL EQUIPO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |

#### 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, DESEMBLAJE, ENTREGA E INSTALACIÓN, SIN COSTO PARA LA SECRETARÍA PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO.                                                                                                                                                                                                                     |  | 0338 |
| 1.3.- LAS MANIOBRAS DE ACARREO HASTA EL LUGAR DE LA INSTALACIÓN, INCLUYENDO ELEVACIÓN CON CRUZA 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 SUFRIERA ALGÚN DAÑO ESTE SERÁ CUBIERTO POR EL PROVEEDOR.                                                                                                                                                    |  |      |
| 1.5.- PRUEBAS DE CALIDAD DEL EQUIPO CONFORME A NOM-147-CD-2012, POSTERIOR A LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO Y PREVIO A SU RECEPCIÓN DEFINITIVA.                                                                                                                                                                                                                     |  |      |
| 2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:                                                                                                                                                                                                                                                          |  |      |
| 2.1.- ENTREGAR EN ELECTRÓNICO Y/O IMPRESO UN JUEGO DEL MANUAL DE USUARIO Y/O DE OPERACIÓN Y UN JUEGO DE LA GUÍA RÁPIDA EN IDIOMA ESPAÑOL.                                                                                                                                                                                                                     |  |      |
| 2.2.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA CONVOCANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".                                                                                                                                                                                                                                                        |  |      |

| V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)                                                                                                                                        |                                           |                     |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|----------|------------|
| PRESENTAR LO SIGUIENTE:                                                                                                                                                                                        | HIPERVINCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO) | NÚMERO DE DOCUMENTO | VIGENCIA | EVALUACIÓN |
| 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 SEGUN PAÍS DE ORIGEN.                                                                                                                            |                                           |                     |          |            |
| V.- CERTIFICADO ISO 13485:2016.                                                                                                                                                                                |                                           |                     |          |            |
| PARA BIENES NACIONALES ANEXAR ADEMÁS:                                                                                                                                                                          |                                           |                     |          |            |
| VI.- CERTIFICADO DE LA NOM-241-SSA1-2012, BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.                                                                                                               |                                           |                     |          |            |
| 5.- CERTIFICADO ISO 13485:2016.                                                                                                                                                                                |                                           |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO                                                                                                                                                                                                 |                                           |                     |          |            |
| 1.3.1. CARTA DE FABRICANTE                                                                                                                                                                                     |                                           |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, EN PAPEL MEMBRETES DEL FABRICANTE                                                                                                                                               |                                           |                     |          |            |
| 1.3.2. DISTRIBUIDOR QUE COMPRE DIRECTAMENTE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                                                                                                  |                                           |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO DEL SOLIDARIO EN PAPEL MEMBRETES DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                                                                                             |                                           |                     |          |            |
| Y                                                                                                                                                                                                              |                                           |                     |          |            |
| CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRETES DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE                                                                               |                                           |                     |          |            |
| 1.3.3. DISTRIBUIDOR SECUNDARIO QUE COMPRE DIRECTAMENTE A UN DISTRIBUIDOR AUTORIZADO                                                                                                                            |                                           |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO, DISTRIBUIDOR PRIMARIO Y/O SECUNDARIO                                                                                                            |                                           |                     |          |            |



|                                                                                                                                |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| CARTA ELABORADA EN PAPEL MANTENIENDO POR EL<br>DISTRIBUIDOR EL LUGAR DONDE CONSTE QUE ES<br>DISTRIBUIDOR AUTORIZADO            |  |  |  |
| DOCUMENTACIÓN PROBATIVA DEL ACUERDO O CONTRATO<br>DE LA ASIGNACIÓN COMO DISTRIBUIDOR AUTORIZADO EN MÉXICO<br>POR EL FABRICANTE |  |  |  |

|                                                                                                                              |                                |                                       |                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
|  <b>GOBIERNO DE LA<br/>CIUDAD DE MÉXICO</b> | <b>SECRETARÍA<br/>DE SALUD</b> | <b>FICHA TÉCNICA DE EQUIPO MÉDICO</b> | <b>FOLIO DMTI: 011-24</b>   |
| <b>SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO</b>                                                                            |                                |                                       | <b>NO. DE PARTIDA: 3993</b> |
| <b>SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS</b>                                                                                  |                                | <b>IDENTIFICADOR DE FICHA:</b>        | <b>VERSIÓN: V-2</b>         |

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

| II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN |                                                       |              |     |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------|-----|
| NOMBRE:                              | SILLÓN CLÍNICO RECLINABLE                             | CANTIDAD:    | 42  |
| DEFINICIÓN:                          | SILLÓN ACOMODADO PARA PROCEDIMIENTOS DE HEMODIÁLISIS. | CLAVE SALCA: | N/A |

| III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN                                                                                         |                               |                                                                                                                  |                                                                   |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| ESPECIFICACIONES DEL BIEN                                                                                                      | DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO | HIPERVÍNCULO (REFERENCIA A<br>CATÁLOGOS, MANUALES, O<br>CUALQUIER OTRO RECURSO QUE<br>DESCRIBA EL BIEN OFERTADO) | PÁGINA DEL<br>CATÁLOGO,<br>MANUAL O<br>FOLLETO DEL<br>ARCHIVO PDF | EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO<br>DEL CONVOCANTE) |
| <b>1.- DESCRIPCIÓN:</b>                                                                                                        |                               |                                                                                                                  |                                                                   |                                              |
| 1.1. IDEAL PARA USARSE EN DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS                                                                              |                               |                                                                                                                  |                                                                   |                                              |
| 1.2. QUE CUENTE CON SISTEMA NEUMÁTICO                                                                                          |                               |                                                                                                                  |                                                                   |                                              |
| 1.3. TRES POSICIONES COMO MÍNIMO: RECLINACIÓN TOTAL,<br>TRENDLENBURG Y SENTADO CON ESPALDA CASI RECTA.                         |                               |                                                                                                                  |                                                                   |                                              |
| 1.4. LAS POSICIONES RECLINACIÓN TOTAL Y TRENDLENBURG<br>NO PUEDAN SER ACOMODADAS POR EL PACIENTE SIN APOYO DE<br>UN ASISTENTE. |                               |                                                                                                                  |                                                                   |                                              |
| 1.5. DOS PALETAS LATERALES DESPRENDIBLES PARA FACILITAR<br>LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO.                                           |                               |                                                                                                                  |                                                                   |                                              |
| 1.6. QUE SOPORTE PACIENTE DE MÍNIMO 100KG                                                                                      |                               |                                                                                                                  |                                                                   |                                              |
| 1.7. CON ANCHO DE ASIENTO MÍNIMO DE 50CM                                                                                       |                               |                                                                                                                  |                                                                   |                                              |
| 1.8. TAPIZADO NO PERMEABLE                                                                                                     |                               |                                                                                                                  |                                                                   |                                              |
| <b>2.- ACCESORIOS:</b>                                                                                                         |                               |                                                                                                                  |                                                                   |                                              |
| 2.1.- LOS NECESARIOS QUE UTILICE EL EQUIPO DURANTE LA<br>VIGENCIA DEL CONTRATO.                                                |                               |                                                                                                                  |                                                                   |                                              |
| <b>3.- CONSUMIBLES:</b>                                                                                                        |                               |                                                                                                                  |                                                                   |                                              |
| 3.1. LOS NECESARIOS QUE UTILICE EL EQUIPO DURANTE LA<br>VIGENCIA DEL CONTRATO                                                  |                               |                                                                                                                  |                                                                   |                                              |

| 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<br>INSTALACIÓN DEL BIEN LO SIGUIENTE:                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                                           |
| 1.1.- TOMAR EN CUENTA LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD<br>HOSPITALARIA, DERIVADO DE SU VISITA SON LAS<br>CARACTERÍSTICAS CON LAS QUE SE ENTREGARÁN LAS ÁREAS<br>DONDE SE INSTALARÁN LOS EQUIPOS, POR LO QUE PARA LA<br>INSTALACIÓN DE LOS MISMOS EL PROVEEDOR ADJUDICADO<br>DEBERÁ HACER LAS ADECUACIONES NECESARIAS EN CASO DE<br>QUE SE REQUIERA, SIN COSTO PARA LA SECRETARÍA. |                          |                                           |
| 1.2.- REALIZAR EL TRANSPORTE, DESEMBALAJE, ENTREGA E<br>INSTALACIÓN, SIN COSTO PARA LA SECRETARÍA PARA EL<br>CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO.                                                                                                                                                                                                                                |                          |                                           |
| 1.3.- LAS MANIOBRAS DE ACARREO HASTA EL LUGAR DE LA<br>INSTALACIÓN, INCLUYENDO ELEVACIÓN CON GRÚA EN CASO DE<br>SER NECESARIO DE LOS BIENES, SERÁ RESPONSABILIDAD DEL<br>PROVEEDOR ADJUDICADO SIN GENERAR COSTO ADICIONAL<br>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.                                                                  |  |  |
| 2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:                                                                                                    |  |  |
| 2.1.- ENTREGAR EN ELECTRÓNICO Y/O IMPRESO UN JUEGO DEL MANUAL DE USUARIO Y/O DE OPERACIÓN Y UN JUEGO DE LA GUÍA RÁPIDA EN IDIOMA ESPAÑOL.                                                               |  |  |
| 2.2.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA CONVOCANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".                                                                                                  |  |  |

| V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)                                                                                                                                        |                                           |                     |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|----------|------------|
| PRESENTAR LO SIGUIENTE:                                                                                                                                                                                        | HIPERVINCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO) | NÚMERO DE DOCUMENTO | VIGENCIA | EVALUACIÓN |
| 1.- REGISTRO SANITARIO:                                                                                                                                                                                        |                                           |                     |          |            |
| 1.1.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EMITIDO POR LA COFEPRIS, ANVERSO Y REVERSO.                                                                                                                                   |                                           |                     |          |            |
| 1.2.- REGISTRO SANITARIO NO VIGENTE, PRORROGA 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:13485:2016.                                                                                                                                                                                |                                           |                     |          |            |
| PARA BIENES NACIONALES ANEXAR ADEMÁS:                                                                                                                                                                          |                                           |                     |          |            |
| VI.- CERTIFICADO DE LA NOM-241-SSA1-2012, BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.                                                                                                               |                                           |                     |          |            |
| V.- CERTIFICADO ISO:13485:2016.                                                                                                                                                                                |                                           |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO:                                                                                                                                                                                                |                                           |                     |          |            |
| 13.1. CARTA DE FABRICANTE                                                                                                                                                                                      |                                           |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, EN PAPEL MEMBRETADO DEL FABRICANTE                                                                                                                                              |                                           |                     |          |            |
| 13.2. DISTRIBUIDOR QUE COMPRA DIRECTAMENTE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                                                                                                   |                                           |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO DEL SOLIDARIO EN PAPEL MEMBRETADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                                                                                            |                                           |                     |          |            |
| CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRETADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE                                                                              |                                           |                     |          |            |
| 13.3. 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                                                                                                   |                                           |                     |          |            |
| DOCUMENTACIÓN PROBATORIA DEL ACUERDO O CONTRATO DE LA ASIGNACIÓN COMO DISTRIBUIDOR PRIMARIO EN MENÚ POR EL FABRICANTE                                                                                          |                                           |                     |          |            |

|                                                                                                                                                                                                                                              |                                       |              |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------|----------------------|
|   <b>GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO</b><br><b>SECRETARÍA DE SALUD</b> | <b>FICHA TÉCNICA DE EQUIPO MÉDICO</b> |              | FOLIO DMT: 011-24    |
|                                                                                                                                                                                                                                              |                                       |              | NO. DE PARTIDA: 3993 |
| SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                   | IDENTIFICADOR DE FICHA:               | VERSIÓN: V-2 |                      |

|                                      |  |                    |  |
|--------------------------------------|--|--------------------|--|
| I. DATOS DEL OFERENTE                |  |                    |  |
| EMPRESA:                             |  | MARCA:             |  |
| FABRICANTE:                          |  | MODELO:            |  |
| PAÍS DE ORIGEN:                      |  | CANTIDAD OFERTADA: |  |
| II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN |  |                    |  |



|             |                                                                                                                                                                                                                                                 |              |             |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|
| NOMBRE:     | OSMOSIS MÓVIL PARA HEMODIÁLISIS                                                                                                                                                                                                                 | CANTIDAD:    | 5           |
| DEFINICIÓN: | EQUIPO ELECTRO HIDRÁULICO QUE OPERA A BASE DE DIFERENTES FILTROS, RESINAS Y MEMBRANAS PARA ELIMINAR LAS IMPUREZAS QUÍMICAS Y MICROBIOLÓGICAS DEL AGUA QUE SE UTILIZA PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE HEMODIÁLISIS, PARA SER UTILIZADA EN HOSPITALES. | CLAVE SAICA: | N/A<br>0342 |

### III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN

| ESPECIFICACIONES DEL BIEN                                                                                                                                                                                          | DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO | HIPERVÍNCULO (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) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>1.- DESCRIPCIÓN:</b>                                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.1.- CAPACIDAD Y CALIDAD DEL AGUA CONFORME AL APÉNDICE NORMATIVO "A" DE LA NOM-003-SSA3-2010                                                                                                                      |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.- OSMOSIS MÓVIL CON CAPACIDAD PARA ALIMENTAR HASTA 2 EQUIPOS DE HEMODIÁLISIS SIMULTÁNEOS.                                                                                                                      |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.3.- PARA SER EMPLEADA EN HOSPITALES Y CLÍNICAS QUE PUEDAN ENTREGAR UNA PRESIÓN DE MÍNIMA DE 20 PSI EN SU LÍNEA HIDRÁULICA EN TUBERÍA DE 1/2" MÍNIMO SIN REDUCCIONES.                                             |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.4.- CON UN SENSOR DE PRESIÓN QUE PROTEGERÁ EL EQUIPO CUANDO SE DETECTE UNA BAJA PRESIÓN DE ENTRADA MENOR A 20 PSI (AJUSTABLE).                                                                                   |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.5.- DIMENSIONES DEL GABINETE PRINCIPAL: 50X50X100 CM.                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.6.- TABLERO DE CONTROL INTEGRADO AL MÓDULO PRINCIPAL.                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.7.- TEMPORIZADOR, RETARDO DE ENTRADA EN OPERACIÓN DE BOMBA DE OSMOSIS.                                                                                                                                           |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.8.- INDICADORES LUMINOSOS:                                                                                                                                                                                       |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.8.1.- VERDE: ENCENDIDO.                                                                                                                                                                                          |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.8.2.- ÁMBAR: ALERTA DE OPERACIÓN.                                                                                                                                                                                |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.8.3.- ROJO: BAJA PRESIÓN DE ENTRADA Y PARO.                                                                                                                                                                      |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.9.- PESO: 100 KG O MENOR                                                                                                                                                                                         |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.10.- 4 RUEDAS GIRATORIAS: 4" TIPO EN LAS 4 RUEDAS                                                                                                                                                                |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.11.- FILTRO FLUIDOR DE CARTUCHO INTERCAMBIABLE: 2.5"x10", 1 MICRA                                                                                                                                                |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.12.- MANÓMETROS:                                                                                                                                                                                                 |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.12.1.- PRESIÓN DE ENTRADA: 0 A 160 PSI.                                                                                                                                                                          |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.12.2.- PRESIÓN POST-FILTRO: 0 A 160 PSI.                                                                                                                                                                         |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.12.3.- PRESIÓN DE OPERACIÓN: 0 A 160 PSI.                                                                                                                                                                        |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.12.4.- PRESIÓN DE ENTRADA A EQUIPOS DE HEMODIÁLISIS: 0 A 160 PSI.                                                                                                                                                |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.13.- CONDUCTÍMETROS PARA ENTRADA Y AGUA DE PRODUCTO: 0 A 1999 MICROSIEMENS                                                                                                                                       |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.14.- ROTÁMETROS (FLUJÓMETROS) PARA PRODUCTO Y RECHAZO: PARA CALIBRACIÓN 0 A 1 GPM                                                                                                                                |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.15.- VÁLVULA DE AJUSTE PARA RECHAZO: 1/2" ACERO INOXIDABLE O PVEDD SO.                                                                                                                                           |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.16.- VÁLVULAS REGULADORAS: RECIRCULACIÓN Y PRESIÓN DE SALIDA A EQUIPOS DE HEMODIÁLISIS. CUERPO EN NYLON Y CUBIERTA DE ALUMINIO                                                                                   |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.17.- INTERRUPTOR AUTOMÁTICO POR BAJA PRESIÓN: +20 A 85 PSI                                                                                                                                                       |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.18.- LÍNEAS HIDRÁULICAS: CONSTRUCCIÓN EN PVC Y POLIETILENO ALTA DENSIDAD                                                                                                                                         |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.19.- MEMBRANAS: 2 UNIDADES 4X21" ALTO RECHAZO.                                                                                                                                                                   |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.20.- ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA: 110 V.                                                                                                                                                                              |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.21.- BOMBA DE OSMOSIS: 1.00 HP                                                                                                                                                                                   |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.22.- BOMBA DEL PRESURIZADOR (OPCIONAL): 0.5 HP                                                                                                                                                                   |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.23.- ALIMENTACIÓN HIDRÁULICA: SE ENTREGA CON ESPICA DE 3/4" EN CONEXIÓN RÁPIDA. SE RECOMIENDA INSTALAR CON MANGUERA REFORZADA DE LA MISMA MEDIDA HASTA LA TORNILLO DE AGUA CON CONEXIÓN TERMINAL MÍNIMA DE 1/2". |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |

|                                                                                                                                                    |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 1.24.- DRENAJE: SE ENTREGA CON CONECTOR HEMBRA Y MANGUERA DE 1/2". RECHAZO MÍNIMO 2 LT/1/MIN.                                                      |  |  |  |  |
| 1.25.- ASEGURARSE DE QUE EXISTA UN FLUJO DE AGUA SIN INTERRUPCIONES DURANTE LA OPERACIÓN DEL EQUIPO. OBSERVAR QUE NO SE ESTRANQUEEN LAS MANGUERAS. |  |  |  |  |
| 1.26.- NO INSTALAR VALVULAS PARA RESTRINGIR EL RECHAZO.                                                                                            |  |  |  |  |
| 1.27.- VIDA ÚTIL.                                                                                                                                  |  |  |  |  |
| 2.- ACCESORIOS:                                                                                                                                    |  |  |  |  |
| 2.1.- LOS NECESARIOS QUE UTILICE EL EQUIPO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.                                                                       |  |  |  |  |
| 3.- CONSUMIBLES:                                                                                                                                   |  |  |  |  |
| 3.1 LOS NECESARIOS QUE UTILICE EL EQUIPO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO                                                                          |  |  |  |  |

| 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, DISEMBALAJE, 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 GRUA 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 SUFRIERA 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.                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                           |  |  |
| 2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                           |  |  |
| 2.1.- ENTREGAR EN ELECTRÓNICO Y/O IMPRESO UN JUEGO DEL MANUAL DE USUARIO Y/O DE OPERACIÓN Y UN JUEGO DE LA GUÍA RÁPIDA EN IDIOMA ESPAÑOL.                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                           |  |  |
| 2.2.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA CONVOCANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                           |  |  |

| V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)                                                                                                                                        |                                           |                     |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|----------|------------|
| PRESENTAR LO SIGUIENTE:                                                                                                                                                                                        | HIPERVINCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO) | NÚMERO DE DOCUMENTO | VIGENCIA | EVALUACIÓN |
| 1.- REGISTRO SANITARIO:                                                                                                                                                                                        |                                           |                     |          |            |
| 1.1.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EMITIDO POR LA COFEPRIS, ANVERSO Y REVERSO.                                                                                                                                   |                                           |                     |          |            |
| 1.2.- REGISTRO SANITARIO NO VIGENTE, PRORROGA 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:13485:2016.                                                                                                                                                                                |                                           |                     |          |            |
| PARA BIENES NACIONALES ANEXAR ADEMÁS:                                                                                                                                                                          |                                           |                     |          |            |
| VI.- CERTIFICADO DE LA NOM-241-SSA1-2012, BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.                                                                                                               |                                           |                     |          |            |
| VII.- CERTIFICADO ISO:13485:2016.                                                                                                                                                                              |                                           |                     |          |            |



|                                                                                                                                   |  |  |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------|
| <b>CARTA DE APOYO</b>                                                                                                             |  |  |      |
| 1.3.1. CARTA DE FABRICANTE                                                                                                        |  |  |      |
| CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, EN PAPEL MEMBRETADO DEL FABRICANTE                                                                 |  |  |      |
| 1.3.2. DISTRIBUIDOR QUE COMPRO DIRECTAMENTE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                     |  |  |      |
| CARTA DE APOYO DEL SOLIDARIO EN PAPEL MEMBRETADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                               |  |  | 0344 |
| 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 COMPRO 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          |  |  |      |

|                                                                                                                                     |  |                                       |  |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|----------------------|
|  <b>SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO</b> |  | <b>FICHA TÉCNICA DE EQUIPO MÉDICO</b> |  | FOLIO DMTI: 011-24   |
| SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS                                                                                                |  | IDENTIFICADOR DE FICHA:               |  | NO. DE PARTIDA: 3993 |
|                                                                                                                                     |  |                                       |  | VERSIÓN: V-2         |

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

| II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN |                                                                                    |              |     |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----|
| NOMBRE:                              | SISTEMA DE ECOGRAFÍA                                                               | CANTIDAD:    | 5   |
| DEFINICIÓN:                          | SISTEMA DE IMAGENOLÓGIA BASADO EN EL USO DE ULTRASONIDO POR CATÉTER INTRAVASCULAR. | CLAVE SAICA: | N/A |

| 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) |
| <b>1.- DESCRIPCIÓN:</b>                                                                   |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.1.- ESPECIFICACIONES DEL ESCÁNER                                                        |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.1.1.- DIMENSIONES: 30.5 CM (12") LARGO X 33 CM (13") ALTO X 12.7 CM (5") ANCHO +/- 1 CM |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.1.2.- PESO: 4.54 KG (10 LIBRAS) +/- 250 GRS.                                            |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.1.3.- FUENTES DE ALIMENTACIÓN: ADAPTADOR DE CA, BATERÍA DE CC INTERNA Y EXTERNA.        |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.1.4.- CONSUMO: 64 W MÁXIMO                                                              |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.1.5.- TAMAÑO DEL MONITOR: 12.1" +/- .1"                                                 |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.1.6.- INFORMACIÓN EN PANTALLA                                                           |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.- MARCADOR DE ORIENTACIÓN DEL TRANSDUCTOR.                                            |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.1.- FECHA EN FORMATO AÑO/MES/DÍA; HORA EN FORMATO DE 24 HRS.                          |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.2.- MARCADORES DE PROFUNDIDAD DE LA IMAGEN                                            |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.3.- ICONOS DE REFERENCIA TAMAÑO DEL CATÉTER.                                          |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.4.- INDICADOR DE ALIMENTACIÓN CA                                                      |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.5.- INDICADOR DE CONTRASTE.                                                           |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.6.- INDICADOR DE BATERÍA.                                                             |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.3.- MANIDOS.                                                                            |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.3.1.- INDICADOR DE AUMENTO.                                                             |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.3.2.- INDICADOR DE DISMINUCIÓN.                                                         |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.3.3.- INDICADOR DE PROFUNDIDAD DE LA IMAGEN. (1.5 CM, 3.0 CM, 4.5 CM, 6.0 CM)           |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |

|                                                                           |  |  |  |      |
|---------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------|
| 1.3.4.- INDICADOR DE MARCADORES DE PROFUNDIDAD, LÍNEAS COORDENADAS.       |  |  |  |      |
| 1.3.5.- INDICADOR DE IMAGEN CONGELADA.                                    |  |  |  |      |
| 1.3.6.- INDICADOR DE ENCENDER/APAGAR / REINICIAR.                         |  |  |  |      |
| 1.4.- ESPECIFICACIONES DEL TRANSDUCTOR.                                   |  |  |  |      |
| 1.4.1.- LÍNEA: SÓLIDA LINEAL PARA ACCESO VASCULAR                         |  |  |  | 0342 |
| 1.4.2.- FRECUENCIA: 5 -10 MHZ                                             |  |  |  |      |
| 1.4.3.- ENFOQUE, ELEVACIÓN: 1.5 CM                                        |  |  |  |      |
| 1.4.4.- PROFUNDIDAD DE ESCANEO MÁXIMA: 6.0 CM                             |  |  |  |      |
| 1.4.5.- ANCHO DE ESCANEO: 1.9 CM                                          |  |  |  |      |
| 1.4.6.- MANDOS DEL TRANSDUCTOR.                                           |  |  |  |      |
| 1.4.7.- ENCENDER/APAGAR/REINICIAR.                                        |  |  |  |      |
| 1.4.8.- REDUCIR AUMENTO / INCREMENTAR AUMENTO                             |  |  |  |      |
| 1.4.9.- PROI UNIDAD.                                                      |  |  |  |      |
| 1.4.1.- CONGELAR IMAGEN.                                                  |  |  |  |      |
| 1.4.1.1.- PROFUNDIDAD DE LA IMAGEN PROI UNIDAD FOCAL                      |  |  |  |      |
| 1.4.1.2.- 1.5 CM 0.6 CM                                                   |  |  |  |      |
| 1.4.1.3.- 3.0 CM 1.5 CM                                                   |  |  |  |      |
| 1.4.1.4.- 4.5 CM 3.0 CM                                                   |  |  |  |      |
| 1.4.1.5.- 6.0 CM 5.0 CM                                                   |  |  |  |      |
| 1.4.1.6.- ESPECIFICACIONES DEL ADAPTADOR DE CA                            |  |  |  |      |
| 1.4.1.7.- VOLTAJE DE ENTRADA: 100-240 VCA, 50/60 HZ.                      |  |  |  |      |
| 1.4.1.8.- CORRIENTE DE ENTRADA (MÁXIMA): 2 AMP                            |  |  |  |      |
| 1.5.- ESPECIFICACIONES DE LA BATERÍA INTERNA                              |  |  |  |      |
| 1.5.1.- COMPOSICIÓN QUÍMICA: ION DE LITIO                                 |  |  |  |      |
| 1.5.2.- VOLTAJE DE SALIDA NOMINAL: 10.8 VCC                               |  |  |  |      |
| 1.5.3.- CORRIENTE DE SALIDA (MÁXIMA): 6 AMP                               |  |  |  |      |
| 1.5.4.- POTENCIA DE SALIDA (CON CARGA COMPLETA): 52 WH                    |  |  |  |      |
| 1.5.5.- TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO CON CARGA COMPLETA: 1.0 HORAS            |  |  |  |      |
| 1.5.6.- TIEMPO DE RECARGA DE BATERÍA (CARGA COMPLETA): 1.75 HORAS         |  |  |  |      |
| 1.5.7.- BATERÍA MONTADA EN EL SOPORTE DE RUEDAS                           |  |  |  |      |
| 1.6.- ESPECIFICACIONES ELÉCTRICAS                                         |  |  |  |      |
| 1.6.1.- VOLTAJE DE SALIDA NOMINAL DE LA BATERÍA: 10.8 VCC                 |  |  |  |      |
| 1.6.2.- CORRIENTE DE SALIDA DE LA BATERÍA (MÁXIMA): 6 AMP                 |  |  |  |      |
| 1.6.3.- TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO CON CARGA COMPLETA: 2.5 HORAS            |  |  |  |      |
| 1.6.4.- TIEMPO PARA RECARGA DE BATERÍA (CARGA COMPLETA): 3 HORAS.         |  |  |  |      |
| 2.- ACCESORIOS:                                                           |  |  |  |      |
| 2.1 LOS NECESARIOS QUE UTILICE EL EQUIPO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |  |  |  |      |
| 3.- CONSUMIBLES:                                                          |  |  |  |      |
| 3.1 LOS NECESARIOS QUE UTILICE EL EQUIPO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |  |  |  |      |

#### 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, DESEMBALEJE, 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 SUFRIERA ALGÚN DAÑO ESTE SERÁ CUBIERTO POR EL PROVEEDOR.                           |  | 33475 |
| 1.5.- PRUEBAS DE CALIDAD DEL EQUIPO CONFORME A NOMINATIVIDAD, POSTERIOR A LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO Y PREVIO A SU RECEPCIÓN DEFINITIVA.                                                                                              |  |       |
| 2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:                                                                                                                                 |  |       |
| 2.1.- ENTREGAR EN ELECTRÓNICO Y/O IMPRESO UN JUEGO DEL MANUAL DE USUARIO Y/O DE OPERACIÓN Y UN JUEGO DE LA GUÍA RÁPIDA EN IDIOMA ESPAÑOL.                                                                                            |  |       |
| 2.2.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA COMITANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".                                                                                                                                |  |       |

| V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)                                                                                                                                      |                                           |                     |          |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|----------|------------|
| PRESENTAR LO SIGUIENTE:                                                                                                                                                                                      | HIPERVINCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO) | NÚMERO DE DOCUMENTO | VIGENCIA | EVALUACIÓN |
| 1.- REGISTRO SANITARIO:                                                                                                                                                                                      |                                           |                     |          |            |
| 1.1.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EMITIDO POR LA COFEPRIS, ANVERSO Y REVERSO.                                                                                                                                 |                                           |                     |          |            |
| 1.2.- REGISTRO SANITARIO NO VIGENTE: PRÓROGA Y COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHOS.                                                                                                                              |                                           |                     |          |            |
| 1.3.- EN CASO DE QUE EL BIEN NO REQUIERA REGISTRO SANITARIO: CARTA DE NO REQUIMIENTO 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 IIS O EQUIVALENTE SEGÚN PAÍS DE ORIGEN.                                                                                                                          |                                           |                     |          |            |
| V.- CERTIFICADO ISO:13485:2016.                                                                                                                                                                              |                                           |                     |          |            |
| PARA BIENES NACIONALES ANEXAR ADEMÁS:                                                                                                                                                                        |                                           |                     |          |            |
| VI.- CERTIFICADO DE LA NOM-241-SSA1-2012. BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.                                                                                                             |                                           |                     |          |            |
| 5.- CERTIFICADO ISO:13485:2016.                                                                                                                                                                              |                                           |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO:                                                                                                                                                                                              |                                           |                     |          |            |
| 13.1. CARTA DE FABRICANTE                                                                                                                                                                                    |                                           |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, EN PAPEL MEMBRETEADO DEL FABRICANTE                                                                                                                                           |                                           |                     |          |            |
| 13.2. DISTRIBUIDOR QUE COMPRA DIRECTAMENTE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                                                                                                 |                                           |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO DEL SOLIDARIO EN PAPEL MEMBRETEADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                                                                                         |                                           |                     |          |            |
| Y                                                                                                                                                                                                            |                                           |                     |          |            |
| CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRETEADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE                                                                           |                                           |                     |          |            |
| 13.3. 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 MEMBRETEADO POR EL DISTRIBUIDOR PRIMARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO                                                                                                |                                           |                     |          |            |
| O                                                                                                                                                                                                            |                                           |                     |          |            |
| DOCUMENTACIÓN PROBADORA DEL ACUERDO O CONVENIO DE LA ASIGNACIÓN COMO DISTRIBUIDOR PRIMARIO EN MENÚ POR EL FABRICANTE                                                                                         |                                           |                     |          |            |

**GRUPO TERAPÉUTICO. III. TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO**

|                                                                                                                                                        |                                            |                         |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|----------------------|
|  <b>GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO</b><br><b>SECRETARÍA DE SALUD</b> | <b>FICHA TÉCNICA DE EQUIPO MÉDICO</b>      |                         | FOLIO DMTI: 011-24   |
|                                                                                                                                                        | SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO |                         | NO. DE PARTIDA: 8993 |
|                                                                                                                                                        | SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS       | IDENTIFICADOR DE FICHA: | VERSIÓN: V-2         |

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

| II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |     |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----|
| NOMBRE:                              | MÁQUINA DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CANTIDAD:    | 6   |
| DEFINICIÓN:                          | EQUIPO PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES QUE SUFREN DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, EN ESTADO CRÍTICO CON INESTABILIDAD HEMODINÁMICA; TERAPIA QUE CUMPLE PARCIALMENTE LA FUNCIÓN DEL RIÑÓN MEDIANTE LA ELIMINACIÓN DE SOLUTOS (DÍALISIS) Y/O AGUA (ULTRAFILTRACIÓN), SIENDO IMPLEMENTADA EN FORMA CONTINUA DURANTE 24 HORAS AL DÍA HASTA QUE EL PACIENTE LO PRECISE. | CLAVE SAICA: | N/A |

| III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN                                                                                                                |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| ESPECIFICACIONES DEL BIEN                                                                                                                             | DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO | HIPERVOLUMO (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.- EQUIPO PARA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO (RRC), CON TECNOLOGÍA BASADA EN MICROPROCESADORES.                                              |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.2.- PANTALLA LCD O TÁCTIL MONOCROMÁTICA O TECNOLOGÍA SUPERIOR INTEGRADA A LA MÁQUINA.                                                               |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.3.- CON CAPACIDAD PARA REALIZAR LAS SIGUIENTES TERAPIAS:                                                                                            |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.3.1.- ULTRAFILTRACIÓN CONTINUA LENTA (SCLT) REMUEVE SÓLO LÍQUIDO EN EXCESO POR ULTRAFILTRACIÓN.                                                     |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.3.2.- HEMOFILTRACIÓN VENOVENOSA CONTINUA (CVVH) REMUEVE SOLUTOS DE MEDIANO Y ALTO PESO MOLECULAR POR CONVECCIÓN.                                    |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.3.3.- HEMODÍALISIS VENOVENOSA CONTINUA (CVVHD) REMUEVE SOLUTOS DE PESO PEQUEÑO POR DIFUSIÓN.                                                        |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.3.4.- HEMODIFILTRACIÓN VENOVENOSA CONTINUA (CVVHDF) REMUEVE SOLUTOS DE MEDIANO Y PEQUEÑO PESO COMBINANDO DIFUSIÓN Y CONVECCIÓN.                     |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.4.- CON DESPLIEGUE EN PANTALLA DE:                                                                                                                  |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.4.1.- PRESIÓN DE RETORNO.                                                                                                                           |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.4.2.- PRESIÓN DE ENTRADA.                                                                                                                           |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.4.3.- PRESIÓN DEL FILTRO.                                                                                                                           |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.4.4.- FLUJO DE SANGRE.                                                                                                                              |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.4.5.- FLUJO DEL LÍQUIDO DIALIZANTE.                                                                                                                 |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.4.6.- TASA DE INFUSIÓN DE HEPARINA.                                                                                                                 |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.4.7.- TASA DE ULTRAFILTRACIÓN.                                                                                                                      |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.4.8.- TASA DE DÍALISIS.                                                                                                                             |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.4.9.- TASA DE REEMPLAZO.                                                                                                                            |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.5.- CON CONTROL DE PARÁMETROS DE:                                                                                                                   |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.5.1.- UMBRAL DE ALARMA DE SANGRE, PRESIÓN DE ENTRADA NEGATIVA FUERA DE ESCALA DE -15 A -250 MMHG CON INCREMENTOS DE 5 MMHG.                         |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.5.2.- UMBRAL DE ALARMA DE SANGRE, PRESIÓN DE RETORNO POSITIVA FUERA DE ESCALA DE +15 A +350 MMHG, INCREMENTOS 5 MMHG.                               |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.5.3.- UMBRAL DE ALARMA DE INFORMACIÓN, FILTRO COAGULADO DE +10 A +100 MMHG MAYORQUE CAÍDA DE PRESIÓN INICIAL DEL FILTRO CON INCREMENTOS DE 10 MMHG. |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.5.4.- LÍMITE DE SEGURIDAD DE EXCESO PÉRDIDA O GANANCIA DE LÍQUIDO DEL PACIENTE DE 130 A 400 ML CON INCREMENTO DE 10 ML.                             |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.5.5.- MODO DE SUMINISTRO DEL ANTICOAGULANTE CONTINUO O BOLO.                                                                                        |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.5.6.- FLUJO DE SUMINISTRO CONTINUO DE ANTICOAGULANTE 0.5 A 5.0 ML/H CON INCREMENTO DE 0.1 ML/H.                                                     |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |
| 1.5.7.- VOLUMEN DE SUMINISTRO DEL BOLO ANTICOAGULANTE DE 0.5 A 5.0 ML CON INCREMENTO DE 0.1 ML.                                                       |                               |                                                                                                       |                                                       |                                           |



|                                                                                                                                                                            |  |  |  |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------|
| 1.5.8.- INTERVALO DE SUMINISTRO DEL BOLO ANTICOAGULANTE DE 1 A 24 HORAS CON INCREMENTOS DE 1 HORA.                                                                         |  |  |  |      |
| 1.5.9.- FLUJO SANGUÍNEO 10 A 150 ML/MIN CON INCREMENTOS DE 5 ML/MIN.                                                                                                       |  |  |  |      |
| 1.5.1.- FLUJO DE LA SOLUCIÓN DE REINYECCIÓN EN CVH DE 100 A 4500 ML/H CON INCREMENTOS DE 10 ML/H. Y PARA SCUF, CVHD, CVVHD: DE 100 A 2000 ML/H CON INCREMENTOS DE 10 ML/H. |  |  |  | 0322 |
| 1.5.1.1.- FLUJO DEL LÍQUIDO DE DIÁLISIS DE 0 A 2500 ML/H CON INCREMENTOS DE 50 ML/H.                                                                                       |  |  |  |      |
| 1.5.1.2.- FLUJO DE EXTRACCIÓN DE LÍQUIDOS DEL PACIENTE PARA SCUF DE 10 A 2000 ML/H. Y PARA CVH, CVHD, CVVHD: DE 10 A 1000 ML/H. CON INCREMENTOS DE 10 ML/H.                |  |  |  |      |
| 1.6.- BOMBAS PERISTÁLTICAS:                                                                                                                                                |  |  |  |      |
| 1.6.1.- BOMBA DE SANGRE:                                                                                                                                                   |  |  |  |      |
| 1.6.1.1.- RANGO DE FLUJO DE 10 A 150 ML/MIN.                                                                                                                               |  |  |  |      |
| 1.6.1.2.- INCREMENTOS DE FLUJO 5 ML/MIN.                                                                                                                                   |  |  |  |      |
| 1.6.1.3.- PRECISIÓN DE $\pm 10\%$ DEL FLUJO DEFINIDO POR EL USUARIO.                                                                                                       |  |  |  |      |
| 1.6.1.4.- FLUJO DE RETORNO DE 110 ML/MIN.                                                                                                                                  |  |  |  |      |
| 1.6.2.- BOMBA DE REEMPLAZO:                                                                                                                                                |  |  |  |      |
| 1.6.2.1.- RANGO DE FLUJO DE 100 A 4500 ML/H EN CVH Y DE 100 A 2000 ML/H EN LAS DEMÁS TERAPIAS.                                                                             |  |  |  |      |
| 1.6.2.2.- INCREMENTOS DE FLUJO DE 10 ML/H.                                                                                                                                 |  |  |  |      |
| 1.6.2.3.- PRECISIÓN DE FLUJO $\pm 30$ ML/H.                                                                                                                                |  |  |  |      |
| 1.6.3.- BOMBA DE DIÁLISIS:                                                                                                                                                 |  |  |  |      |
| 1.6.3.1.- RANGO DE FLUJO DE 50 A 2500 ML/H.                                                                                                                                |  |  |  |      |
| 1.6.3.2.- INCREMENTOS DE FLUJO DE 50 ML/MIN.                                                                                                                               |  |  |  |      |
| 1.6.3.3.- PRECISIÓN DE $\pm 30$ ML/H DEL FLUJO DEFINIDO POR EL USUARIO.                                                                                                    |  |  |  |      |
| 1.6.4.- BOMBA DE EFLENTE:                                                                                                                                                  |  |  |  |      |
| 1.6.4.1.- RANGO DE FLUJO DE 10 A 2000 ML/H. PARA (SCUF).                                                                                                                   |  |  |  |      |
| 1.6.4.2.- RANGO DE FLUJO DE 10 A 1000 ML/H. PARA (CVH), (CVHD), (CVVHD).                                                                                                   |  |  |  |      |
| 1.6.4.3.- INCREMENTOS DE FLUJO DE 10 ML/MIN.                                                                                                                               |  |  |  |      |
| 1.6.4.4.- RANGO DEL FLUJO DEL EFLENTE 10 A 5500 ML/H.                                                                                                                      |  |  |  |      |
| 1.7.- SISTEMA DE INFUSIÓN PARA ANTICOAGULACIÓN:                                                                                                                            |  |  |  |      |
| 1.7.1.- FLUJO CONTINUO DE SUMINISTRO DE ANTICOAGULANTE.                                                                                                                    |  |  |  |      |
| 1.7.2.- RANGO DE FLUJO DE 0.5 A 5.0 ML/H.                                                                                                                                  |  |  |  |      |
| 1.7.3.- INCREMENTOS DE FLUJO DE 0.1 ML/MIN.                                                                                                                                |  |  |  |      |
| 1.8.- BOLOS DEL ANTICOAGULANTE                                                                                                                                             |  |  |  |      |
| 1.8.1.- VOLUMEN:                                                                                                                                                           |  |  |  |      |
| 1.8.1.1.- RANGO DE FLUJO DE 0.5 A 5.0 ML.                                                                                                                                  |  |  |  |      |
| 1.8.1.2.- INCREMENTOS DE FLUJO DE 0.1 ML/MIN.                                                                                                                              |  |  |  |      |
| 1.8.1.3.- PRECISIÓN DE FLUJO DE $\pm 0.5$ ML.                                                                                                                              |  |  |  |      |
| 1.8.2.- FRECUENCIA:                                                                                                                                                        |  |  |  |      |
| 1.8.2.1.- RANGO DE 1 A 24 HRS.                                                                                                                                             |  |  |  |      |
| 1.9.- SENSORES DE PRESIÓN:                                                                                                                                                 |  |  |  |      |
| 1.9.1.- LÍNEA DE ENTRADA:                                                                                                                                                  |  |  |  |      |
| 1.9.1.1.- RANGO DE FUNCIONAMIENTO DE -250 A +500 MMHG COMO MÁXIMO.                                                                                                         |  |  |  |      |
| 1.9.1.2.- PRECISIÓN DE $\pm 10\%$ DE LECTURA O $\pm 8$ MMHG.                                                                                                               |  |  |  |      |
| 1.9.2.- LÍNEA DE RETORNO:                                                                                                                                                  |  |  |  |      |
| 1.9.2.1.- RANGO DE FUNCIONAMIENTO DE -50 A +350 MMHG.                                                                                                                      |  |  |  |      |
| 1.9.2.2.- PRECISIÓN DE $\pm 10\%$ DE LECTURA O $\pm 8$ MMHG.                                                                                                               |  |  |  |      |
| 1.9.3.- DEL FILTRO:                                                                                                                                                        |  |  |  |      |
| 1.9.3.1.- RANGO DE FUNCIONAMIENTO DE -50 A +500 MMHG.                                                                                                                      |  |  |  |      |
| 1.9.3.2.- PRECISIÓN DE $\pm 10\%$ DE LECTURA O $\pm 8$ MMHG.                                                                                                               |  |  |  |      |
| 1.9.4.- LÍNEA DE EFLENTE:                                                                                                                                                  |  |  |  |      |
| 1.9.4.1.- RANGO DE -350 A +50 MMHG.                                                                                                                                        |  |  |  |      |
| 1.9.4.2.- PRECISIÓN DE $\pm 10\%$ DE LECTURA O $\pm 8$ MMHG.                                                                                                               |  |  |  |      |
| 1.10.- SISTEMA DE DETECCIÓN DE:                                                                                                                                            |  |  |  |      |
| 1.10.1.- AIRE Y MICROBURBUJAS EN SANGRE                                                                                                                                    |  |  |  |      |
| 1.10.2.- FUGAS DE SANGRE.                                                                                                                                                  |  |  |  |      |
| 1.11.- CON SISTEMA DE ALARMAS AUDIBLES Y VISIBLES DE:                                                                                                                      |  |  |  |      |
| 1.11.1.- AIRE EN SANGRE                                                                                                                                                    |  |  |  |      |
| 1.11.2.- COAGULACIÓN DEL FILTRO                                                                                                                                            |  |  |  |      |
| 1.11.3.- FUGA DE SANGRE                                                                                                                                                    |  |  |  |      |

|                                                                                  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 1.11.4.- PRESIÓN DE RETORNO POSITIVA FUERA DE ESCALA.                            |  |  |  |  |
| 1.11.5.- PRESIÓN DE ENTRADA NEGATIVA FUERA DE ESCALA.                            |  |  |  |  |
| 1.11.6.- PRESIÓN DEL FILTRO POSITIVA FUERA DE ESCALA.                            |  |  |  |  |
| 1.11.7.- CORTE EN EL SUMINISTRO ELÉCTRICO.                                       |  |  |  |  |
| 1.12.- GABINETE:                                                                 |  |  |  |  |
| 1.12.1.- SUPERFICIES DE MATERIAL LAVABLE.                                        |  |  |  |  |
| 1.12.2.- BASE RODABLE.                                                           |  |  |  |  |
| 1.12.3.- SISTEMA DE FRENO.                                                       |  |  |  |  |
| 1.13.- ALIMENTACIÓN DE CORRIENTE ELÉCTRICA DE 120V +/- 10% 60 HZ. TIERRA FÍSICA. |  |  |  |  |
| 2.- ACCESORIOS:                                                                  |  |  |  |  |
| 2.1.- LOS NECESARIOS QUE UTILICE EL EQUIPO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.     |  |  |  |  |
| 3.- CONSUMIBLES:                                                                 |  |  |  |  |
| 3.1.- LOS NECESARIOS QUE UTILICE EL EQUIPO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.     |  |  |  |  |

#### 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 GRUA 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 SUFRIERA ALGUN 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.                                                                                                                                                                                                                       |                          |                                           |
| 2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                                           |
| 2.1.- ENTREGAR EN ELECTRÓNICO Y/O IMPRESO UN JUEGO DEL MANUAL DE USUARIO Y/O DE OPERACIÓN Y UN JUEGO DE LA GUÍA RÁPIDA EN IDIOMA ESPAÑOL.                                                                                                                                                                                                                    |                          |                                           |
| 2.2.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA CONVOCANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO.                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                                           |

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

| PRESENTAR LO SIGUIENTE:                                                                                                                                                                                      | HIPERVINCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO) | NÚMERO DE DOCUMENTO | VIGENCIA | EVALUACIÓN |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|----------|------------|
| 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 REQUIMIENTO 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:13465:2016.                                                                                                                                                                              |                                           |                     |          |            |



|                                                                                                                                    |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| PARA BIENES NACIONALES ANEXAR ADEMÁS:                                                                                              |  |  |  |  |
| VI.- CERTIFICADO DE LA NOM-241-SSA1-2012, BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.                                   |  |  |  |  |
| VII.- CERTIFICADO ISO-13485-2016.                                                                                                  |  |  |  |  |
| <b>CARTA DE APOYO</b>                                                                                                              |  |  |  |  |
| <b>13.1 CARTA DE FABRICANTE</b>                                                                                                    |  |  |  |  |
| CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, EN PAPEL MEMBRETEADO DEL FABRICANTE                                                                 |  |  |  |  |
| 13.2 DISTRIBUIDOR QUE COMPRA DIRECTAMENTE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                        |  |  |  |  |
| CARTA DE APOYO DEL SOLICITANTE EN PAPEL MEMBRETEADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                             |  |  |  |  |
| Y                                                                                                                                  |  |  |  |  |
| CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRETEADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE |  |  |  |  |
| 13.3. 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 MEMBRETEADO POR EL DISTRIBUIDOR PRIMARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO                      |  |  |  |  |
| O                                                                                                                                  |  |  |  |  |
| DOCUMENTACIÓN PROCATÓMI DEL ADQUIRIDO O CONTRATO DE LA ASIGNACIÓN COMO DISTRIBUIDOR PRIMARIO EN MÉXICO POR EL FABRICANTE           |  |  |  |  |

### SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA

|                                                                                                                                               |                                                                                                                                          | <b>FICHA TÉCNICA DE SOFTWARE</b>                                                                       |                                                       | FOLIO DMTL: 011-24                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                          |                                                                                                        |                                                       | NO. DE PARTIDA: 3993                      |
| SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                          | IDENTIFICADOR DE FICHA:                                                                                | VERSIÓN                                               |                                           |
| <b>I. DATOS DEL OFERENTE</b>                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                          |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| EMPRESA:                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                          |                                                                                                        | MARCA:                                                |                                           |
| FABRICANTE:                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                          |                                                                                                        | MODELO:                                               |                                           |
| PAÍS DE ORIGEN:                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                          |                                                                                                        | CANTIDAD OFERTADA:                                    |                                           |
| <b>II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN</b>                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                          |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                                                        | SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA                                                                                                       |                                                                                                        | CANTIDAD:                                             | 10                                        |
| DEFINICIÓN:                                                                                                                                                                                                                    | SISTEMA INFORMÁTICO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA PARA EL CONTROL DE ESTUDIOS Y/O PROCEDIMIENTOS REALIZADOS, EQUIPOS, INSUMOS Y PRESUPUESTO. |                                                                                                        | CLAVE SAICA:                                          | NA                                        |
| <b>III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN</b>                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| ESPECIFICACIONES DEL BIEN                                                                                                                                                                                                      | DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO                                                                                                            | HIPERVINCULO (REFERENCIA A CATALOGOS, MANUALES O CUALQUIER OTRO RECURSO QUE DESCRIBA EL BIEN OFERTADO) | PAGINA DEL CATALOGO, MANUAL O FOLLETO DEL ARCHIVO PDF | EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE) |
| 1.- TIPO DE SISTEMA                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                          |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 1.1 SISTEMA INFORMÁTICO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA PARA EL CONTROL DE ESTUDIOS Y/O PROCEDIMIENTOS REALIZADOS, INSUMOS Y PRESUPUESTO.                                                                                            |                                                                                                                                          |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 1.1 EQUIPOS CONSTANTEMENTE ACTUALIZADOS, LIBRES DE VIRUS.                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                          |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 2.- SEGURIDAD Y ACCESO                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                          |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 2.1 EL SISTEMA DIGITAL DEBERÁ SER ADMINISTRADO EN LÍNEA, EN LA NUBE CON ACCESO MEDIANTE DESDE CUALQUIER PUNTO A TRAVÉS DE UN PORTAL WEB, POR LO QUE ES NECESARIO QUE CUENTE CON CONEXIÓN A INTERNET.                           |                                                                                                                                          |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 2.2 EL SISTEMA DEBERÁ CONTAR CON UN CERTIFICADO DE SEGURIDAD DE COMUNICACIÓN CODIFICADA SSL FORZADO CON VALIDACIÓN EXTENDIDA Y CON NIVEL DE CIFRADO RSA DE 2,048 BITS, CON EL FIN DE ASEGURAR LA INTEGRIDAD DE LA INFORMACIÓN. |                                                                                                                                          |                                                                                                        |                                                       |                                           |
| 2.3 EL SISTEMA DEBE PERMITIR O RESTRINGIR ACCESO O FUNCIONES CON BASE A PERFILES DE USUARIO.                                                                                                                                   |                                                                                                                                          |                                                                                                        |                                                       |                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 3.- ADMINISTRACIÓN DE USUARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |
| 3.1 EL SISTEMA DEBERÁ CONTAR CON UN MÓDULO DE ADMINISTRACIÓN DE ACCESO Y PRIVILEGIOS BASADA EN PERFILES DE USUARIOS.                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |
| 3.2 EL SISTEMA DEBERÁ CONSIDERAR EL ACCESO PARA UN MÍNIMO DE 10 USUARIOS, EXCLUSIVOS PARA SEDESA.                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |
| 3.3 EL SISTEMA DEBERÁ TENER LA CAPACIDAD DE GENERAR USUARIOS Y ASIGNAR PERFILES DE ACUERDO CON SEGRECIÓN DE FUNCIONES, CONFORME SU ÁREA DE TRABAJO COMO ADMINISTRADOR U OPERADORES.                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |
| 4.- FUNCIONALIDAD DEL SISTEMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |
| 4.1 DEBERÁ TENER LA CAPACIDAD DE ADMINISTRAR EL REGISTRO DE PACIENTES PROGRAMADOS Y DE URGENCIA.                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |
| 4.2 DEBERÁ TENER LA CAPACIDAD DE ADMINISTRAR UNO O MÁS ESTUDIOS Y/O PROCEDIMIENTOS POR PACIENTE.                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |
| 4.3 DEBERÁ LLEVAR EL CONTROL ADMINISTRATIVO DEL NÚMERO DE ESTUDIOS Y/O PROCEDIMIENTOS REALIZADOS.                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |
| 4.4 DEBERÁ CONTAR CON CONTROL DE INSUMOS POR CADA PROCEDIMIENTO DE MANERA DIARIA Y SISTEMATIZADA, CON ACCESO EN LÍNEA DE LA INFORMACIÓN, PERMITIENDO VER EN TIEMPO REAL, ESTADÍSTICA POR ÁREA DE SERVICIO Y LA UNIDAD HOSPITALARIA, ASÍ COMO COSTO POR PROCEDIMIENTO.                                                                                                           |  |  |  |  |
| 4.5 DEBERÁ TENER LA CAPACIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN AUTOMATIZADA DE FLUJOS DE TRABAJO.                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |
| 4.6 EL OFERENTE QUE RESULTE ADJUDICADO IMPLEMENTARÁ EL ACCESO PARA CONSULTA DE LOS DATOS A DETALLE DE LOS ESTUDIOS Y/O PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR MEDIO DE UN PERFIL OPERATIVO.                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |
| 4.7 DEBERÁ TENER LA CAPACIDAD DE ALMACENAR INFORMES Y/O DOCUMENTOS DIGITALES POR CADA ESTUDIO Y/O PROCEDIMIENTO, COMO EXPEDIENTE DIGITAL, CON ACCESO EN LÍNEA A DICHA INFORMACIÓN.                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |
| 4.8 DEBERÁ CONTAR CON UN MÓDULO PARA EL CONTROL DE INVENTARIOS Y DISTRIBUCIÓN QUE DEMUESTRE LA TRAZABILIDAD DE LOS INSUMOS UTILIZADOS DESDE LA ADQUISICIÓN HASTA LA ADMINISTRACIÓN EN EL PACIENTE A TRAVÉS DE UN CÓDIGO ÚNICO LIGADO A UNA ETIQUETA ÚNICA POR PRODUCTO. EL SOFTWARE DEBE UTILIZAR EL SISTEMA PEPS Y POPS EN APEGO A LO ESTABLECIDO POR LA LEY GENERAL DE SALUD. |  |  |  |  |
| 4.9 DEBERÁ CONTAR CON LA ADMINISTRACIÓN DE INSUMOS MEDIANTE IDENTIFICACIÓN POR RADIOFRECUENCIA (RFID) UHF DE 902 A 928 MHZ PARA UNA RÁPIDA IDENTIFICACIÓN DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS EN CADA UNIDAD MÉDICA Y REGISTRO EN LÍNEA PARA CONSULTA EN TIEMPO REAL.                                                                                                                    |  |  |  |  |
| 4.10 CADA REGISTRO DE PROCEDIMIENTO DEBE CONTAR COMO MÍNIMO CON LOS SIGUIENTES DATOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |
| 4.10.1. FOLIO SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |
| 4.10.2. FECHA DEL ESTUDIO Y/O PROCEDIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |
| 4.10.3. CLAVE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |
| 4.10.4. NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |
| 4.10.5. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |
| 4.10.6. SEXO DEL PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |
| 4.10.7. MÉDICO TRATANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |
| 4.10.8. NOMBRE DEL ESTUDIO Y/O PROCEDIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |
| 4.10.9. DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |
| 4.10.10. EN CASO DE PROCEDIMIENTOS, POR CADA BIEN DE CONSUMO REQUERIDO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |
| 4.10.11. CLAVE DEL BIEN DE CONSUMO REQUERIDO DEL PROCEDIMIENTO CÓDIGO DE ETIQUETA RFID                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |
| 4.10.12. DESCRIPCIÓN DE BIEN DE CONSUMO REQUERIDO DEL PROCEDIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |
| 4.10.13. CANTIDAD DE BIEN DE CONSUMO REQUERIDO DEL PROCEDIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------|
| 4.10.14. COSTO DEL PROCEDIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |
| 4.11. CONTAR CON REPORTES DE PROCEDIMIENTOS EN PERIODOS DE TIEMPO DETERMINADOS POR EL USUARIO CON FECHA DE INICIO Y FIN, ASÍ COMO SEGMENTACIÓN POR CONTRATO Y SUS POSIBLES EXTENSIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |      |
| 4.12. EL SISTEMA PODRÁ VISUALIZAR ÓRDENES DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |      |
| 4.12. DEBERÁ PERMITIR HACER SOLICITUDES DE PERSONAL TÉCNICO PARA PROCEDIMIENTOS FUERA DEL HORARIO CONVENCIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  | 0932 |
| 5.- INTERFAZ GRÁFICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |      |
| 5.1. EL SISTEMA DEBERÁ CONTAR CON INTERFASE EN LÍNEA DESARROLLADA CON HTML5, TYPESCRIPT Y ALGUN LENGUAJE DE PROGRAMACIÓN ORIENTADO A OBJETOS, COMO PYTHON O PHP, AD-HOC Y CON ACCESO A INTERNET, PARA USO EN DISPOSITIVOS MÓVILES COMO TELÉFONOS O TABLETAS, POR LO QUE DEBERÁ CONTAR CON DISEÑO RESPONSIVO QUE PERMITA CONSULTAR Y EN EL CASO DE PERFILES OPERATIVOS MODIFICAR INFORMACIÓN EN TIEMPO REAL. QUEDAN EXCLUIDOS LOS SISTEMAS ERP (ENTERPRISE RESOURCE PLANNING) PLANIFICACIÓN DE RECURSOS EMPRESARIALES, EL DISEÑO MODULAR DE ESTAS PLATAFORMAS RESULTA COMPLEJO EN LA IMPLEMENTACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN, LA INTENCIÓN ES QUE EL FLUJO DE TRABAJO NO SEA AFECTADO. |  |  |  |      |
| 6. BASE DE DATOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |
| 6.1. DEBERÁ CONTAR CON UN MOTOR DE BASE DE DATOS RELACIONAL ADMINISTRADA POR EL PROVEEDOR DE SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |      |
| 7.- ADMINISTRACIÓN DE CATÁLOGOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |      |
| 7.1. DEBERÁ PERMITIR LA EDICIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL CONTENIDO DE LOS CATÁLOGOS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |      |
| 7.2. DEBERÁ CONTAR CON LA CAPACIDAD DE GENERAR CATÁLOGOS CONFORME A LOS REQUERIMIENTOS DE SEDESA Y LA UNIDAD MÉDICA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |      |
| 7.3. COMO MÍNIMO DEBERÁ CONTAR CON LOS SIGUIENTES CATÁLOGOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |      |
| 7.3.1. TIPO DE PROCEDIMIENTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |      |
| 7.3.2. INSUMOS, CONFORME AL ANEXO 1.5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |      |
| 7.3.3. INVENTARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |      |
| 7.3.4. PERFILES DE PERSONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |      |
| 8.- INFORMES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |      |
| 8.1. GENERAR CONSULTAS EN LÍNEA A TRAVÉS DE PORTAL WEB Y REPORTES FORMATO PDF Y EXCEL, DE LA PRODUCTIVIDAD POR CADA ÁREA DE ESPECIALIDAD, POR LA UNIDAD HOSPITALARIA Y POR EL TOTAL DEL CONTRATO, CON UN MÍNIMO DE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |      |
| 8.1.1. CONSUMO POR UNIDAD HOSPITALARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |      |
| 8.1.2. VOLUMENES DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |      |
| 8.1.3. VOLUMENES DE INSUMOS MÁS UTILIZADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |      |
| 8.1.4. TIPO DE PROCEDIMIENTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |      |
| 8.1.5. NO. DE INSUMOS UTILIZADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |
| 8.1.6. MÉDICO TRATANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |      |
| 8.2. DEBERÁ CONTAR CON UN PANEL WEB CON ACCESO EN TIEMPO REAL DESDE CUALQUIER PUNTO CON INTERNET A LOS INDICADORES DE RENDIMIENTO Y PRESUPUESTO DE SEDESA DE LA UNIDAD HOSPITALARIA Y QUE CUENTE CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |      |
| 8.2.1. PRESUPUESTO CONSUMIDO EJERCIDO EN EL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |      |
| 8.2.2. PRESUPUESTO MENSUAL EJERCIDO POR UNIDAD HOSPITALARIA Y ÁREA DE SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |      |
| 8.2.3. VOLUMENES DE PROCEDIMIENTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |      |
| 8.2.4. VOLUMENES Y ESTADÍSTICA DE INSUMOS CON MAYOR CONSUMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |      |
| 8.2.5. GRÁFICAS CON TENDENCIAS DE CONSUMO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |      |
| 8.3. DEBERÁ PROPORCIONAR AL USUARIO UNA PANTALLA GRÁFICA CON INFORMES, TABLAS E INDICADORES EN TIEMPO REAL CON LAS TENDENCIAS MENSUALES.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |

|                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------|
| 8.4 DEBERÁ IMPORTAR TODA LA INFORMACIÓN A UNA HOJA DE CÁLCULO EXCEL                                                                                                                                                              |  |  |  |      |
| 9.- LICENCIAMIENTO                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |
| 9.1 DEBERÁ CONTAR CON LICENCIAMIENTO DE SISTEMA OPERATIVO, OFFICE, ANTIVIRUS Y DEL PROGRAMA OFERTADO.                                                                                                                            |  |  |  |      |
| 10.- HARDWARE                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |      |
| 10.1. EL OFERENTE QUE RESULTE ADJUDICADO DEBERÁ INSTALAR EL HARDWARE NECESARIO PARA LA OPERACIÓN DEL SISTEMA E INDICAR EN LA PROPUESTA TÉCNICA DE QUE CONSTA EL HARDWARE QUE SE ENTREGARÁ A LA UNIDAD HOSPITALARIA, COMO MÍNIMO: |  |  |  | 0432 |
| 10.1.1. COMPUTADORA DE ESCRITORIO (CPU, MONITOR, TECLADO Y MOUSE) COMO MÍNIMO CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS                                                                                                                 |  |  |  |      |
| 10.1.1.1. UN TERA DE ALMACENAMIENTO                                                                                                                                                                                              |  |  |  |      |
| 10.1.1.2. OCHO GB DE RAM                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |      |
| 10.1.1.3. CON LECTOR DE DISCOS                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |      |
| 10.1.1.4. PUERTO USB Y USB-C                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |      |
| 10.1.2. LECTORES Y ANTENAS DE RADIO FRECUENCIA COMPATIBLES CON EPC GEN 2 UHF                                                                                                                                                     |  |  |  |      |
| 10.1.3. ETIQUETAS UHF-RFID EPC GEN 2 PARA LOS INSUMOS MÉDICOS                                                                                                                                                                    |  |  |  |      |
| 10.2 NO BREAK CON SUPRESOR DE PICOS                                                                                                                                                                                              |  |  |  |      |
| 10.3 ESCRITORIO                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |      |
| 10.4 ROUTER                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |      |
| 11.- CONSUMIBLES:                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |      |
| 11.1 COMPATIBLES CON EL EQUIPO Y A DEMANDA                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |

| IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                                           |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|--|--|
| CAPACITACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | DESCRIPCIÓN DEL OFERENTE | EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE) |  |  |
| 1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ OTORGAR CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO EN CADA TURNO DE TRABAJO Y CUANDO SEA REQUERIDO POR LA UNIDAD MÉDICA DURANTE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA.                                                                                                                                                                          |                          |                                           |  |  |
| 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, DETERMINAR 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 SUFRIERA ALGÚN DAÑO ESTE SERÁ CUBIERTO POR EL PROVEEDOR.                                                                                                                                                    |                          |                                           |  |  |

| V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)                             |                                           |                     |          |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|----------|-----------------------------|
| PRESENTAR LO SIGUIENTE:                                                                             | HIPERVINCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO) | NÚMERO DE DOCUMENTO | VIGENCIA | EVALUACIÓN DE LA CONVOCANTE |
| CARTA DE APOYO                                                                                      |                                           |                     |          |                             |
| CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO, DISTRIBUIDOR PRIMARIO Y/O SECUNDARIO |                                           |                     |          |                             |

### EQUIPOS AUXILIARES

|                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                              |              |                            |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------|---|
|  <b>GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO</b><br><b>SECRETARÍA DE SALUD</b><br>SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS | <b>FICHA TÉCNICA DE EQUIPO MÉDICO</b>                                                                                                        |              | FOLIO DMT: 011-24          |   |
|                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                              |              | NO. DE PARTICIPACIÓN: 3993 |   |
| IDENTIFICADOR DE FICHA:                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                              | VERSIÓN: V-2 |                            |   |
| <b>I. DATOS DEL OFERENTE</b>                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                              |              |                            |   |
| EMPRESA:<br>FABRICANTE:<br>PAÍS DE ORIGEN:                                                                                                                                                       | MARCA:<br>MODELO:<br>CANTIDAD OFERTADA:                                                                                                      |              |                            |   |
| <b>II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN</b>                                                                                                                                                      |                                                                                                                                              |              |                            |   |
| NOMBRE:<br>DEFINICIÓN:                                                                                                                                                                           | BÁSCULA PARA PACIENTES EN SILLA DE RUEDAS<br>BÁSCULA DISEÑADA PARA MEDIR EL PESO DE UNA SILLA DE RUEDAS, CON O SIN PACIENTE SENTADA EN ELLA. |              | CANTIDAD:                  | 6 |
|                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                              | CLAVE SAICA: |                            |   |



| III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN                                            |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| ESPECIFICACIONES DEL BIEN                                                         | DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO | HIPERVÍNCULO (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.- BÁSCULA DE PLATAFORMA.                                                      |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.- PLATAFORMA ESTABLE CON DOBLE RAMPA PARA ACCESO, CON BANDA ANTI DESLIZANTE   |                               |                                                                                                         |                                                       | 0354                                      |
| 1.3.- CAPACIDAD DE CARGA DE 350 KG                                                |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.4.- RESOLUCIÓN DE 100G                                                          |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.5.- DESPLIEGUE DIGITAL DEL PESO.                                                |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.6.- CON FUNCIONES DE:                                                           |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.6.1.- HOLD/AUTOHOLD                                                             |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.6.2.- TAPA PARA ELIMINAR EL PESO ADICIONAL DE LA SILLA DE RUEDAS Y/O ACCESORIOS |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.6.3.- PRE-TAPA CON AL MENOS 3 MEMORIAS PARA ALMACENAR PESO ADICIONAL            |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.6.4.- ÍNDICE DE MASA CORPORAL (BMI Y/O IMC).                                    |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.7.- MEDICIONES EN KG/LBS/ENI.                                                   |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.8.- RANGO DE MEDICIÓN DE 0 A 300 KG O MAYOR.                                    |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.9.- FÁCIL DE TRANSPORTAR CON MANIA Y RUEDAS.                                    |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 2.- ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA                                                        |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 2.1.- ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA A 120V, 50/60 HZ                                     |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 3.- ACCESORIOS:                                                                   |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 3.1.- LOS NECESARIOS QUE UTILICEN LOS EQUIPOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO    |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 4.- CONSUMIBLES:                                                                  |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 4.1.- LOS NECESARIOS QUE UTILICEN LOS EQUIPOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO    |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |

| IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DESCRIPCIÓN DEL OPERENTE | 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, DEFINIDO DE SU VISITA SON LAS CARACTERÍSTICAS CON LAS QUE SE ENREGARÁN 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 CRUA 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 SUFRIERA 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.                                                                                                                                                                                                                       |                          |                                           |
| 2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                                           |
| 2.1.- ENTREGAR EN ELECTRÓNICO Y/O IMPRESO UN JUEGO DEL MANUAL DE USUARIO Y/O DE OPERACIÓN Y UN JUEGO DE LA GUÍA RÁPIDA EN IDIOMA ESPAÑOL.                                                                                                                                                                                                                    |                          |                                           |
| 2.2.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA CONVOCANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |                                           |

| V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)                                                                                                                                        |                                           |                     |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|----------|------------|
| PRESENTAR LO SIGUIENTE:                                                                                                                                                                                        | HIPERVINCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO) | NÚMERO DE DOCUMENTO | VIGENCIA | EVALUACIÓN |
| <b>1.- REGISTRO SANITARIO:</b>                                                                                                                                                                                 |                                           |                     |          |            |
| 1.1.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EMITIDO POR LA COFEPRIS, ANVERSO Y REVERSO.                                                                                                                                   |                                           |                     |          |            |
| 1.2.- REGISTRO SANITARIO NO VIGENTE, PRORROGA 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. |                                           |                     |          |            |
| <b>PARA BIENES INTERNACIONALES ANEXAR ADEMÁS:</b>                                                                                                                                                              |                                           |                     |          |            |
| IV.- CERTIFICADO DE LIBRE VENTA, FDA O CE O JIS O EQUIVALENTE SEGÚN PAÍS DE ORIGEN.                                                                                                                            |                                           |                     |          |            |
| V.- CERTIFICADO ISO:13485:2016.                                                                                                                                                                                |                                           |                     |          |            |
| <b>PARA BIENES NACIONALES ANEXAR ADEMÁS:</b>                                                                                                                                                                   |                                           |                     |          |            |
| VI.- CERTIFICADO DE LA NORMA 241-SSA1-2012, BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.                                                                                                             |                                           |                     |          |            |
| V.- CERTIFICADO ISO:13485:2016.                                                                                                                                                                                |                                           |                     |          |            |
| <b>CARTA DE APOYO</b>                                                                                                                                                                                          |                                           |                     |          |            |
| <b>1.3.1 CARTA DE FABRICANTE</b>                                                                                                                                                                               |                                           |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, EN PAPEL MEMBRATADO DEL FABRICANTE                                                                                                                                              |                                           |                     |          |            |
| 1.3.2 DISTRIBUIDOR QUE COMPRA DIRECTAMENTE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                                                                                                   |                                           |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO DEL SOLIDARIO EN PAPEL MEMBRATADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                                                                                            |                                           |                     |          |            |
| CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRATADO 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 MEMBRATADO POR EL DISTRIBUIDOR PRIMARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO                                                                                                   |                                           |                     |          |            |
| O                                                                                                                                                                                                              |                                           |                     |          |            |
| DOCUMENTACIÓN PROBATIVA DEL ACUERDO O CONTRATO DE LA ASOCIACIÓN COMO DISTRIBUIDOR PRIMARIO EN MENÚ POR EL FABRICANTE                                                                                           |                                           |                     |          |            |

|                                                                                                                                                          |                                       |              |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------|-------------------------|
|  <b>GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO</b><br><b>SECRETARÍA DE SALUD</b> | <b>FICHA TÉCNICA DE EQUIPO MÉDICO</b> |              | FOLIO DMT: 011-24       |
|                                                                                                                                                          |                                       |              | NO. DE PARTIDA: 3993    |
|                                                                                                                                                          | SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS  |              | IDENTIFICADOR DE FICHA: |
|                                                                                                                                                          |                                       | VERSIÓN: V-2 |                         |

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

| II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN |                                                                                                                                                         |              |   |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---|
| NOMBRE:                              | REFRIGERADOR VERTICAL, 8.5 FT3                                                                                                                          | CANTIDAD:    | 5 |
| DEFINICIÓN:                          | EQUIPO PARA PRESERVAR MUESTRAS BIOLÓGICAS, MEDIOS DE CULTIVO Y REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO, EN GENERAL A TEMPERATURAS DE 2 A 8 GRADOS CENTÍGRADOS. | CLAVE SAICA: |   |

| 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) | PAGINA DEL CATALOGO, MANUAL O FOLLETO DEL ARCHIVO PDF | EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE) |
| <b>1.- DESCRIPCIÓN</b>                                          |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.1.- CAPAZ DE MANTENER LA TEMPERATURA INTERNA DE 2 A 8 GRADOS. |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.1.1.- CONTROL DE TEMPERATURA AJUSTABLE.                       |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.- CAPACIDAD APROXIMADA DE 8.5 PIES CÚBICOS.                 |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.1.- LIBRE DE CFC.                                           |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.3.- CON ILUMINACIÓN INTERIOR.                                 |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |



|                                                                                                 |  |  |  |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------|
| 1.4.- PUERTA DE CRISTAL CON SELLADO HERMÉTICO.                                                  |  |  |  |      |
| 1.4.1.- LISA EN SU PARTE INTERNA.                                                               |  |  |  |      |
| 1.4.2.- SIN MOLDURAS, ARAQUELES NI RETENES.                                                     |  |  |  |      |
| 1.4.3.- CON CERRADURA DE SEGURIDAD.                                                             |  |  |  |      |
| 1.5.- DESHIELO AUTOMÁTICO.                                                                      |  |  |  |      |
| 1.5.1.- CIRCULACIÓN REFORZADA DE AIRE.                                                          |  |  |  |      |
| 1.6.- MONITOR ELECTRÓNICO QUE PERMITE EL REGISTRO Y ALMACENAMIENTO DE DATOS DE MÍNIMO DOS DÍAS. |  |  |  | 0356 |
| 1.7.- PARRILLAS:                                                                                |  |  |  |      |
| 1.7.1.- CON AL MENOS 5.                                                                         |  |  |  |      |
| 1.7.2.- AJUSTABLES.                                                                             |  |  |  |      |
| 1.7.3.- DE ALAMBRE DE ACERO.                                                                    |  |  |  |      |
| 1.7.4.- CUBIERTAS CON PINTURA EPÓXICA O REVESTIMIENTO DE POLIETILENO.                           |  |  |  |      |
| 1.8.- AISLAMIENTO DE ALTO GRADO MEDIANTE ESPUMA DE URETANO O POLIURETANO.                       |  |  |  |      |
| 1.9.- CON LAS SIGUIENTES ALARMAS ACÚSTICAS Y VISUALES:                                          |  |  |  |      |
| 1.9.1.- EN CASO DE FALLA DE SUMINISTRO DE CORRIENTE.                                            |  |  |  |      |
| 1.9.2.- CUANDO LA PUERTA QUEDE ABIERTA MAS TIEMPO DEL NECESARIO.                                |  |  |  |      |
| 1.9.3.- CUANDO EL SENSOR DE TEMPERATURA NO FUNCIONE CORRECTAMENTE.                              |  |  |  |      |
| 1.9.4.- BATERÍA BAJA.                                                                           |  |  |  |      |
| 1.9.5.- PARA TEMPERATURAS MAYORES O MENORES A LAS PROGRAMADAS.                                  |  |  |  |      |
| 1.10.- CON SILENCIADOR DE ALARMA.                                                               |  |  |  |      |
| 1.11.- BATERÍA RECARGABLE PARA FALLAS EN LA CORRIENTE Y EN LA TEMPERATURA.                      |  |  |  |      |
| 1.12.- CUBIERTA EXTERIOR DE ACERO GALVANIZADO ELECTROLÍTICAMENTE CUBIERTO CON PINTURA EPÓXICA.  |  |  |  |      |
| 1.13.- CUBIERTA INTERIOR CON ALUMINIO LISO O ACERO CON RECUBRIMIENTO ANTICORROSIVO.             |  |  |  |      |
| 1.14.- COMPRESOR DE 1/8 HINCHIO                                                                 |  |  |  |      |
| 1.14.1.- CON PARO ARRANQUE AUTOMÁTICO                                                           |  |  |  |      |
| 1.15.- CONDENSADOR DIFUSIVO LIBRE DE MANTENIMIENTO                                              |  |  |  |      |
| 2.- ACCESORIOS:                                                                                 |  |  |  |      |
| 2.1.- LOS NECESARIOS QUE UTILICEN LOS EQUIPOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO                  |  |  |  |      |
| 3.- CONSUMIBLES:                                                                                |  |  |  |      |
| 3.1.- LOS NECESARIOS QUE UTILICEN LOS EQUIPOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO                  |  |  |  |      |

| IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|--|
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN ARRENDAMIENTO O SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 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, DESMONTAJE, 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 SUFRIERA ALGÚN DAÑO ESTE SERÁ CUBIERTO POR EL PROVEEDOR.                                                                                                                                                    |                          |                                           |  |

|                                                                                                                                               |  |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|
| 1.5.- PRUEBAS DE CALIDAD DEL EQUIPO CON OBTENCIÓN DE NORMATIVIDAD, POSTERIOR A LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO Y PREVIO A SU RECEPCIÓN DEL INICIAL. |  |      |
| 2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:                                          |  | 0337 |
| 2.1.- ENTREGAR EN ELECTRÓNICO Y/O IMPRESO UN JUEGO DEL MANUAL DE USUARIO Y/O DE OPERACIÓN Y UN JUEGO DE LA GUÍA RÁPIDA EN IDIOMA ESPAÑOL.     |  |      |
| 2.2.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA CONTRATANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".                                       |  |      |

| V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)                                                                                                                                        |                                             |                     |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------|----------|------------|
| PRESENTAR LO SIGUIENTE:                                                                                                                                                                                        | INTERVENCIONES (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO) | NÚMERO DE DOCUMENTO | VIGENCIA | EVALUACIÓN |
| 1.- REGISTRO SANITARIO:                                                                                                                                                                                        |                                             |                     |          |            |
| 1.1.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EMITIDO POR LA COFEPRIS, ANVERSO Y REVERSO.                                                                                                                                   |                                             |                     |          |            |
| 1.2.- REGISTRO SANITARIO NO VIGENTE: PRORROGA 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 ISO EQUIVALENTE SEGUN PAÍS DE ORIGEN.                                                                                                                             |                                             |                     |          |            |
| V.- CERTIFICADO ISO 13485:2016.                                                                                                                                                                                |                                             |                     |          |            |
| PARA BIENES NACIONALES ANEXAR ADEMÁS:                                                                                                                                                                          |                                             |                     |          |            |
| VI.- CERTIFICADO DE LA NOM-241-SSA1-2012, BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.                                                                                                               |                                             |                     |          |            |
| V.- CERTIFICADO ISO 13485:2016.                                                                                                                                                                                |                                             |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO                                                                                                                                                                                                 |                                             |                     |          |            |
| 1.3.1. CARTA DE FABRICANTE                                                                                                                                                                                     |                                             |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, EN PAPEL MEMBRETES DEL FABRICANTE                                                                                                                                               |                                             |                     |          |            |
| 1.3.2. DISTRIBUIDOR QUE COMPRA DIRECTAMENTE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                                                                                                  |                                             |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO DEL SOLIDARIO EN PAPEL MEMBRETES DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                                                                                             |                                             |                     |          |            |
| Y                                                                                                                                                                                                              |                                             |                     |          |            |
| CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRETES 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 MEMBRETES POR EL DISTRIBUIDOR PRIMARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO                                                                                                    |                                             |                     |          |            |
| O                                                                                                                                                                                                              |                                             |                     |          |            |
| DOCUMENTACIÓN PROYECTIVA DEL ACUERDO O CONTRATO DE LA ASIGNACIÓN COMO DISTRIBUIDOR PRIMARIO EN MÉXICO POR EL FABRICANTE                                                                                        |                                             |                     |          |            |

|                                                                                                                                                          |                                                                                 |                                       |                                      |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------|
|  <b>GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO</b><br><b>SECRETARÍA DE SALUD</b> |                                                                                 | <b>FICHA TÉCNICA DE EQUIPO MÉDICO</b> |                                      | FOLIO DMTI: 011-24 |
| <b>SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO</b><br>SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS                                                                |                                                                                 | IDENTIFICADOR DE FICHA:               | NO. DE PARTIDA: 3993<br>VERSIÓN: V-2 |                    |
| <b>I. DATOS DEL OFERENTE</b>                                                                                                                             |                                                                                 |                                       |                                      |                    |
| EMPRESA:<br>FABRICANTE:<br>PAÍS DE ORIGEN:                                                                                                               | MARCA:<br>MODELO:<br>CANTIDAD OFERTADA:                                         |                                       |                                      |                    |
| <b>II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN</b>                                                                                                              |                                                                                 |                                       |                                      |                    |
| NOMBRE:<br>DEFINICIÓN:                                                                                                                                   | SILLA DE RUEDAS<br>DISPOSITIVO MECÁNICO UTILIZADO PARA EL TRASLADO DE PACIENTES |                                       | CANTIDAD:<br>CLAVE SAICA:            | 8                  |



| III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN                                         |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| ESPECIFICACIONES DEL BIEN                                                      | DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO | HIPERVÍNCULO (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.- CHASIS DE TUBO DE ALUMINIO PERFORADO                                     |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.- HORQUILLAS DE LA RUEDA GUÍA PARA TODOS LOS TAMAÑOS DE RUEDAS             |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.3.- TAPIZADO RESISTENTE                                                      |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.4.- CRUCETA DOBLE ESTABLE                                                    |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.5.- FRENO DE PALANCA OPTIMIZADO                                              |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.6.- RUEDAS DE ACOPLAMIENTO REFORZADAS Y TUBOS DE RESPALDO                    |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 2.- ACCESORIOS:                                                                |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 2.1.- LOS NECESARIOS QUE UTILICEN LOS EQUIPOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 3.- CONSUMIBLES:                                                               |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 3.1.- LOS NECESARIOS QUE UTILICEN LOS EQUIPOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |

| IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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, DESMONTAJE, 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 GRUA 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 SUFREIRA ALGÚN DAÑO ESTE SERÁ CUBIERTO POR EL PROVEEDOR.                                                                                                                                                    |                          |                                           |
| 1.5.- PRUEBAS DE CALIDAD DEL EQUIPO CONFORME A NORMACIÓN, POSTERIOR A LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO Y PREVIO A SU RECEPCIÓN DEFINITIVA.                                                                                                                                                                                                                           |                          |                                           |
| 2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                           |
| 2.1.- ENTREGAR EN ELECTRÓNICO Y/O IMPRESO UN JUEGO DEL MANUAL DE USUARIO Y/O DE OPERACIÓN Y UN JUEGO DE LA GUÍA RÁPIDA EN IDIOMA ESPAÑOL.                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                           |
| 2.2.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA CONVOCANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                           |

| V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)                                                                                                                                        |                                           |                     |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|----------|------------|
| PRESENTAR LO SIGUIENTE:                                                                                                                                                                                        | HIPERVÍNCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO) | NÚMERO DE DOCUMENTO | VIGENCIA | EVALUACIÓN |
| 1.- REGISTRO SANITARIO:                                                                                                                                                                                        |                                           |                     |          |            |
| 1.1.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EMITIDO POR LA COFEPRIS, ANVERSO Y REVERSO.                                                                                                                                   |                                           |                     |          |            |
| 1.2.- REGISTRO SANITARIO NO VIGENTE, PRÓRROGA Y CORRESPONDIENTE 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:13485:2016.                                                                                                   |  |  |  |      |
| PARA BIENES NACIONALES ANEXAR ADEMÁS:                                                                                             |  |  |  |      |
| VI.- CERTIFICADO DE LA NOM-241-SSA1-2012, BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.                                  |  |  |  | 0259 |
| 5.- CERTIFICADO ISO:13485:2016.                                                                                                   |  |  |  |      |
| <b>CARTA DE APOYO</b>                                                                                                             |  |  |  |      |
| 1.3.1 CARTA DE FABRICANTE                                                                                                         |  |  |  |      |
| CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, EN PAPEL MEMBRETADO DEL FABRICANTE                                                                 |  |  |  |      |
| 1.3.2 DISTRIBUIDOR QUE COMPRO DIRECTAMENTE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                      |  |  |  |      |
| CARTA DE APOYO DEL SOLIDARIO EN PAPEL MEMBRETADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                               |  |  |  |      |
| 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 COMPRO 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           |  |  |  |      |

|                                                                                                                                                                                                                                       |                                    |  |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--|----------------------|
|   COPIE INO US LA<br>CIUDAD DE MÉXICO<br>SECRETARÍA<br>DE SALUD | FICHA TÉCNICA DE MOBILIARIO MÉDICO |  | FOLIO DMTI: 011-24   |
|                                                                                                                                                                                                                                       |                                    |  | NO. DE PARTIDA: 3993 |
| SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                            | IDENTIFICADOR DE FICHA:            |  | VERSIÓN: V-2         |
| SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS                                                                                                                                                                                                  |                                    |  |                      |

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

|                                      |                                     |              |   |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN |                                     |              |   |
| NOMBRE:                              | BANCO GIRATORIO DE ACERO INOXIDABLE | CANTIDAD:    | 5 |
| DEFINICIÓN:                          | MOBILIARIO MÉDICO                   | CLAVE SAICA: |   |

| III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN                                                                                                                                                                   |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| ESPECIFICACIONES DEL BIEN                                                                                                                                                                                | DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO | HIPERVÍNCULO (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.- BANCO GIRATORIO CON RESPALDO CON DESCANSA PIES, TOTALMENTE DE ACERO INOXIDABLE                                                                                                                     |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.- ESTRUCTURA TUBULAR FABRICADA EN ACERO INOXIDABLE TIPO 304, RESISTENTE A LA CORROSIÓN                                                                                                               |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.3.- ASIENTO Y RESPALDO CON ACOINCHAMIENTO O INCRUSTADO DE VINIL COLOR NEGRO, DE FÁCIL LIMPIEZA Y DURABILIDAD                                                                                           |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.4.- CON DISEÑO ANATÓMICO QUE EVITA EL DESLIZAMIENTO AL SENTARSE                                                                                                                                        |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.5.- ASIENTO CAUBRE 14 CON REFUERZO DE PLACA CIRCULAR O CUADRADA EN LA BASE DEL ASIENTO (DE 20 CM DE DIÁMETRO O POR LADO SEGÚN CORRESPONDA), PARA MAYOR SOPORTE Y ESTABILIDAD CON EL MECANISMO DE GIRO. |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.6.- DIÁMETRO DEL ASIENTO DE 33 CM                                                                                                                                                                      |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.7.- ALTURA AJUSTABLE CON HUSILLO, DESDE 48 HASTA 70 CM                                                                                                                                                 |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |



|                                                                                                                                                      |  |  |  |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------|
| 1.8.- CON TOPE AL FINAL DE LA CUERDA PARA EVITAR QUE EL ASIENTO SE CAIGA                                                                             |  |  |  |      |
| 1.9.- ESTRUCTURA TUBULAR DEL BANCO DE 1 PULGADA CAL. 18                                                                                              |  |  |  |      |
| 1.10.- ESTRUCTURA TUBULAR DEL RESPALDO DE 7/8 PULGADA CAL. 18                                                                                        |  |  |  |      |
| 1.11.- ANCHO DEL RESPALDO DE 35 CM. DE TIPO ERGONOMICO, CON ACOMODAMIENTO SUAVE                                                                      |  |  |  | 2388 |
| 1.12.- CUATRO PATAS CON REGATONES DE HULE GRUESO DE USO RUDD                                                                                         |  |  |  |      |
| 1.13.- DESCANSA PIES FABRICADO EN ACERO INOXIDABLE TIPO 304 CAL. 20 TUBULAR O BARRA DE 1/2 PULGADA (DEBERÁ QUEDAR SOLDADA POR ENCIMA DE LAS 4 PATAS) |  |  |  |      |
| 1.14.- SUPERFICIES LISAS Y ACABADO FINO, SIN REMACHES                                                                                                |  |  |  |      |
| 1.15.- SISTEMA ADECUADO PARA FIJAR Y MANTENER LA ALTURA                                                                                              |  |  |  |      |
| 1.16.- CAPACIDAD DE SOPORTAR PESO DE 135 KG O MÁS                                                                                                    |  |  |  |      |
| 1.17.- UNIONES DE LOS ELEMENTOS COMPONENTES DEBERÁN ESTAR BIEN ENSAMBLADOS Y SOLDADOS.                                                               |  |  |  |      |
| 1.18.- LA SOLDADURA DEBERÁ SER CONTINUA, NO PUNTEADA                                                                                                 |  |  |  |      |
| 1.19.- LOS DOBLECES DEBERÁN IR SIN DEFORMACIONES Y PERFECTAMENTE ALINEADOS.                                                                          |  |  |  |      |
| 1.20.- EL PULIDO DEL ACERO INOXIDABLE DEBERÁ SER UNIFORME, DE CALIDAD EN LAS UNIONES Y DE GRADO SANITARIO.                                           |  |  |  |      |
| 2.- ACCESORIOS:                                                                                                                                      |  |  |  |      |
| 2.1.- NO APLICA.                                                                                                                                     |  |  |  |      |
| 3.- CONSUMIBLES:                                                                                                                                     |  |  |  |      |
| 3.1.- NO APLICA.                                                                                                                                     |  |  |  |      |

| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN ARRENDAMIENTO O SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA |                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | DESCRIPCION DEL OFERENTE            | EVALUACION (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 CARACTERISTICAS 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, DESMONTAJE, 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.                                                                                                                                                                                                                        |  |                                     |                                           |  |
| 2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                     |                                           |  |
| 2.1.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA CONVOCANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                     |                                           |  |

| V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)           |                                           |                     |          |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|----------|------------|
| PRESENTAR LO SIGUIENTE:                                                           | HIPERVINCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO) | NÚMERO DE DOCUMENTO | VIGENCIA | EVALUACIÓN |
| 1.- REGISTRO SANITARIO:                                                           |                                           |                     |          |            |
| 1.1.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EMITIDO POR LA COEPIHS, ANVERSO Y REVERSO.       |                                           |                     |          |            |
| 1.2.- REGISTRO SANITARIO NO VIGENTE; PRÓTOCOLO Y COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHOS. |                                           |                     |          |            |

|                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 13.-EN CASO DE QUE EL BIEN NO REQUIERA REGISTRO SANITARIO- CARTA DE NO REQUIMIENTO EMITIDA POR LA COFEPRIS O COPIA DE LA PUBLICACIÓN DEL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DE FECHA 22 DE DICIEMBRE DE 2014. |  |  |  |  |
| <b>PARA BIENES INTERNACIONALES ANEXAR ADEMÁS:</b>                                                                                                                                                          |  |  |  |  |
| IV.- CERTIFICADO DE LIBRE VENTA: FDA O CE O JIS O EQUIVALENTE SEGÚN PAÍS DE ORIGEN.                                                                                                                        |  |  |  |  |
| V.- CERTIFICADO ISO:13485:2016.                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |
| <b>PARA BIENES NACIONALES ANEXAR ADEMÁS:</b>                                                                                                                                                               |  |  |  |  |
| VI.- CERTIFICADO DE LA NOM-241-SSA1-2012, BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.                                                                                                           |  |  |  |  |
| 5.- CERTIFICADO ISO:13485:2016.                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |
| <b>CARTA DE APOYO</b>                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |
| 13.1 CARTA DE FABRICANTE                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |
| CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, EN PAPEL MEMBRETADO DEL FABRICANTE                                                                                                                                          |  |  |  |  |
| 13.2 DISTRIBUIDOR QUE COMPRO DIRECTAMENTE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                                                                                                |  |  |  |  |
| CARTA DE APOYO DEL SOLIDARIO EN PAPEL MEMBRETADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                                                                                        |  |  |  |  |
| Y                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |
| CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRETADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE                                                                          |  |  |  |  |
| 13.3. DISTRIBUIDOR SECUNDARIO QUE COMPRO 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 PROPIA DEL ACUERDO O CONTRATO DE LA ASIGNACIÓN COMO DISTRIBUIDOR AUTORIZADO EN MÉXICO POR EL FABRICANTE                                                                                      |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                  |                                           |  |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--|---------------------|
| <br><b>SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO</b><br>SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS | <b>FICHA TÉCNICA DE MOBILIARIO MÉDICO</b> |  | FOLIO DMTI: 011-24  |
|                                                                                                                                                                                  |                                           |  | NO. DE PARTIDA:3993 |
| IDENTIFICADOR DE FICHA:                                                                                                                                                          |                                           |  | VERSIÓN: V-2        |

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

| II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN |                                  |              |    |
|--------------------------------------|----------------------------------|--------------|----|
| NOMBRE:                              | MESA PASTEUR DE ACERO INOXIDABLE | CANTIDAD:    | 10 |
| DEFINICIÓN:                          | MOBILIARIO MÉDICO                | CLAVE SAICA: |    |

| 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.- MESA PASTEUR CON CAJÓN                                                                                                                                            |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.- DIMENSIONES: 40 CM DE LARGO X 50 CM DE ANCHO X 100 CM DE ALTO, CON TOLERANCIA DE $\pm 10\%$ .                                                                     |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.3.- PESTAÑA INTERCONSTRUIDA DE ACERO INOXIDABLE CAL. 20 EN TRES DE SUS LADOS, DE 10 CM DE ANCHO, CON ACABADO FINO.                                                    |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.4.- CUBIERTA DE LÁMINA DE ACERO INOXIDABLE CAL. 20, ACABADO PULIDO.                                                                                                   |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.5.- CON CAJÓN SUPERIOR, DE ACERO INOXIDABLE TIPO AISI 304, UNIDO A LA ESTRUCTURA, ACABADO PULIDO, CON SALADERA DE ACERO INOXIDABLE TIPO PUENTE DE FÁCIL DESLIZAMIENTO |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |



|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------|
| 1.6.- ENTREPAÑO DE LÁMINA DE ACERO INOXIDABLE CAL. 20, UNIDO A LA ESTRUCTURA, ACABADO PULIDO.                                                                                                                                                                |  |  |  |      |
| 1.7.- ESTRUCTURA DE PERFIL TUBULAR REDONDO DE ACERO INOXIDABLE CAL.22 ACABADO PULIDO, CON POSTES VERTICALES DE 25.4MM. (1") DE DIÁMETRO Y PERIL TUBULAR REDONDO DEL MISMO MATERIAL EN TRAVESAJES HORIZONTALES DE 12.7 MM (1/2") DE DIÁMETRO, ACABADO PULIDO. |  |  |  | 3332 |
| 1.8.- RODAS GIRA TORIAS CON SISTEMA DE RODAMIENTO EMBALERADO Y LLANTA DE GEL TRANSPARENTE DE 101.1 MM (4") DE DIÁMETRO, CON HORQUILLA DE ACERO TROQUELADA DE UNA SOLA PIEZA, ACABADO CROMADO.                                                                |  |  |  |      |
| 1.9.- SE PERMITE UN RANGO DE TOLERANCIA DE $\pm 10\%$ .                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |      |
| 1.10.- LOS COMPONENTES DEBERÁN ESTAR BIEN ENSAMBLADOS Y SOLDADOS, SIN RIFLOS.                                                                                                                                                                                |  |  |  |      |
| 1.11.- LA SOLDADURA DEBERÁ SER CONTINUA, NO PUNTEADA.                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |      |
| 1.12.- SUPERFICIES LISAS, SIN REMACHES                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |
| 2.- ACCESORIOS:                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |      |
| 2.1.- NO APLICA.                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |      |
| 3.- CONSUMIBLES:                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |      |
| 3.1.- NO APLICA.                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |      |

| IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                           |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|--|--|
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN ARRENDAMIENTO O SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 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, DETERMINANDO 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, DESEMBALEJE, ENTREGA E INSTALACIÓN, SIN COSTO PARA LA SECRETARÍA PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO.                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                           |  |  |
| 1.3.- LAS MANIOBRAS DE CARREO HASTA EL LUGAR DE LA INSTALACIÓN, INCLUYENDO ELEVACIÓN CON GRUA 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 SUFRIERA 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.                                                                                                                                                                                                                            |                          |                                           |  |  |
| 2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                                           |  |  |
| 2.1.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA CONVOCANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                                           |  |  |

| V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)                                                                                                                                        |                                           |                     |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|----------|------------|
| PRESENTAR LO SIGUIENTE:                                                                                                                                                                                        | HIPERVINCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO) | NÚMERO DE DOCUMENTO | VIGENCIA | EVALUACIÓN |
| 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:13485:2016.                                                                                                 |  |  |      |
| PARA BIENES NACIONALES ANEXAR ADEMÁS:                                                                                           |  |  |      |
| VI.- CERTIFICADO DE LA NOM-241-SSA1-2012, BIENES PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.                                |  |  | 0362 |
| VII.- CERTIFICADO ISO:13485:2016.                                                                                               |  |  |      |
| CARTA DE APOYO                                                                                                                  |  |  |      |
| 1.3.1. CARTA DE FABRICANTE                                                                                                      |  |  |      |
| CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, EN PAPEL MEMBRADO DEL FABRICANTE                                                                 |  |  |      |
| 13.2. DISTRIBUIDOR QUE COMPRE DIRECTAMENTE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                    |  |  |      |
| CARTA DE APOYO DEL SOLIDARIO EN PAPEL MEMBRADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                               |  |  |      |
| Y                                                                                                                               |  |  |      |
| CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE |  |  |      |
| 13.3. DISTRIBUIDOR SECUNDARIO QUE COMPRE DIRECTAMENTE A UN DISTRIBUIDOR AUTORIZADO                                              |  |  |      |
| CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO, DISTRIBUIDOR PRIMARIO Y/O SECUNDARIO                             |  |  |      |
| CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRADO 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         |  |  |      |

|                                                                                                                                                                                                          |                                    |  |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|
|   COBESALUD<br>SECRETARÍA DE SALUD | FICHA TÉCNICA DE MOBILIARIO MÉDICO |  | FOLIO DMT: 011-24<br>NO. DE PARTIDA: 3993<br>VERSIÓN: V-2 |
| SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                               | IDENTIFICADOR DE FICHA:            |  |                                                           |
| SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS                                                                                                                                                                     |                                    |  |                                                           |

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

|                                      |                      |              |   |
|--------------------------------------|----------------------|--------------|---|
| II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN |                      |              |   |
| NOMBRE:                              | BIOMBO DE TRES HOJAS | CANTIDAD:    | 4 |
| DEFINICIÓN:                          | MOBILIARIO MÉDICO    | CLAVE SAICA: |   |

| III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN                                                    |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| ESPECIFICACIONES DEL BIEN                                                                 | DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO | HIPERVÍNCULO (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.- MARCO ESTRUCTURAL EN TUBO DE ACERO CALIBRE NO. 18, DE 1" (25.4MM), ACABADO CROMADO. |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.- CORTINA DE PÓLIPROPILENO                                                            |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.3.- HOJAS ARTICULADAS CON BISAGRAS.                                                     |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.4.- PATAS RÍGIDAS CON REGATONES PLÁSTICOS EXTERIORES ANTI-DESGLIZANTES                  |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.5.- DIMENSIONES MÍNIMAS: 150 CM LARGO X 170 CM ALTO                                     |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 2.- ACCESORIOS:                                                                           |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 2.1.- NO APLICA.                                                                          |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 3.- CONSUMIBLES:                                                                          |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 3.1.- NO APLICA.                                                                          |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |

|                                                                                      |                          |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|
| IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA                                                  |                          |                                           |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN:                                             | DESCRIPCIÓN DEL OFERENTE | EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE) |
| ARRENDAMIENTO O SERVICIO                                                             |                          |                                           |
| 1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ REALIZAR EN LA INSTALACIÓN DEL BIEN LO SIGUIENTE: |                          |                                           |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|
| 1.1.- TENER 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.                                                                                                                                                                                                                    |  | 0364 |
| 1.3.- LAS MANIOBRAS DE ACARREO HASTA EL LUGAR DE LA INSTALACIÓN, INCLUYENDO ELEVACIÓN CON GRUA 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 SUFRIERA 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.                                                                                                                                                                                                                        |  |      |
| 2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:                                                                                                                                                                                                                                                          |  |      |
| 2.1.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA CONVOCANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".                                                                                                                                                                                                                                                        |  |      |

| V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)                                                                                                                                    |                                           |                     |          |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|----------|------------|
| PRESENTAR LO SIGUIENTE:                                                                                                                                                                                    | REPERVINCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO) | NÚMERO DE DOCUMENTO | VIGENCIA | EVALUACIÓN |
| <b>1.- REGISTRO SANITARIO:</b>                                                                                                                                                                             |                                           |                     |          |            |
| 1.1.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EMITIDO POR LA COFEPRIS, ANTEÍENSO Y REVERSO.                                                                                                                             |                                           |                     |          |            |
| 1.2.- REGISTRO SANITARIO NO VIGENTE, PRÓROGA Y COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHOS.                                                                                                                            |                                           |                     |          |            |
| 1.3.- EN CASO DE QUE EL BIEN NO REQUIERA REGISTRO SANITARIO: CARTA DE NO REQUISITO EMITIDA POR LA COFEPRIS O COPIA DE LA PUBLICACIÓN DEL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DE FECHA 22 DE DICIEMBRE DE 2014. |                                           |                     |          |            |
| <b>PARA BIENES INTERNACIONALES ANEXAR ADEMÁS:</b>                                                                                                                                                          |                                           |                     |          |            |
| IV.- CERTIFICADO DE LIBRE VENTA/IDA O CE O IJS O EQUIVALENTE SEGÚN PAÍS DE ORIGEN.                                                                                                                         |                                           |                     |          |            |
| V.- CERTIFICADO ISO 13485:2016.                                                                                                                                                                            |                                           |                     |          |            |
| <b>PARA BIENES NACIONALES ANEXAR ADEMÁS:</b>                                                                                                                                                               |                                           |                     |          |            |
| VI.- CERTIFICADO DE LA NOM-241-SSA1-2012, BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.                                                                                                           |                                           |                     |          |            |
| 5.- CERTIFICADO ISO 13485:2016.                                                                                                                                                                            |                                           |                     |          |            |
| <b>CARTA DE APOYO:</b>                                                                                                                                                                                     |                                           |                     |          |            |
| <b>13.1. CARTA DE FABRICANTE</b>                                                                                                                                                                           |                                           |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, EN PAPEL MEMBRETADO DEL FABRICANTE                                                                                                                                          |                                           |                     |          |            |
| <b>13.2. DISTRIBUIDOR QUE COMPRA DIRECTAMENTE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b>                                                                                                                        |                                           |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO DEL SOLIDARIO EN PAPEL MEMBRETADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                                                                                        |                                           |                     |          |            |
| <b>Y</b>                                                                                                                                                                                                   |                                           |                     |          |            |
| CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRETADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE                                                                          |                                           |                     |          |            |
| <b>13.3. DISTRIBUIDOR SECUNDARIO QUE COMPRA DIRECTAMENTE A UN DISTRIBUIDOR AUTORIZADO</b>                                                                                                                  |                                           |                     |          |            |
| 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                                                                                               |                                           |                     |          |            |
| 0                                                                                                                                                                                                          |                                           |                     |          |            |

DECLARACIÓN PRECATORIA DEL ACUERDO O CONTRATO DE LA ASISTENCIA COMO DISTINGUIDOR FUNDADO EN MÉDICO POR EL PARTICIPANTE

|                                                                                                                                                        |                                           |                     |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|-----------------------------|
|  <b>GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO</b><br><b>SECRETARÍA DE SALUD</b> | <b>FICHA TÉCNICA DE MOBILIARIO MÉDICO</b> |                     | <b>FOLIO DMTI: 011-24</b>   |
|                                                                                                                                                        |                                           |                     | <b>NO. DE PARTIDA: 3993</b> |
| <b>SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO</b><br><b>SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS</b>                                                       | <b>IDENTIFICADOR DE ROPA:</b>             | <b>VERSIÓN: V-2</b> |                             |

|                              |                           |  |  |
|------------------------------|---------------------------|--|--|
| <b>I. DATOS DEL OFERENTE</b> |                           |  |  |
| <b>EMPRESA:</b>              | <b>MARCA:</b>             |  |  |
| <b>FABRICANTE:</b>           | <b>MODELO:</b>            |  |  |
| <b>PAIS DE ORIGEN:</b>       | <b>CANTIDAD OFERTADA:</b> |  |  |

|                                             |                                                    |                     |          |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------|----------|
| <b>II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN</b> |                                                    |                     |          |
| <b>NOMBRE:</b>                              | <b>CUBETA DE PATADA Y BASE EN ACERO INOXIDABLE</b> | <b>CANTIDAD:</b>    | <b>5</b> |
| <b>DEFINICIÓN:</b>                          | <b>MOBILIARIO MÉDICO</b>                           | <b>CLAVE SAICA:</b> |          |

| III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN                                                                                         |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| ESPECIFICACIONES DEL BIEN                                                                                                      | DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO | HIPERVÍNCULO (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) |
| <b>1.- DESCRIPCIÓN</b>                                                                                                         |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.- CUBETA DE PATADA Y BASE EN ACERO INOXIDABLE                                                                                |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.1.- PORTACUBETA RODABLE:                                                                                                     |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.1.1.- DIMENSIONES DE 35CM DE FRENTE X 35 CM A SUS COSTADOS X 30 CM DE ALTURA (TOLERANCIA EN SUS DIMENSIONES GENERALES: ±1CM) |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.1.2.- CON DOBLE ARILLO (UNO SUPERIOR Y UNO INFERIOR, PROPORCIONAL A LA SUECIÓN DE LA CUBETA).                                |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.1.3.- CADA ARILLO DE LÁMINA DE ACERO INOXIDABLE TIPO AISI-304, CALIBRE NO.18 DE 38 MM (1 1/2") DE ANCHO, ACABADO PULIDO.     |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.1.4.- BANDA PARA PROTECCIÓN PERIMETRAL DE HULE GRIS O NEGRO.                                                                 |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.1.5.- TOPES DE HULE NEGRO, DE USO RUDO.                                                                                      |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.1.6.- RODA DE HULE NEGRO TIPO BOLA DE 41 MM (5/8") DE DIÁMETRO DE ACABADO GRISADO.                                           |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.1.7.- SOPORTE DE ACERO INOXIDABLE TIPO AISI-304, CALIBRE NO. 18 DE 38 MM (1 1/2") DE ANCHO, ACABADO PULIDO.                  |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| <b>1.2.- CUBETA:</b>                                                                                                           |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.1.- ASA DE ACERO INOXIDABLE, REDONDO DE 6.3 MM (1/4") DE DIÁMETRO.                                                         |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.2.- CUERPO DE LÁMINA DE ACERO INOXIDABLE CALIBRE NO. 20 ACABADO PULIDO MATE.                                               |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.3.- CAPACIDAD DE 12 LITROS, CON SUPERFICIES LISAS.                                                                         |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.4.- DIMENSIONES 20 CM DE BASE X 28 CM DE SUPERFICIE X 25 CM DE ALTURA (TOLERANCIA EN SUS DIMENSIONES GENERALES: ±1 CM).    |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.3.- LA SOLDADURA PARA ACERO INOXIDABLE DEBERÁ SER CONTINUA, NO PUNTEADA.                                                     |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.4.- LOS DOBLES DEBERÁN IR SIN DEFORMACIONES Y PERFECTAMENTE ALINEADOS.                                                       |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.5.- EL DISEÑO DEBE IMPEDIR EL VOLTEO O CAÍDA DE LA CUBETA.                                                                   |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| <b>2.- ACCESORIOS:</b>                                                                                                         |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 2.1.- NO APLICA.                                                                                                               |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| <b>3.- CONSUMIBLES:</b>                                                                                                        |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 3.1.- NO APLICA.                                                                                                               |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |

|                                                                                             |                                 |                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA</b>                                                  |                                 |                                                  |
| <b>OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN</b><br><b>ARRENDAMIENTO O SERVICIO</b>           | <b>DESCRIPCIÓN DEL OFERENTE</b> | <b>EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)</b> |
| <b>1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ REALIZAR EN LA INSTALACIÓN DEL BIEN LO SIGUIENTE:</b> |                                 |                                                  |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 1.1.- TOMAR EN CUENTA LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD HOSPITALARIA, DETENDIENDO 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 GRUA 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 SUFRIERA 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.                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |
| 2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |
| 2.1.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA COMITADANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |

| V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)                                                                                                                                        |                                           |                     |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|----------|------------|
| PRESENTAR LO SIGUIENTE:                                                                                                                                                                                        | HIPERVINCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO) | NÚMERO DE DOCUMENTO | VIGENCIA | EVALUACIÓN |
| <b>1.- REGISTRO SANITARIO:</b>                                                                                                                                                                                 |                                           |                     |          |            |
| 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. |                                           |                     |          |            |
| <b>PARA BIENES INTERNACIONALES ANEXAR ADEMÁS:</b>                                                                                                                                                              |                                           |                     |          |            |
| IV.- CERTIFICADO DE LIBRE VENTA: FDA O CE O JIS O EQUIVALENTE SEGÚN PAÍS DE ORIGEN.                                                                                                                            |                                           |                     |          |            |
| V.- CERTIFICADO ISO:13485:2016.                                                                                                                                                                                |                                           |                     |          |            |
| <b>PARA BIENES NACIONALES ANEXAR ADEMÁS:</b>                                                                                                                                                                   |                                           |                     |          |            |
| VI.- CERTIFICADO DE LA NOM-241-SSA1-2012. BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.                                                                                                               |                                           |                     |          |            |
| 9.- CERTIFICADO ISO:13485:2016.                                                                                                                                                                                |                                           |                     |          |            |
| <b>CARTA DE APOYO</b>                                                                                                                                                                                          |                                           |                     |          |            |
| <b>1.3.1 CARTA DE FABRICANTE</b>                                                                                                                                                                               |                                           |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, EN PAPEL MEMBRETADO DEL FABRICANTE                                                                                                                                              |                                           |                     |          |            |
| <b>1.3.2 DISTRIBUIDOR QUE COMPRE DIRECTAMENTE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b>                                                                                                                            |                                           |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO DEL SOLIDARIO EN PAPEL MEMBRETADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                                                                                            |                                           |                     |          |            |
| Y                                                                                                                                                                                                              |                                           |                     |          |            |
| CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRETADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE                                                                              |                                           |                     |          |            |
| <b>1.3.3. DISTRIBUIDOR SECUNDARIO QUE COMPRE DIRECTAMENTE A UN DISTRIBUIDOR AUTORIZADO</b>                                                                                                                     |                                           |                     |          |            |
| 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                                                                                                   |                                           |                     |          |            |
| 0                                                                                                                                                                                                              |                                           |                     |          |            |

|                                                                                                                                                                                  |                                           |  |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--|----------------------|
|  GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO<br>SECRETARÍA DE SALUD<br>SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS | <b>FICHA TÉCNICA DE MOBILIARIO MÉDICO</b> |  | FOLIO DMT: 011-24    |
|                                                                                                                                                                                  |                                           |  | NO. DE PARTIDA: 3993 |
| IDENTIFICADOR DE FICHA:                                                                                                                                                          | VERSIÓN: V-2                              |  |                      |

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

| II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN |                   |              |   |
|--------------------------------------|-------------------|--------------|---|
| NOMBRE:                              | MESA MAYO         | CANTIDAD:    | 5 |
| DEFINICIÓN:                          | MOBILIARIO MÉDICO | CLAVE SALCA: |   |

| 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.- BASE DE TUBO DE ACERO INOXIDABLE CALIBRE NO. 20 DE TUBO CUADRADO DE 5.1 X 5.1 CM (2" X 2").                                                             |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.- CUATRO RODAS GIRATORIAS DE 75 MM (3") DE DIÁMETRO CON VÁSTAGO Y EJE DE RODAMIENTO DE ACERO DE ALTA RESISTENCIA.                                         |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.3.- COLUMNA Fija DE TUBO DE ACERO INOXIDABLE CALIBRE NO. 18 DE 3.17 X 3.17 CM (1 1/4" X 1 1/4") Y TUBO CIRCULAR DE 3.17 CM (1 1/4").                        |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.4.- COLUMNA DESLIZABLE TUBO DE ACERO INOXIDABLE CALIBRE NO. 15 TUBO CUADRADO DE 2.54 X 2.54 CM (1" X 1") Y TUBO CIRCULAR DE 2.54 CM (1") DE DIÁMETRO.       |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.5.- SOPORTE DE CHAROLA LÁMINA DE ACERO INOXIDABLE CALIBRE NO. 20 PERALTE DE 2.54 CM (1") CON DISEÑO Y AJUSTE PARA SOPORTAR LA CHAROLA MAYO.                 |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.6.- DIMENSIONES GENERALES:                                                                                                                                  |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.6.1.- LARGO 60 CM X ANCHO 35 CM X ALTURA 90 A 150 CM.                                                                                                       |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.6.2.- CON PERILLA METÁLICA PARA AJUSTE DE ALTURA                                                                                                            |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.7.- CHAROLA DE ACERO INOXIDABLE CAL. 20, ACABADO PULIDO, SIN FILLOS NI REBASAS, PERFECTAMENTE ALINEADA, AJUSTABLE A LAS DIMENSIONES DEL SOPORTE DE CHAROLA. |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.8.- SE PERMITE UN RANGO DE TOLERANCIA DE $\pm 10\%$ .                                                                                                       |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.9.- LOS COMPONENTES DEBERÁN ESTAR BIEN ENSAMBLADOS Y SOLDADOS.                                                                                              |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.10.- LA SOLDADURA DEBERÁ SER CONTINUA, NO PUNTEADA.                                                                                                         |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 2.- ACCESORIOS:                                                                                                                                               |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 2.1.- NO APLICA                                                                                                                                               |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 3.- CONSUMIBLES:                                                                                                                                              |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 3.1.- NO APLICA                                                                                                                                               |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |

| IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | DESCRIPCIÓN DEL OFERENTE | EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE) |
| <b>ARRENDAMIENTO O SERVICIO</b><br>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 AGARREO HASTA EL LUGAR DE LA INSTALACIÓN, INCLUYENDO ELEVACIÓN CON GRUA EN CASO DE SER NECESARIO DE LOS BIENES, SERÁ RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR ADJUDICADO SIN GENERAR COSTO ADICIONAL PARA LA SECRETARÍA. |  | 0382 |
| 1.4.- SI DURANTE LAS MANIOBRAS DE CARGA, DESCARGA, ENTREGA, RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN DEL BIEN LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA SUFRIERA 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.                                                                                               |  |      |
| 2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:                                                                                                                                 |  |      |
| 2.1.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA COMISIÓN LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".                                                                                                                                 |  |      |

| V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)                                                                                                                                        |                                           |                     |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|----------|------------|
| PRESENTAR LO SIGUIENTE:                                                                                                                                                                                        | HIPERVINCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO) | NÚMERO DE DOCUMENTO | VIGENCIA | EVALUACIÓN |
| <b>1.- REGISTRO SANITARIO:</b>                                                                                                                                                                                 |                                           |                     |          |            |
| 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. |                                           |                     |          |            |
| <b>PARA BIENES INTERNACIONALES ANEXAR ADEMÁS:</b>                                                                                                                                                              |                                           |                     |          |            |
| IV.- CERTIFICADO DE LIBRE VENTA: FDA, O CE O JIS O EQUIVALENTE SEGÚN PAÍS DE ORIGEN.                                                                                                                           |                                           |                     |          |            |
| V.- CERTIFICADO ISO:13485:2016.                                                                                                                                                                                |                                           |                     |          |            |
| <b>PARA BIENES NACIONALES ANEXAR ADEMÁS:</b>                                                                                                                                                                   |                                           |                     |          |            |
| VI.- CERTIFICADO DE LA NOM-241-SSA1-2012, BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.                                                                                                               |                                           |                     |          |            |
| V.- CERTIFICADO ISO:13485:2016.                                                                                                                                                                                |                                           |                     |          |            |
| <b>CARTA DE APOYO:</b>                                                                                                                                                                                         |                                           |                     |          |            |
| <b>13.1. CARTA DE FABRICANTE</b>                                                                                                                                                                               |                                           |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, EN PAPEL MEMBRATADO DEL FABRICANTE                                                                                                                                              |                                           |                     |          |            |
| 13.2. DISTRIBUIDOR QUE COMPRO DIRECTAMENTE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                                                                                                   |                                           |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO DEL SOLIDARIO EN PAPEL MEMBRATADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                                                                                            |                                           |                     |          |            |
| CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRATADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE                                                                              |                                           |                     |          |            |
| 13.3. DISTRIBUIDOR SECUNDARIO QUE COMPRO DIRECTAMENTE A UN DISTRIBUIDOR AUTORIZADO                                                                                                                             |                                           |                     |          |            |
| CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO, DISTRIBUIDOR PRIMARIO Y/O SECUNDARIO                                                                                                            |                                           |                     |          |            |
| CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRATADO POR EL DISTRIBUIDOR PRIMARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO                                                                                                   |                                           |                     |          |            |
| 0                                                                                                                                                                                                              |                                           |                     |          |            |
| DOCUMENTACIÓN FISCAL DEL ACUERDO O CONTRATO DE LA ASIGNACIÓN COMO DISTRIBUIDOR PRIMARIO EN MÉXICO POR EL FABRICANTE                                                                                            |                                           |                     |          |            |

|                                                                                                                                                                                                                                |                                    |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------|
|   GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO<br>SECRETARÍA DE SALUD | FICHA TÉCNICA DE MOBILIARIO MÉDICO | FOLIO DMTB: 011-24   |
|                                                                                                                                                                                                                                |                                    | NO. DE PARTIDA: 3993 |

|                                            |  |                                      |  |                        |              |
|--------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|------------------------|--------------|
| SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO |  | SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS |  | IDENTIFICADOR DE FOIA: | VERSIÓN: V-2 |
|--------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|------------------------|--------------|

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

| II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN |                   |              |      |
|--------------------------------------|-------------------|--------------|------|
| NOMBRE:                              | BANCA DE METAL    | CANTIDAD:    | 4    |
| DEFINICIÓN:                          | MOBILIARIO MÉDICO | CLAVE SAICA: | 1833 |

| 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.- METÁLICA Y RESISTENTE                                                                                                     |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.- ACERO INOXIDABLE                                                                                                          |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.3.- DIMENSIONES APROXIMADAS: 42CM X 50CM X 67CM                                                                               |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.4.- SOPORTE DE CARGA DE MÍNIMO 220 KG                                                                                         |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.5.- ACABADO EN PINTURA DE POLVO POLIESTER EPÓXICA HORMEADA COLOR BLANCO. DE ALTA DURABILIDAD Y RESISTENCIA AL MEDIO AMBIENTE. |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 2.- ACCESORIOS:                                                                                                                 |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 2.1.- NO APLICA.                                                                                                                |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 3.- CONSUMIBLES:                                                                                                                |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 3.1.- NO APLICA.                                                                                                                |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |

| IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | DESCRIPCIÓN DEL OFERENTE | EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE) |
| ARRENDAMIENTO O SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                                           |
| 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 ACAPIRRE 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 SUFRIERA 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.                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                           |
| 2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                           |
| 2.1.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA CONVOCANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                           |

| V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)         |                                           |                     |           |            |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|-----------|------------|
| PRESENTAR LO SIGUIENTE:                                                         | HIPERVINCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO) | NÚMERO DE DOCUMENTO | VIGENCIA: | EVALUACIÓN |
| 1.- REGISTRO SANITARIO:                                                         |                                           |                     |           |            |
| 1.1.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EMITIDO POR LA COFEPRIS, ANVERSO Y REVERSO.    |                                           |                     |           |            |
| 1.2.- REGISTRO SANITARIO NO VIGENTE; PROHOGA 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. |  |  |  |      |
| <b>PARA BIENES INTERNACIONALES ANEXAR ADEMÁS:</b>                                                                                                                                                             |  |  |  |      |
| IV.- CERTIFICADO DE LIBRE VENTA: FDA O CE O JIS O EQUIVALENTE SEGÚN PAÍS DE ORIGEN.                                                                                                                           |  |  |  |      |
| V.- CERTIFICADO ISO:13485:2016.                                                                                                                                                                               |  |  |  | 0370 |
| <b>PARA BIENES NACIONALES ANEXAR ADEMÁS:</b>                                                                                                                                                                  |  |  |  |      |
| VI.- CERTIFICADO DE LA NOM-241-SSA1-2012, BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.                                                                                                              |  |  |  |      |
| 5.- CERTIFICADO ISO:13485:2016.                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |
| <b>CARTA DE APOYO</b>                                                                                                                                                                                         |  |  |  |      |
| 1.3.1 CARTA DE FABRICANTE                                                                                                                                                                                     |  |  |  |      |
| CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, EN PAPEL MEMBRETADO DEL FABRICANTE                                                                                                                                             |  |  |  |      |
| 1.3.2 DISTRIBUIDOR QUE COMPRO DIRECTAMENTE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                                                                                                  |  |  |  |      |
| CARTA DE APOYO DEL SOLIDARIO EN PAPEL MEMBRETADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                                                                                           |  |  |  |      |
| 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 COMPRO 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 PROBATIVA DEL ACUERDO O CONTRATO DE LA ASOCIACIÓN COMO DISTRIBUIDOR PRIMARIO EN MÉXICO POR EL FABRICANTE                                                                                        |  |  |  |      |

|                                                                                                                                                          |                                           |  |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--|----------------------|
|  <b>GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO</b><br><b>SECRETARÍA DE SALUD</b> | <b>FICHA TÉCNICA DE MOBILIARIO MÉDICO</b> |  | FOLIO DMTE: 011-24   |
|                                                                                                                                                          |                                           |  | NO. DE PARTIDA: 3993 |
| SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                               | IDENTIFICADOR DE FICHA:                   |  | VERSIÓN: V-2         |
| SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS                                                                                                                     |                                           |  |                      |

|                              |  |                    |  |
|------------------------------|--|--------------------|--|
| <b>I. DATOS DEL OFERENTE</b> |  |                    |  |
| EMPRESA:                     |  | MARCA:             |  |
| FABRICANTE:                  |  | MODELO:            |  |
| PAÍS DE ORIGEN:              |  | CANTIDAD OFERTADA: |  |

|                                             |                                                           |              |   |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------|---|
| <b>II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN</b> |                                                           |              |   |
| NOMBRE:                                     | MESA DE TRABAJO EN ACERO INOXIDABLE CON PUERTAS ABATIBLES | CANTIDAD:    | 4 |
| DEFINICIÓN:                                 | MOBILIARIO MÉDICO                                         | CLAVE SAICA: |   |

| <b>III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN</b>                                                                                                                                        |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 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.- ESTRUCTURA REFORZADA QUE RESISTA UN PESO DE 30KG O MAYOR, ESTABLE AL MOVIMIENTO                                                                                                |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.- DIMENSIONES APROXIMADAS: 250 CM DE LARGO, 45 CM DE FONDO Y 60 CM DE ALTURA                                                                                                     |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.3.- CUBIERTA LISA DE ACERO INOXIDABLE TIPO 304 CALIBRE 16, ACABADO PULIDO                                                                                                          |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.4.- CON AISLACIÓN DE TUBO DE ACERO CALIBRE 16 CUADRADOS 32 X 32 MM, ACABADO EN PINTURA DE POLVO POLIÉSTER PÓXICA HORNEADA, COLOR BEIGE O ARENA, DE ALTA DURABILIDAD Y RESISTENCIA. |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------|
| 1.5.-REFORZADO CON BARRA DE TUBO DE ACERO CALIBRE 18 CUADRADO 32 X 32MM EN TRES DE SUS LADOS POR LA PARTE INFERIOR, ACABADO EN PINTURA DE POLVO POLIESTER EPOXICA HORNEADA COLOR BEIGE O ARENA, DE ALTA DURABILIDAD Y RESISTENCIA AL MEDIO AMBIENTE. |  |  |  |      |
| 1.6.- CON REGATONES, FIADORES Y AJUSTADORES DE ALTURA EN LAS 4 PATAS DE ACERO INOXIDABLE O ALUMINIO MACIZO                                                                                                                                           |  |  |  | 0372 |
| 1.7.- SIN REMACHES, NI HENDIDURAS                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |      |
| 1.8.- CON ACABADO ESPECIAL DE TODAS LAS ARISTAS EN CANTOS REDONDEADOS                                                                                                                                                                                |  |  |  |      |
| 1.9.- LOS DOBLES DEBERÁN IR SIN DEFORMACIONES Y PERFECTAMENTE ALINEADOS                                                                                                                                                                              |  |  |  |      |
| 1.10.- EL PULIDO DEL ACERO INOXIDABLE DEBERÁ SER UNIFORME DE CALIDAD EN LA UNIÓN Y DE GRADO SANITARIO                                                                                                                                                |  |  |  |      |
| 2.- ACCESORIOS:                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |      |
| 2.1.- NO APLICA.                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |      |
| 3.- CONSUMIBLES:                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |      |
| 3.1.- NO APLICA.                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |      |

| IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                           |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|--|--|
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN ARRENDAMIENTO O SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | DESCRIPCIÓN DEL OPERANTE | 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, DETERMINANDO 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, DESMONTAJE, ENRECAJE 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 GRUA 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 ESTRUCTURA HOSPITALARIA SUFRIERA ALGÚN DAÑO ESTE SERÁ CUBIERTO POR EL PROVEEDOR.                                                                                                                                                             |                          |                                           |  |  |
| 1.5.- PRUEBAS DE CALIDAD DEL EQUIPO CONFORME A NORMA PATENTE, POSTERIOR A LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO Y PREVIO A SU RECEPCIÓN DEFINITIVA.                                                                                                                                                                                                                           |                          |                                           |  |  |
| 2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                                           |  |  |
| 2.1.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA CONVOCANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                                           |  |  |

| V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)                                                                                                                                        |                                           |                     |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|----------|------------|
| PRESENTAR LO SIGUIENTE:                                                                                                                                                                                        | HIPERVINCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO) | NÚMERO DE DOCUMENTO | VIGENCIA | EVALUACIÓN |
| 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 IS O EQUIVALENTE SEGÚN PAÍS DE ORIGEN.                                                                                                                             |                                           |                     |          |            |



|                                                                                                                                   |  |  |  |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------|
| V. CERTIFICADO ISO 13485:2016.                                                                                                    |  |  |  |      |
| PARA BIENES NACIONALES ANEXAR ADEMÁS:                                                                                             |  |  |  |      |
| VI. CERTIFICADO DE LA NOM-241-SSA1-2012, BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.                                   |  |  |  | 0372 |
| 5. CERTIFICADO ISO 13485:2016.                                                                                                    |  |  |  |      |
| CARTA DE APOYO                                                                                                                    |  |  |  |      |
| 1.3.1. CARTA DE FABRICANTE                                                                                                        |  |  |  |      |
| CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, EN PAPEL MEMBRETADO DEL FABRICANTE                                                                 |  |  |  |      |
| 1.3.2. DISTRIBUIDOR QUE COMPRA DIRECTAMENTE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                     |  |  |  |      |
| CARTA DE APOYO DEL SOLICITANTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                             |  |  |  |      |
| 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 ASOCIACIÓN COMO DISTRIBUIDOR PRIMARIO EN MÉXICO POR EL PARTICIPANTE         |  |  |  |      |

|                                                                                                                                       |  |                                    |  |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|----------------------|
|  GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO SECRETARÍA DE SALUD |  | FICHA TÉCNICA DE MOBILIARIO MÉDICO |  | FOLIO DMTI: 011-24   |
| SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                            |  |                                    |  | NO. DE PARTIDA: 3993 |
| SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS                                                                                                  |  | IDENTIFICADOR DE FICHA:            |  | VERSIÓN: V-2         |

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

|                                      |                                    |              |   |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------|---|
| II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN |                                    |              |   |
| NOMBRE:                              | MUEBLE PARA GUARDA DE MEDICAMENTOS | CANTIDAD:    | 4 |
| DEFINICIÓN:                          | MOBILIARIO MÉDICO                  | CLAVE SAICA: |   |

| III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| ESPECIFICACIONES DEL BIEN                                                                                                                                                                                                                                                                             | DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO | HIPERVÍNCULO (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.- VENTANA DE PIE CON ESTRUCTURA EN LÁMINA DE ACERO CAL 22, ACABADO EN ESMALTE HORNEADO COLOR GRIS CLARO.                                                                                                                                                                                          |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.- DEBEIRÁ GARANTIZAR RESISTENCIA AL IMPACTO Y AL RAYADO.                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.3.- DIMENSIONES: 50 CM DE LARGO X 40 CM DE ANCHO X 155 CM DE ALTO, CON TOLERANCIA DE $\pm 3$ CM.                                                                                                                                                                                                    |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.4.- DOBLE PUERTA SUPERIOR EN LÁMINA DE ACERO CAL 22, CON VENTANA EN VIDRIO DE 3.1MM (1/8") DE ESPESOR, ACABADO EN ESMALTE HORNEADO COLOR BEIGE O ARENA, CON ENTREPISO DE VIDRIO DE 6 MM DE ESPESOR, PROPORCIONAL A LAS DIMENSIONES DE LA PARTE SUPERIOR, CON CANTOS PULIDOS Y ESQUINAS REDONDEADAS. |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.5.- DOS CAJONES CENTRALES EN LÁMINA DE ACERO CAL 22, ACABADO EN ESMALTE HORNEADO COLOR GRIS CLARO.                                                                                                                                                                                                  |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.6.- DOBLE PUERTA INFERIOR EN LÁMINA DE ACERO CAL 22, ACABADO EN ESMALTE HORNEADO COLOR GRIS CLARO.                                                                                                                                                                                                  |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.7.- RETENES A RODILLO PARA PUERTAS SUPERIORES E INFERIORES.                                                                                                                                                                                                                                         |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |

|                                                                                                |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 1.8.- JALADERAS METÁLICAS TIPO PUENTE O CRUZADAS, PARA PUERTAS INTERIORES Y CAJONES CENTRALES. |  |  |  |  |
| 1.9.- JALADERAS TIPO BOLA PARA PUERTAS SUPERIORES.                                             |  |  |  |  |
| 1.10.- CON CERRADURA EN LAS PUERTAS SUPERIORES.                                                |  |  |  |  |
| 1.11.- JUEGO DE LLAVES PARA CERRADURA.                                                         |  |  |  |  |
| 1.12.- UNIONES DE LOS ELEMENTOS COMPONENTES DEBERÁN ESTAR BIEN ENSAMBLADOS Y SOLDADOS.         |  |  |  |  |
| 1.13.- SUPERFICIES LISAS, SIN REMACHES.                                                        |  |  |  |  |
| 1.14.- LOS DOBLES DEBERÁN IR SIN DEFORMACIONES Y PERFECTAMENTE ALINEADOS.                      |  |  |  |  |
| 2.- ACCESORIOS:                                                                                |  |  |  |  |
| 2.1.- NO APLICA.                                                                               |  |  |  |  |
| 3.- CONSUMIBLES:                                                                               |  |  |  |  |
| 3.1.- NO APLICA.                                                                               |  |  |  |  |

| IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                                           |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|--|--|
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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 ACAPREO HASTA EL LUGAR DE LA INSTALACIÓN, INCLUYENDO ELEVACIÓN CON GRUA 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 SUFRIERA 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.                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                           |  |  |
| 2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                           |  |  |
| 2.1.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA CONVOCANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                           |  |  |

| V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)                                                                                                                                        |                                           |                     |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|----------|------------|
| PRESENTAR LO SIGUIENTE:                                                                                                                                                                                        | HIPERVINCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO) | NÚMERO DE DOCUMENTO | VIGENCIA | EVALUACIÓN |
| 1.- REGISTRO SANITARIO:                                                                                                                                                                                        |                                           |                     |          |            |
| 1.1.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EMITIDO POR LA COHEPRIS, 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 COHEPRIS 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 SEGUN PAIS DE ORIGEN.                                                                                                                            |                                           |                     |          |            |
| V.- CERTIFICADO ISO:13485:2016.                                                                                                                                                                                |                                           |                     |          |            |
| PARA BIENES NACIONALES ANEXAR ADEMÁS:                                                                                                                                                                          |                                           |                     |          |            |



|                                                                                                                                 |  |  |  |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------|
| VI.- CERTIFICADO DE LA NOM-241-SSA1-2012, BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.                                |  |  |  |      |
| 5.- CERTIFICADO ISO:13485:2016.                                                                                                 |  |  |  |      |
| <b>CARTA DE APOYO</b>                                                                                                           |  |  |  |      |
| 1.3.1 CARTA DE FABRICANTE                                                                                                       |  |  |  |      |
| CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, EN PAPEL MEMBRADO DEL FABRICANTE                                                                 |  |  |  |      |
| 13.2. DISTRIBUIDOR QUE COMPRA DIRECTAMENTE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                                    |  |  |  | 0374 |
| CARTA DE APOYO DEL SOLIDARIO EN PAPEL MEMBRADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                                               |  |  |  |      |
| Y                                                                                                                               |  |  |  |      |
| CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE |  |  |  |      |
| 13.3. 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 MEMBRADO POR EL DISTRIBUIDOR PRIMARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO                      |  |  |  |      |
| 0                                                                                                                               |  |  |  |      |
| DOCUMENTACIÓN PROBATIVA DEL ACUERDO O CONTRATO DE LA ASIGNACIÓN COMO DISTRIBUIDOR PRIMARIO EN MENÚ POR EL PARTICIPANTE          |  |  |  |      |

|                                                                                                                                                        |                                                   |  |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|----------------------|
|  <b>GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO</b><br><b>SECRETARÍA DE SALUD</b> | <b>FICHA TÉCNICA DE MOBILIARIO ADMINISTRATIVO</b> |  | FOLIO DMT: 011-24    |
|                                                                                                                                                        |                                                   |  | NO. DE PARTIDA: 3993 |
| SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                             | IDENTIFICADOR DE FICHA:                           |  | VERSIÓN: V-2         |
| SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS                                                                                                                   |                                                   |  |                      |

|                              |  |                    |  |
|------------------------------|--|--------------------|--|
| <b>I. DATOS DEL OFERENTE</b> |  |                    |  |
| EMPRESA:                     |  | MARCA:             |  |
| FABRICANTE:                  |  | MODELO:            |  |
| PAÍS DE ORIGEN:              |  | CANTIDAD OFERTADA: |  |

|                                             |                           |              |  |
|---------------------------------------------|---------------------------|--------------|--|
| <b>II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN</b> |                           |              |  |
| NOMBRE:                                     | VARIOS                    | CANTIDAD:    |  |
| DEFINICIÓN:                                 | MOBILIARIO ADMINISTRATIVO | CLAVE SAICA: |  |

| <b>III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN</b>                            |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| ESPECIFICACIONES DEL BIEN                                                | DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO | HIPERVÍNCULO (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.- MONITOR SMART TV CON SUSCRIPCIÓN A SERVICIO STREAMING. (14)          |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.1.- SOPORTE O MUEBLE                                                   |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.2.- UTILIZADO PARA VIDEOCONFERENCIA CON EL QUIRÓFANO                   |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 1.3.- EL TAMAÑO DEBERÁ SER ACORDE AL ÁREA Y CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 2.- SILLAS ACOINADAS DE COLOR NEGRO (65)                                 |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 2.1.- ERGONOMÉTRICAS                                                     |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |
| 2.2.- TIJAS                                                              |                               |                                                                                                         |                                                       |                                           |

| <b>IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA</b>                                                                                              |                          |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO                                                                       | DESCRIPCIÓN DEL OFERENTE | EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE) |
| 1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ REALIZAR EN LA INSTALACIÓN DEL BIEN LO SIGUIENTE:                                                    |                          |                                           |
| 1.1.- REALIZAR EL TRANSPORTE, DESEMBALE, ENTREGA E INSTALACIÓN SIN COSTO PARA LA SECRETARÍA PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO. |                          |                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                      |  |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|
| 1.2.- LAS MANIOBRAS DE ACARREO HASTA EL LUGAR DE LA INSTALACIÓN, INCLUYENDO ELEVACIÓN CON CRUA EN CASO DE SER NECESARIO DE LOS BIENES, SERÁ RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR ADJUDICADO SIN GENERAR COSTO ADICIONAL PARA LA SECRETARÍA. |  |      |
| 1.3.- SI DURANTE LAS MANIOBRAS DE CARGA, DESCARGA, ENTREGA, RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN DEL BIEN LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA SUFRIERA ALGÚN DAÑO ESTE SERÁ CUBIERTO POR EL PROVEEDOR.                           |  | 0375 |

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









GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS

DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS



ANEXO 1.4

FICHAS TÉCNICAS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS

USAR EL ANEXO 1.4 FICHAS TÉCNICAS DE  
INSUMOS Y MEDICAMENTOS 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".







[illegible]



[illegible]

[illegible]



10

[illegible]





[illegible]





[illegible]

## MEDICAMENTOS

|                                                                                                                                      |                                             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--|
|  <p>MINISTERIO DE SALUD<br/>REPUBLICA DE CUBA</p> | FICHA TÉCNICA DE MEDICAMENTOS PARA DIÁLISIS |  |
|                                                                                                                                      | FARMACODINAMIA                              |  |
|                                                                                                                                      | FARMACOCINÉTICA                             |  |
|                                                                                                                                      | FARMACOTERAPIA                              |  |

[illegible]

[illegible]



10



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS

DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS



ANEXO 1.5

FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO E INSUMO POR EVENTO

USAR EL ANEXO 1.5 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO E INSUMO POR EVENTO 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".



# ANEXO 1.5 FICHA TÉCNICA EQUIPO E INSUMO POR EVENTO

|                                                                                                                                           |  |                                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|
|  <p>SECRETARÍA DE SALUD<br/>SECRETARÍA DE ECONOMÍA</p> |  | <p>PLAN OVR 2013</p> <p>PARTE A PUESTA EN MARCHA</p> <p>VERSIÓN 2.014</p> |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|

## FICHA TÉCNICA EQUIPO POR EVENTO PARA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO

### II. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LOS BIENES SOLICITADOS Y OFERTAS

| II. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LOS BIENES SOLICITADAS Y OFERTADAS |                                     |                  |                     |                                          |                         |                |       |                                           |                                                                              |                                                          |                                                                                                  |                                                        |                                                       |                                                                            |                                                                    |                                                                                                           |                                  |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------|---------------------|------------------------------------------|-------------------------|----------------|-------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS                                        |                                     |                  |                     | DOCUMENTOS HIPERVINCULADOS Y REFERENCIAS |                         |                |       |                                           |                                                                              |                                                          |                                                                                                  |                                                        |                                                       |                                                                            |                                                                    |                                                                                                           |                                  |
| No.                                                                | DESCRIPCIÓN DEL BIEN                | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA | DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO            | UNIDAD DE MEDIDA OFERTA | PAÍS DE ORIGEN | MARCA | NÚMERO DE CATALOGO O NÚMERO DE REFERENCIA | HIPERVINCULO A CATALOGOS, MANUALES, FOLLETO DEL ARCHIVO (O) EL BIEN OFERTADO | PÁGINA DEL MANUAL O FOLLETO DEL ARCHIVO (O) COMPROBANTES | CARTA DE APDO. SEGUN SEA EL CASO: AUTORIZACIÓN DE DISTRIBUCIÓN POR LA FEDERACIÓN DE COMPROBANTES | REGISTRO DE PROVEDOR POR LA FEDERACIÓN DE COMPROBANTES | CARTA DE NO REGISTRO DE LA FEDERACIÓN DE COMPROBANTES | CERTIFICADO DE LIBRE VENTA PARA OCEJO O EL EQUIVALENTE A SU PAÍS DE ORIGEN | PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL CERTIFICADO DE LA NOM-041-SSA1-2012 | PASADISENOS ESTABLECIMIENTOS DE ORIGEN PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL CERTIFICADO DE LA NOM-041-SSA1-2012 | EVALUACIÓN USO DEL BIEN OFERTADO |
|                                                                    |                                     |                  |                     |                                          |                         |                |       |                                           |                                                                              |                                                          |                                                                                                  |                                                        |                                                       |                                                                            |                                                                    |                                                                                                           |                                  |
| 1                                                                  | GRUPO PARA REEMPLAZO RENAL CONTINUO |                  |                     |                                          |                         |                |       |                                           |                                                                              |                                                          |                                                                                                  |                                                        |                                                       |                                                                            |                                                                    |                                                                                                           |                                  |

|                                                          |  |
|----------------------------------------------------------|--|
| <p>SECRETARÍA DE SALUD</p> <p>SECRETARÍA DE ECONOMÍA</p> |  |
|----------------------------------------------------------|--|



ANEXO 1.6

ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS

EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR MUESTRAS FÍSICAS ÚTILES DEL 100%, NO CADUCAS DE LOS RENGLONES ENLISTADOS A CONTINUACIÓN, PARA LO CUAL DEBERÁ CONSIDERAR LO SIGUIENTE:

IDENTIFICAR LAS MUESTRAS CON UNA ETIQUETA INDICANDO:

- ✓ NOMBRE DE LA EMPRESA.
- ✓ NÚMERO DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN.
- ✓ NÚMERO DE RENGLÓN Y DESCRIPCIÓN MARCA Y LUGAR DE PROCEDENCIA DEL INSUMO.

LA ETIQUETA DEBERÁ ESTAR PERFECTAMENTE ADHERIDA A LA MUESTRA, DERIVADO QUE EL ÁREA USUARIA NO SE HARÁ RESPONSABLE SI EN LA EVALUACIÓN NO SE ENCUENTRA IDENTIFICADA LA MUESTRA.

PARA LA PRESENTACIÓN DEL SOFTWARE DE GESTIÓN DE ADMINISTRATIVA, EL OFERENTE DEBERÁ TRAER DE MANERA OBLIGATORIA EL HARDWARE, SOFTWARE, LINEA CON DATOS, Y PROYECTOR. LA FALTA DE CUALQUIERA DE ESTOS SERÁ MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN POR LA NO PRESENTACIÓN DEL SOFTWARE.

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.

RELACIÓN DE MUESTRAS

| No. | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                         | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD | RESULTADO DE LA EVALUACIÓN |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|----------------------------|
| 1   | CATÉTER PARA DIÁLISIS PERITONEAL TIPO COLA DE COCHINO O RECTO, TAMAÑO ADULTO                                                                                                                        | PIEZA            | 1        |                            |
| 2   | LÍNEA CORTA DE TRANSFERENCIA                                                                                                                                                                        | PIEZA            | 1        |                            |
| 3   | SET DE LÍNEAS ARTERIOVENOSAS                                                                                                                                                                        | PIEZA            | 1        |                            |
| 4   | CATÉTER PARA HEMODIÁLISIS TEMPORAL/PERMANENTE                                                                                                                                                       | PIEZA            | 1        |                            |
| 5   | FILTROS HEMODIALIZADORES                                                                                                                                                                            | PIEZA            | 1        |                            |
| 6   | SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA                                                                                                                                                                  | PIEZA            | 1        |                            |
| 7   | ETIQUETA PLASTIFICADA DE IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO<br>CÓDIGO QR, CON UN EJEMPLO DE UN EQUIPO, LA LECTURA DEL<br>CÓDIGO NO DEBE ENVIAR A NINGUNA PÁGINA DE INTERNET, SINO<br>A LOS DATOS ESPECÍFICOS | PIEZA            | 1        |                            |





GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS

DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS



FIRMAS DE LOS EVALUADORES

0382

|                                  |
|----------------------------------|
| NOMBRE DEL PERSONAL DE LA DGPSMU |
| <br><br><br>                     |
| FIRMA                            |

|                                |
|--------------------------------|
| NOMBRE DEL PERSONAL DE LA DMTI |
| <br><br><br>                   |
| FIRMA                          |

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

|                                                      |
|------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL OFERENTE, APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL |
| <br><br><br>                                         |
| FIRMA                                                |
| R F C DEL OFERENTE:                                  |

34  
Página 34



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS

DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS



ANEXO 1.7

CONSTANCIA DE VISITA A LA UNIDAD MÉDICA

UNIDAD HOSPITALARIA(b): \_\_\_\_\_ FECHA(a): 03/02/2024  
EMPRESA PARTICIPANTE(c): \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL REPRESENTANTE(d): \_\_\_\_\_ FIRMA(e): \_\_\_\_\_

CARACTERÍSTICAS NECESARIAS DEL ÁREA DONDE SE UBICARÁN LOS EQUIPOS:

ÁREA PARA EVALUAR

| CONCEPTO                                                        | SITUACIÓN DE CADA ÁREA (F) |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------|
| SALA DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS O UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS |                            |
| ÁREA PARA RESGUARDO DE EQUIPOS E INSUMOS                        |                            |
| ÁREA PARA SISTEMA DE TRATAMIENTO DE AGUA                        |                            |
| ELECTRICIDAD                                                    |                            |
| DRENAJE                                                         |                            |
| CONDICIONES GENERALES DEL AREA                                  |                            |

OBSERVACIONES(g):

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

OTROS (cantidad de personal que labora, materiales del inmueble, espacio que ocupan el mobiliario existente) (h):

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

Vo. Bo.(i)

| NOMBRE DEL RESPONSABLE | CARGO | FIRMA |
|------------------------|-------|-------|
|                        |       |       |

SELLO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA(j)

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

35  
Página 35





GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS

DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS



**INSTRUCCIONES DE LLENADO:**

- A) PONER FECHA EN FORMATO DD/MM/AAAA
- B) PONER NOMBRE DE LA UNIDAD HOSPITALARIA QUE SE VISITA
- C) PONER NOMBRE DE LA EMPRESA OFERENTE QUE VISITA
- D) PONER NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO DE LA EMPRESA PARTICIPANTE QUE VISITA
- E) PONER FIRMA DEL EMPLEADO DE LA EMPRESA PARTICIPANTE QUE VISITA
- F) DESCRIBIR SITUACIÓN DE CADA ÁREA QUE SE VISITA; POR EJEMPLO, ÁREA DE 9M CÚBICOS, EN BUENAS CONDICIONES Y FUNCIONAL
- G) ESCRIBIR EN OBSERVACIONES SI EXISTIERA UNA OBSERVACIÓN GENERAL O DETALLAR ALGUNA SITUACIÓN EN PARTICULAR
- H) ESCRIBIR EN OTROS SI EXISTIERA ALGO QUE DETECTE EL PARTICIPANTE QUE CONSIDERE RELEVANTE, COMO CANTIDAD DE PERSONAS QUE TRABAJAN, ALTURA DE PISO A TECHO O ALGÚN DATO EXTRA QUE INFLUYA EN EL SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS
- I) ESCRIBIR EN VO.BO. EL NOMBRE, CARGO Y FIRMA AUTÓGRAFA DEL JEFE DEL SERVICIO DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS, Y/O SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO, Y/O SUBDIRECTOR MÉDICO, Y/O DIRECTOR DE LA UNIDAD HOSPITALARIA QUE SE VISITA (AL MENOS UNA PERSONALIDAD).
- J) PONER UN SELLO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA QUE SE VISITA

*[Firma manuscrita]*

*[Firma manuscrita]*

Página 36







ANEXO 1.9

FORMATO DE ENTREGA, RECEPCIÓN, APERTURA E INSTALACIÓN DE EQUIPOS

UNIDAD HOSPITALARIA(A): \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CONTRATO (B): \_\_\_\_\_  
FECHA DE ENTREGA(C): \_\_\_\_\_ FECHA DE INSTALACIÓN (D): \_\_\_\_\_

EQUIPO Y MOBILIARIO MÉDICO (E)

| No. | DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO<br>MÉDICO | MARCA | MODELO | SERIE | AÑO DE<br>FABRICACIÓN | QUEDA<br>FUNCIONAL EL<br>EQUIPO |
|-----|----------------------------------|-------|--------|-------|-----------------------|---------------------------------|
|     |                                  |       |        |       |                       |                                 |
|     |                                  |       |        |       |                       |                                 |
|     |                                  |       |        |       |                       |                                 |
|     |                                  |       |        |       |                       |                                 |
|     |                                  |       |        |       |                       |                                 |
|     |                                  |       |        |       |                       |                                 |
|     |                                  |       |        |       |                       |                                 |
|     |                                  |       |        |       |                       |                                 |
|     |                                  |       |        |       |                       |                                 |
|     |                                  |       |        |       |                       |                                 |

INSTALACIÓN DE ETIQUETAS (F)

| TIPO DE ETIQUETA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | QUEDA<br>INSTALADA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| ETIQUETA PLASTIFICADA QR DE IDENTIFICACIÓN DE EQUIPO CON LOS SIGUIENTES DATOS<br>UNIDAD HOSPITALARIA.<br>2. NO. DE PROCEDIMIENTO.<br>3. NO. DEL CONTRATO<br>4. NOMBRE DEL OFERENTE.<br>5. DESCRIPCIÓN DEL BIEN (IGUAL AL NOMBRE CORRESPONDIENTE DEL ANEXO 1.3)<br>6. MARCA<br>7. MODELO<br>8. SERIE<br>9. AÑO DE FABRICACIÓN<br>10. FECHA DE INSTALACIÓN<br>11. NÚMERO TELEFÓNICO PARA REPORTES DE SERVICIOS |                    |
| ETIQUETA COLOR VERDE, PLASTIFICADA QUE DEBERÁ DESGLOSAR LOS SIGUIENTES<br>DATOS:<br>1. FECHA DE ÚLTIMO MANTENIMIENTO PREVENTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS

DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS



2. FECHA DE PRÓXIMO MANTENIMIENTO PREVENTIVO

DOCUMENTACIÓN PARA ENTREGAR (G)

| DESCRIPCIÓN DE EQUIPO MÉDICO | PROGRAMA DE MANTENIMIENTO |            | ROUTINA DE MANTENIMIENTO |            |
|------------------------------|---------------------------|------------|--------------------------|------------|
|                              | ENTREGÓ                   | NO ENTREGÓ | ENTREGÓ                  | NO ENTREGÓ |
|                              |                           |            |                          |            |
|                              |                           |            |                          |            |
|                              |                           |            |                          |            |
|                              |                           |            |                          |            |
|                              |                           |            |                          |            |
|                              |                           |            |                          |            |
|                              |                           |            |                          |            |
|                              |                           |            |                          |            |
|                              |                           |            |                          |            |

OBSERVACIONES:(H)

ASISTENTES(I)

NOMBRE DEL DIRECTOR MÉDICO

FIRMA

NOMBRE DEL SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

FIRMA

NOMBRE DEL JEFE DEL SERVICIO

FIRMA

NOMBRE DE ACTIVO FIJO

FIRMA

NOMBRE DEL INGENIERO BIOMÉDICO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA

FIRMA

NOMBRE DEL INGENIERO DE INSTALACIÓN DE LA EMPRESA

FIRMA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA

FIRMA





GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS

DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS



SELLO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA: (J)

**INSTRUCCIONES DE LLENADO:**

- A) ESCRIBIR EL NOMBRE LA UNIDAD HOSPITALARIA.
- B) ESCRIBIR EL NÚMERO DE CONTRATO.
- C) ESCRIBIR LA FECHA DE ENTREGA DD/MM/AAAA.
- D) ESCRIBIR LA FECHA DE ENTREGA DD/MM/AAAA.
- E) ESCRIBIR LA RELACIÓN DE EQUIPO MÉDICO Y EQUIPOS AUXILIARES QUE SE ENTREGA A ESA UNIDAD HOSPITALARIA, CONFORME AL ANEXO 1.2.
- F) COLOCAR LAS ETIQUETAS EN EL EQUIPO MÉDICO Y ESCRIBIR SI FUERON O NO INSTALADAS.
- G) ESCRIBIR LOS NOMBRES DE LOS EQUIPOS MÉDICO Y COLOCAR SI FUE O NO FUE ENTREGADA LA DOCUMENTACIÓN DESCRITA EN ESE APARTADO.
- H) ESCRIBIR SI HAY OBSERVACIÓN ALGUNA.
- I) ESCRIBIR EL NOMBRE Y SIGNAR SEGÚN CORRESPONDA.
- J) COLOCAR EL SELLO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS

DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS



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 "FORMATO PARA REPORTE DE INCIDENTES Y/O MALA CALIDAD DE INSUMOS PARA LA SALUD", EL CUAL FUE ELABORADO CON EL FIN DE CONTAR CON INFORMACIÓN CONCISA RESPECTO A LOS INSUMOS PARA LA SALUD REPORTADOS POR MALA CALIDAD, LO CUAL PERMITIRÁ INFORMAR EN TIEMPO Y FORMA AL ÁREA CORRESPONDIENTE PARA DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LOS CONTRATOS, ASÍ COMO EL SEGUIMIENTO DEL REPORTE HASTA SU CONCLUSIÓN.

"FORMATO PARA REPORTE DE INCIDENTES Y/O DESVIACIONES EN LA CALIDAD DE INSUMOS PARA LA SALUD"

1. NOMBRE DE LA UNIDAD HOSPITALARIA QUE ELABORA EL REPORTE.
2. NOMBRE DEL SERVICIO QUE IDENTIFICA Y ELABORA EL REPORTE.
3. FECHA DE ELABORACIÓN DEL REPORTE.
4. FOLIO: EL NÚMERO DE FOLIO SERÁ ASIGNADO POR PERSONAL DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS UNA VEZ RECIBIDO EL REPORTE.
5. NOMBRE COMPLETO DE QUIEN ELABORA EL REPORTE.
6. CARGO DE QUIEN ELABORA EL REPORTE.
7. CORREO ELECTRÓNICO DE QUIEN ELABORA EL REPORTE.
8. NÚMERO TELEFÓNICO DE QUIEN ELABORA EL REPORTE.
9. INDICAR CON UNA "X" SI SE TRATA DE INCIDENTE ADVERSO O MALA CALIDAD DEL INSUMO.
10. ANOTAR CLAVE SAICA DEL INSUMO REPORTADO.
11. DESCRIPCIÓN DEL INSUMO PARA LA SALUD TAL Y COMO ESTÁ EN SAICA.
12. MARCA DEL INSUMO PARA LA SALUD.
13. NOMBRE DEL OFERENTE QUE BASTECE EL INSUMO PARA LA SALUD.
14. INDICAR FECHA DE CADUCIDAD, LA CUAL SE ENCUENTRA IMPRESA EN EL ENVASE PRIMARIO O EN EL EMPAQUE SECUNDARIO.
15. EL NÚMERO DE LOTE, SE ENCUENTRA IMPRESO EN EL ENVASE PRIMARIO O EN EL EMPAQUE SECUNDARIO.
16. INDICAR EL PAÍS DE FABRICACIÓN.
17. SE DEBERÁ INDICAR EL NÚMERO DE PIEZAS DETECTADAS DEFECTUOSAS (1, 2, 3, ETC.).
18. ADJUNTAR MUESTRA FÍSICA DEL INSUMO Y/O EVIDENCIA FOTOGRÁFICA PARA EVALUACIÓN TÉCNICA Y/O CANJE CON EL OFERENTE.
19. SEÑALAR SI EL INSUMO PARA LA SALUD CAUSO ALGÚN DAÑO EN EL PACIENTE Y EN QUÉ CONSISTIÓ.
20. EN ESTE NUMERAL LA UNIDAD HOSPITALARIA DEBERÁ INDICAR ESPECIFICAR LA PROBLEMÁTICA PRESENTADA CON EL USO DEL INSUMO.
21. SEÑALAR SI LA PROBLEMÁTICA FUE REPORTADA A OTRA AUTORIDAD (COFEPRIS, CENTRO NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA Y/O TECNOVIGILANCIA).
22. SE DEBERÁ ANOTAR NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD RESPONSABLE DE LA UNIDAD HOSPITALARIA.
23. FECHA EN QUE SE ENVÍA EL REPORTE.
24. FIRMA DE LA AUTORIDAD DEL HOSPITAL



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS

DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS



ANEXO 19

FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA

6491

USAR EL ANEXO 19 FORMATO PARA LA  
PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA  
TÉCNICA EN EXCEL EDITABLE,  
PROPORCIONADA POR LA CONVOCANTE  
RESPECTANDO 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".





| 1. DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (OPAI)                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                        |                                                 |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 24                                                         | SOLUCION DIALISIS PERITONEAL AL 1.5 % CADA 100 MIL LITROS CONTIENEN: GLUCOSA MONOHIDRATADA 1.5 G. CLORURO DE SODIO 538 MG. CLORURO DE CALCIO DIHIDRATADO 25.7 MG. CLORURO DE MAGNESIO HEXAHIDRATADO 5.08 MG. LACTATO DE SODIO 448 MG. AGUA INYECTABLE C.B.P. 100 ML. PH 5.0 - 5.6 M.IEQUIVALENTES POR LITRO. SODIO 132. CALCIO 3.5. MAGNESIO 0.3. CLORURO 96. LACTATO 40. MILIOSMOLES APROXIMADOS POR LITRO 347. ENVASE CON BOLSA DE 6000 ML.  | BOLSA DE 6000 ML. DE SOLUCION.                                                                         | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |  |  |  |  |  |  |
| 25                                                         | SOLUCION DIALISIS PERITONEAL AL 2.5 % CADA 100 MIL LITROS CONTIENEN: GLUCOSA MONOHIDRATADA 2.5 G. CLORURO DE SODIO 538 MG. CLORURO DE CALCIO DIHIDRATADO 25.7 MG. CLORURO DE MAGNESIO HEXAHIDRATADO 5.08 MG. LACTATO DE SODIO 448 MG. AGUA INYECTABLE C.B.P. 100 ML. PH 5.0 - 5.6 M.IEQUIVALENTES POR LITRO. SODIO 132. CALCIO 3.5. MAGNESIO 0.3. CLORURO 96. LACTATO 40. MILIOSMOLES APROXIMADOS POR LITRO 376. ENVASE CON BOLSA DE 6 000 ML. | BOLSA DE 6000 ML. DE SOLUCION.                                                                         | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |  |  |  |  |  |  |
| 26                                                         | SOLUCION DIALISIS PERITONEAL AL 4.25 % CADA 100 MIL LITROS CONTIENEN: GLUCOSA MONOHIDRATADA 4.25 G. CLORURO DE SODIO 538 MG. CLORURO DE CALCIO DIHIDRATADO 25.7 CLORURO DE MAGNESIO HEXAHIDRATADO 5.08 MG. LACTATO DE SODIO 448 MG. AGUA INYECTABLE C.B.P. 100 ML. PH 5.0 - 5.6 M.IEQUIVALENTES POR LITRO. SODIO 132. CALCIO 3.5. MAGNESIO 0.3. CLORURO 96. LACTATO 40. MILIOSMOLES APROXIMADOS POR LITRO 484. ENVASE CON BOLSA DE 6000 ML.    | BOLSA DE 6000 ML. DE SOLUCION.                                                                         | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |  |  |  |  |  |  |
| 2. DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA CON ICODEXTRINA (OPAI) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                        |                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 27                                                         | SOLUCION, CADA 100 MIL LITROS CONTIENEN: ICODEXTRINA 7.500 G., CLORURO DE SODIO 0.5400 G., LACTATO DE SODIO 0.4500 G., CLORURO DE CALCIO DIHIDRATADO 0.0520 G., CLORURO DE MAGNESIO HEXAHIDRATADO 0.0051 G. ENVASE CON BOLSA CON 2000 ML Y CON SISTEMA INTEGRADO DE TUBERIA EN "Y" Y EN EL OTRO EXTREMO DE DRENAJE. BOLSA DE 2000 ML. DE SOLUCION.                                                                                             | BOLSA DE 2000 ML. DE SOLUCION CON SISTEMA INTEGRADO DE TUBERIA EN "Y" Y EN EL OTRO EXTREMO DE DRENAJE. | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |  |  |  |  |  |  |
| 28                                                         | SOLUCION, CADA 100 MIL LITROS CONTIENEN: ICODEXTRINA 7.5000 G., CLORURO DE SODIO 0.5400 G., LACTATO DE SODIO 0.4500 G., CLORURO DE CALCIO DIHIDRATADO 0.0521 G., CLORURO DE MAGNESIO HEXAHIDRATADO 0.0051 G.                                                                                                                                                                                                                                   | BOLSA DE 2000 ML. DE SOLUCION.                                                                         | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |  |  |  |  |  |  |
| 3. DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (OPCA)         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                        |                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 29                                                         | SOLUCION DIALISIS PERITONEAL AL 1.5 % CADA 100 MIL LITROS CONTIENEN: GLUCOSA MONOHIDRATADA 1.5 G. CLORURO DE SODIO 538 MG. CLORURO DE CALCIO DIHIDRATADO 25.7 MG. CLORURO DE MAGNESIO HEXAHIDRATADO 5.08 MG. LACTATO DE SODIO 448 MG. AGUA INYECTABLE C.B.P. 100 ML. PH 5.0 - 5.6 M.IEQUIVALENTES POR LITRO. SODIO 132. CALCIO 3.5. MAGNESIO 0.3. CLORURO 96. LACTATO 40. MILIOSMOLES APROXIMADOS POR LITRO 347.                               | BOLSA DE 2000 ML. CON SISTEMA INTEGRADO DE TUBERIA EN "Y" Y EN EL OTRO EXTREMO DE DRENAJE.             | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |  |  |  |  |  |  |
| 30                                                         | SOLUCION DIALISIS PERITONEAL AL 2.5 % CADA 100 MIL LITROS CONTIENEN: GLUCOSA MONOHIDRATADA 2.5 G. CLORURO DE SODIO 538 MG. CLORURO DE CALCIO DIHIDRATADO 25.7 MG. CLORURO DE MAGNESIO HEXAHIDRATADO 5.08 MG. LACTATO DE SODIO 448 MG. AGUA INYECTABLE C.B.P. 100 ML. PH 5.0 - 5.6 M.IEQUIVALENTES POR LITRO. SODIO 132. CALCIO 3.5. MAGNESIO 0.3. CLORURO 96. LACTATO 40. MILIOSMOLES APROXIMADOS POR LITRO 376.                               | BOLSA DE 2000 ML. CON SISTEMA INTEGRADO DE TUBERIA EN "Y" Y EN EL OTRO EXTREMO DE DRENAJE.             | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |  |  |  |  |  |  |





|                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                          |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 39                                                              | SOLUCIÓN DIÁLISIS PERITONEAL AL 4.25 %; CADA 100 ML LÍQUIDOS CONTIENEN: GLUCOSA MONOHIDRATADA 4.25 G; CLORURO DE SODIO 338 MG; CLORURO DE CALCIO DIHIDRATADO 25.7; CLORURO DE MAGNESIO HEXAHIDRATADO 15.08; LACTATO DE SODIO 428 MG; AGUA INYECTABLE C.B.P. 100 ML; PH 5.0 - 5.5 MUESTRAS EQUIVALENTES POR LITRO: SODIO 132 CALCIO 3.5; MAGNESIO 0.5; CLORURO 96; LACTATO 40. MUESTRAS APROXIMADAS POR LITRO 486 | BOLSA DE 4000 ML DE SOLUCIÓN.                                            | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| <b>III. TERCERA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA</b>                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                          |                                                 |
| 40                                                              | 1.1. SOLUCIÓN CONDUCIVANTE DEL EQUIPO LÍQUIDO, ELÉCTRICO Y DEL PH EN PACIENTES BAJO SUSTITUCIÓN RENAL CONTINUA. SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA UTILIZARSE EN PACIENTES CON FALLA RENAL AGUDA Y EN OTROS CASOS CUANDO SE REQUIERA DE LA REMOCIÓN DE LÍQUIDOS O SOLUCIONES COMO EN LOS CASOS DE ENVENENAMIENTO AGUDO POR MEDICAMENTOS O DROGAS QUE SON DIALIZABLES.                                                         | BOLSA DE 15000 ML                                                        | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 41                                                              | SOLUCIÓN DE DIÁLISIS Y REEMPLAZO A BASE DE BICARBONATO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | BOLSA DE 3000 ML CON PRES. CONTRA CIONES BOLA 22.5 BOLA 270. BOLA 470 5. | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 42                                                              | MEDICAMENTO QUE AYUDA AL FLUJO SANGUÍNEO A TRAVÉS DEL SISTEMA DE FILTRADO Y LA PERMEABILIDAD DE QUE LA SANGRE SE COMBULE EN EL FILTRO                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                          | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| <b>IV. DIÁLISIS</b>                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                          |                                                 |
| <b>1. DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)</b>                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                          |                                                 |
| 43                                                              | CATÉTER PARA DIÁLISIS PERITONEAL. TIPO: COLA DE COCHINO O RECTO, O BIEN TIPO TENGROIDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PIEZA                                                                    | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 44                                                              | CONECTOR DE TITANIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PIEZA                                                                    | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 45                                                              | EQUIPO DE LÍNEA CORTA DE TRANSFERENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PIEZA                                                                    | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 46                                                              | SISTEMA DE CONEXIÓN MÚLTIPLE DE PVC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PIEZA                                                                    | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 47                                                              | MASCARILLA FACIAL TRIPLE CAVA (CUBRE BOCAS).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PIEZA                                                                    | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 48                                                              | TAPÓN LUER LOCK PROTECTOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PIEZA                                                                    | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 49                                                              | PIEZA DE SUJECIÓN DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PIEZA                                                                    | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| <b>2. DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA CON CODESTRINA (DPA)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                          |                                                 |
| 50                                                              | CATÉTER PARA DIÁLISIS PERITONEAL. TIPO: COLA DE COCHINO O RECTO, O BIEN TIPO TENGROIDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PIEZA                                                                    | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 51                                                              | CONECTOR DE TITANIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PIEZA                                                                    | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 52                                                              | EQUIPO DE LÍNEA CORTA DE TRANSFERENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PIEZA                                                                    | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |



|                                                                          |                                                                                    |       |                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------|
| 53                                                                       | SISTEMA DE CONEXION MULTIPLE DE PVC                                                | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 54                                                                       | MASCARILLA FACIAL TRIPLE CAPA (CUBRE BOCAS).                                       | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 55                                                                       | TAPON LUER LOCK PROTECTOR                                                          | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 56                                                                       | PINZA DE SUJECION DESECHABLE                                                       | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| <b>3. DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA)</b>                |                                                                                    |       |                                                 |
| 57                                                                       | CATER PARA DIALISIS PERITONEAL TIPO COLA DE COCHINO O RECTO, O BIEN TIPO TENCKHOFF | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 58                                                                       | CONECTOR DE TITANIO                                                                | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 59                                                                       | EQUIPO DE LINEA CORTA DE TRANSFERENCIA                                             | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 60                                                                       | SISTEMA DE CONEXION MULTIPLE DE PVC                                                | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 61                                                                       | MASCARILLA FACIAL TRIPLE CAPA (CUBRE BOCAS).                                       | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 62                                                                       | PINZA DE SUJECION DESECHABLE                                                       | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| <b>4. DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA CONVULSOTRINA (OPCAU)</b> |                                                                                    |       |                                                 |
| 63                                                                       | CATER PARA DIALISIS PERITONEAL TIPO COLA DE COCHINO O RECTO, O BIEN TIPO TENCKHOFF | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 64                                                                       | CONECTOR DE TITANIO                                                                | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 65                                                                       | EQUIPO DE LINEA CORTA DE TRANSFERENCIA                                             | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 66                                                                       | SISTEMA DE CONEXION MULTIPLE DE PVC                                                | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 67                                                                       | MASCARILLA FACIAL TRIPLE CAPA (CUBRE BOCAS).                                       | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 68                                                                       | PINZA DE SUJACION DESECHABLE                                                       | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| <b>5. DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE (ODI)</b>                         |                                                                                    |       |                                                 |
| 69                                                                       | CATER PARA DIALISIS PERITONEAL TIPO COLA DE COCHINO O RECTO, O BIEN TIPO TENCKHOFF | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |





|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                 |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------|
| 87                                   | AGUJAS PARA FÍSTULA DE CALIBRES DE ACUERDO CON PRESCRIPCIÓN MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 88                                   | FILTROS HEMODIALIZADORES, PARA PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO O NEONATAL.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 89                                   | SOLUCIÓN DE SELLADO DE PARA CATÉTERES DE HEMODIÁLISIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 90                                   | SOLUCIÓN DE SELLADO ANTICUAGULANTE, ANTIBACTERIANO Y ANTITROMBÓTICO EN JERINGA LIBRE DE AGUA PRECARGADA CON 2.5ML CAU CON CONEXIÓN LUER LOCK, EMPAQUETADAS EN UN SET ESTÉRIL LAS CUALES CONTIENEN CITRATO TRISÓDICO AL 4%, 307, 46.7% PRESENTACIÓN SET CON DOS JERINGAS, ACABADO DE LA JERINGA LIBRE DE FISURAS, DEFORMACIONES, BURBUJAS, PERFORACIONES, FRACTURAS, REBABAS INTERNAS, RUGOSIDADES Y NODULOS, JERINGAS CON GRADUACIÓN EN ML Y CON ANILLO DE RETENCIÓN PARA EVITAR QUE EL EMPUJO SE SEPARÉ DEL CLINDRO. | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 91                                   | KIT DE CONEXIÓN-DISCONEXIÓN PARA CATÉTER O FÍSTULA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| <b>EL INSUMOS SEGÚN INDICACIONES</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                 |
| 92                                   | ACIDO EN SOLUCIÓN, CONCENTRADO PARA HEMODIÁLISIS DE ACUERDO CON MARCA DE LA MAQUINA CON VARIABILIDAD EN CONCENTRACIÓN DE POTASIO 00 CALCIO DE 2.5, 3.00 O 3.5 MEDAL, GALÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 93                                   | BICARBONATO DE SODIO EN POLVO CARTUCHO DE 720GR PARA USO NO PARENTERAL, PARA CONDUCTIVIDAD DE ACUERDO CON LA MARCA DE LA MAQUINA, CARTUCHO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 94                                   | ACIDO EN SOLUCIÓN, CONCENTRADO PARA HEMODIÁLISIS DE ACUERDO CON MARCA DE LA MAQUINA CON VARIABILIDAD EN CONCENTRACIÓN DE POTASIO 20 Y CALCIO DE 2.5, 3.00 O 3.5 MEDAL, GALÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 95                                   | JUOGO DE LINEAS ARTERIAL Y VENOSA DESECHABLE Y ENSAMBLADOS EN CASSETTE PARA COLOCACIÓN EN EL AUTOMATICO, PRESIONES EN EL SISTEMA DE LINEAS AL QUE EL PRODUCTO DE VENDEDOR ESTE INTEGRADO AL CASSETTE CORRESPONDIENTE CON LA MAQUINA DE HEMODIÁLISIS DE LA MARCA CORRESPONDIENTE, PIEZA                                                                                                                                                                                                                                | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 96                                   | CANULA PARA PUNCIÓN DE FÍSTULA ARTERIAL VENOSA INTERNA DE 15 O 16 G, PIEZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 97                                   | FILTRO PARA HEMODIÁLISIS DE MEMBRANA SINTÉTICA (PAES) PRESENTACIÓN EN CASSETTE PARA COLOCACIÓN EN EL AUTOMATICO, PRESIONES EN EL SISTEMA DE LINEAS AL QUE EL PRODUCTO DE VENDEDOR ESTE INTEGRADO AL CASSETTE CORRESPONDIENTE CON LA MAQUINA DE HEMODIÁLISIS DE LA MARCA CORRESPONDIENTE, PIEZA                                                                                                                                                                                                                        | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 98                                   | SOLUCIÓN PARA DESINFECCIÓN DE EQUIPOS DE ACUERDO CON MARCA Y MODELO OFERTADO POR EL PROVEEDOR, ENVASE DE 2500 A 5000 ML ENVASE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |
| 99                                   | SOLUCIÓN PARA DESINFECCIÓN DE EQUIPOS DE ACUERDO CON MARCA Y MODELO OFERTADO POR EL PROVEEDOR, ENVASE DE 250 A 500 ML ENVASE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PIEZA | LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO |





| II. HEMODIALISIS                         |                                     | SERVICIO | 16277 |
|------------------------------------------|-------------------------------------|----------|-------|
| 112                                      | HEMODIALISIS                        |          |       |
| III. TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO |                                     |          |       |
| 113                                      | TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO | SERVICIO | 178   |

### III. DOCUMENTACIÓN

| 10. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO                                                                                                                                                                                 |  | HIPERVINCULO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|
| 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICADO DE ORIGEN DEL TOTAL DE LOS EQUIPOS MÉDICOS SOLICITADOS EN EL ANEXO 1.2, DONDE SEÑALE LA FECHA DE FABRICACIÓN, DEBIENDO ESTAR FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL. |  |              |
| 11. GARANTÍA DE LOS BIENES                                                                                                                                                                                   |  | HIPERVINCULO |
| 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.                                                                                                   |  |              |
| 12. NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:                                                                                                                                                                         |  | HIPERVINCULO |
| 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.                                                                                                   |  |              |
| 13. OBLIGACIONES DEL SERVICIO INTEGRAL                                                                                                                                                                       |  | HIPERVINCULO |
| 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.                                                                                                   |  |              |
| 2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.                                                                                                                    |  |              |
| 14. EXPERIENCIA DE LA EMPRESA                                                                                                                                                                                |  | HIPERVINCULO |
| 1. CURRÍCULUM EMPRESARIAL                                                                                                                                                                                    |  |              |
| 2. CONTRATO UNO OBJETO DE ESTABLECIMIENTO                                                                                                                                                                    |  |              |
| 3. CARTA DE RECOMENDACIÓN CONTRATO UNO                                                                                                                                                                       |  |              |
| 4. CONTRATO DOS OBJETO DE ESTABLECIMIENTO                                                                                                                                                                    |  |              |
| 5. CARTA DE RECOMENDACIÓN CONTRATO DOS                                                                                                                                                                       |  |              |
| 15. CAPACITACIÓN                                                                                                                                                                                             |  | HIPERVINCULO |
| 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.                                                                                                   |  |              |
| 16. EXPERIENCIA DE LOS INGENIEROS DE SERVICIO                                                                                                                                                                |  | HIPERVINCULO |
| 1. CURRÍCULUM DE LOS INGENIEROS DE SERVICIO                                                                                                                                                                  |  |              |
| 2. CÉDULA PROFESIONAL Y/O TÍTULO PROFESIONAL                                                                                                                                                                 |  |              |
| 3. CERTIFICADOS O DIPLOMAS                                                                                                                                                                                   |  |              |
| 4. ORDENES DE SERVICIO                                                                                                                                                                                       |  |              |
| 17. EXPERIENCIA DE LOS DESARROLLADORES DE SOFTWARE                                                                                                                                                           |  | HIPERVINCULO |
| 1. CURRÍCULUM DE LOS INGENIEROS DE SERVICIO                                                                                                                                                                  |  |              |
| 2. CÉDULA PROFESIONAL Y/O TÍTULO PROFESIONAL                                                                                                                                                                 |  |              |
| 3. CERTIFICADOS O DIPLOMAS                                                                                                                                                                                   |  |              |
| 18. SOPORTE TÉCNICO                                                                                                                                                                                          |  | HIPERVINCULO |
| 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.                                                                                                   |  |              |
| 2. CALENDARIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO                                                                                                                                                                    |  |              |
| 3. RUTINA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO                                                                                                                                                                        |  |              |
| 3.1 MÁQUINA CICLOADORA PARA DIÁLISIS PERITONEAL                                                                                                                                                              |  |              |
| 3.2 MÁQUINA DE HEMODIALISIS                                                                                                                                                                                  |  |              |
| 3.3 TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO                                                                                                                                                                      |  |              |
| 3.4 SISTEMA DE ECG/ECG                                                                                                                                                                                       |  |              |
| 19. SOPORTE TÉCNICO DEL SOFTWARE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA                                                                                                                                                   |  | HIPERVINCULO |
| 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.                                                                                                   |  |              |



|                                                                                                            |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 18. IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO                                                                              | HIPERVINCULO |
| 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO. |              |
| 19. CONSTANCIAS DE MUESTRAS                                                                                | HIPERVINCULO |
| 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR LAS CONSTANCIAS DE EVALUACIÓN DE MUESTRA. ANEXO 1.6                        |              |
| 20. CONSTANCIAS DE VISITAS A LA UNIDAD HOSPITALARIA                                                        | HIPERVINCULO |
| 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR TODAS LAS CONSTANCIAS DE VISITA A LA UNIDAD HOSPITALARIA. ANEXO 1.7        |              |
| 21. FORMATO DE ENTREGA RECEPCIÓN, APERTURA E INSTALACIÓN DE EQUIPOS                                        | HIPERVINCULO |
| 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO. |              |
| 22. TECNOMANUAL                                                                                            | HIPERVINCULO |
| 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR COPIA SIMPLE DE ALTA DE LA UNIDAD Y/O RESPONSABLE.                         |              |
| 23. FARMACOVIGILANCIA                                                                                      | HIPERVINCULO |
| 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR COPIA SIMPLE DE ALTA DE LA UNIDAD Y/O RESPONSABLE.                         |              |
| 24. NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES ADVERSOS                                                                    | HIPERVINCULO |
| 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR EL PROCEDIMIENTO DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.                          |              |
| 25. AVISO DE FUNCIONAMIENTO                                                                                | HIPERVINCULO |
| 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR COPIA SIMPLE DEL AVISO DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.                    |              |
| 26. DESVIOS DE LA CALIDAD DE INSUMOS                                                                       | HIPERVINCULO |
| 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO. |              |
| 27. FOLIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL                                                                         | HIPERVINCULO |
| 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO. |              |

|                                                      |
|------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL OFERENTE, APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL |
| FIRMA                                                |
| RECIBIÓ EL OFERENTE                                  |





GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

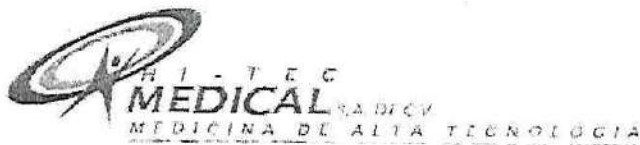
SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS  
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS.



# ANEXO 2

## (COSTOS)

0042



**ANEXO 14**  
**FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPOSICIÓN ECONÓMICA**  
**"SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS"**

CIUDAD DE MÉXICO, A 04 DE ABRIL DE 2024

MTRA. EMMA LUZ LÓPEZ JUÁREZ  
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS  
DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
P R E S E N T E.

| No. PARTIDA | CÓDIGO CABMSDF DEL SERVICIO | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO                     | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD | SUBTOTAL (\$) |
|-------------|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------|----------|---------------|
| ÚNICA       | 3993000002                  | SERVICIO INTEGRAL DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS | SERVICIO         | 1        | 112,916.92    |
| I.V.A       |                             |                                              |                  |          | 18,066.71     |
| TOTAL       |                             |                                              |                  |          | 130,983.63    |

| Nº | PROCEDIMIENTO                              | CONCEPTO                                                            | UNIDAD   | MARCA  | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO (\$) |
|----|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------|--------|----------|----------------------|
| 1  | DIÁLISIS HOSPITALARIA                      | 1. DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)                           | SERVICIO | BAXTER | 1        | 18,793.90            |
|    |                                            | 2. DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA CON ICODextrina (DPAi)          | SERVICIO | BAXTER | 1        | 19,360.84            |
|    |                                            | 3. DIÁLISIS PERITONEAL CONTÍNUA INTERMITENTE (DPI)                  | SERVICIO | BAXTER | 1        | 4,549.58             |
|    |                                            | 4. DIÁLISIS PERITONEAL CONTÍNUA INTERMITENTE AUTOMATIZADA (DPIA)    | SERVICIO | BAXTER | 1        | 5,544.81             |
| 2  | DIÁLISIS DOMICILIARIA                      | 5. DIÁLISIS PERITONEAL CONTÍNUA AMBULATORIA (DPCA)                  | SERVICIO | BAXTER | 1        | 12,759.66            |
|    |                                            | 6. DIÁLISIS PERITONEAL CONTÍNUA AMBULATORIA CON ICODextrina (DPCAi) | SERVICIO | BAXTER | 1        | 13,933.11            |
| 3  | HEMODIÁLISIS (HD)                          | 7. HEMODIÁLISIS                                                     | SERVICIO | BAXTER | 1        | 1,780.75             |
| 4  | TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTÍNUO (TRRC) | 8. TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTÍNUO                              | SERVICIO | BAXTER | 1        | 36,194.27            |

FOLIO No. 00002



0043



| N°                                              | PROCEDIMIENTO | CONCEPTO | UNIDAD | MARCA | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO (\$) |
|-------------------------------------------------|---------------|----------|--------|-------|----------|----------------------|
| LOS PRECIOS UNITARIOS OFERTADOS SON POR TERAPIA |               |          |        |       | SUBTOTAL | 112,916.92           |
|                                                 |               |          |        |       | I.V.A    | 18,066.71            |
|                                                 |               |          |        |       | TOTAL    | 130,983.63           |
|                                                 |               |          |        |       |          |                      |

| MONTO MÍNIMO A EJERCER I.V.A INCLUIDO                                       | MONTO MÁXIMO A EJERCER I.V.A INCLUIDO                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| \$20,100,000.00<br>(VEINTE MILLONES DOSCIENTOS CIENTO MIL PESOS 00/100 M.N) | \$50,250,000.00<br>(CINCUENTA MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS 00/100 M.N) |

- IMPORTES, EXPRESADOS EN MONEDA NACIONAL (PESOS MEXICANOS) CONSIDERANDO ÚNICAMENTE DOS DECIMALES PARA SU CÁLCULO (REDONDEO).
- LOS PRECIOS SERÁN FIJOS HASTA EL TOTAL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS EN EL CONTRATO RESPECTIVO.
- SE ACEPTAN LAS CONDICIONES DE PAGO, CONFORME AL PLAZO Y PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO POR "LA CONVOCANTE".
- ESTA PROPOSICIÓN ECONÓMICA TIENE UNA VIGENCIA MÍNIMA DE 90 (NOVENTA) DÍAS NATURALES A PARTIR DE LA FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA MISMA.

IMPORTE TOTAL DE LA PROPOSICIÓN ANTES DE I.V.A. (CIENTO DOCE MIL NOVECIENTOS DIECISEIS PESOS 92/100 M.N.)

PROTESTO LO NECESARIO

|                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL LICITANTE: HI-TEC MEDICAL, S.A. DE C.V.  |
| REPRESENTANTE LEGAL: FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ TREJO |
| FIRMA                                               |
| R.F.C. DEL LICITANTE: HME-020304-BP8                |