



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 1

FICHA TÉCNICA

Nº 71

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| CLAVE CAMBS: 2211000018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                 |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br>Mostaza: Condimento envasado con apariencia pastosa y de sabor picante, contenido pieza de 5 gr; el envase deberá de especificar el contenido neto, marca registrada, Con características sensoriales propias de la mostaza, con etiqueta de valor nutrimental visible.                  |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del producto, que el empaque no esté roto, se encuentre herméticamente sellada, y sin materia extraña.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                       |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                            |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de empaquetado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno cerradas, selladas, limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                        |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 1  
Nº 72

### FICHA TÉCNICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                      |                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                            |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |                                                                                                                                                                            |
| CLAVE CAMBS: 2211000348                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                 |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br><b>Nuez:</b> Fruto seco limpio e integro. Presentación bolsa sellada de kilo. Con características sensoriales propias de la nuez.<br><br>En caso de que las unidades médicas requieran menos de 1kg. Deberán entregarlo en empaques sellados con las mismas características de la bolsa.                  |                                                                      |                                                                                                                                                                            |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                            |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del producto, que el empaque no esté roto, se encuentre herméticamente sellada, sin materia extraña y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                      | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br><br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                   |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                      | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                            |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de empaquetado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno cerradas, selladas, limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |                                                                                                                                                                            |
| ELABORO<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SUPERVISO<br><br>Dra. María del Rocío Lina Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                         |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 1

Nº 73

### FICHA TÉCNICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                |                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                |                                                                                                                                                        |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                |                                                                                                                                                        |
| CLAVE CAMBS: 2211000184                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                             |
| <b>DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:</b><br><b>ABARROTES</b><br>Órgano: Entero y aromático. Presentación paquete de kilo. Con características sensoriales propias del órgano.<br><br>En caso de que las unidades médicas requieran menos de 1kg. Deberán entregarlo en empaques cerrados con las mismas características que el paquete.                                   |                                                                                |                                                                                                                                                        |
| <b>NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:</b><br><br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                           |                                                                                |                                                                                                                                                        |
| <b>PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:</b><br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del producto, que el empaque no esté roto, se encuentre herméticamente sellada, sin materia extraña y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte esté limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                                | <b>RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:</b><br><br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                        |
| <b>CALENDARIO DE SUMINISTRO:</b><br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                | <b>TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:</b><br>De acuerdo a la requisición.                                                                                    |
| <b>EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:</b><br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                | <b>EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:</b><br>No aplica                                                                                                 |
| <b>CADUCIDAD DEL BIEN:</b><br>Los alimentos deberán presentar, fecha de empaquetado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                | <b>CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:</b><br>El bien deberá presentarse en frascos cerrados, sellados y limpios, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| <b>OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                |                                                                                                                                                        |
| <b>ELABORO:</b><br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>SUPERVISO:</b><br><br>Dra. María del Rosario Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | <b>AUTORIZO:</b><br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                             |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 1  
N° 74

### FICHA TÉCNICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                     |                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                                                                                                                                                                            |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                     |                                                                                                                                                                            |
| CLAVE CAMBS: 2211000508                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                 |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES.</b><br><b>Pasás:</b> Fruta seca, limpio e íntegro. Presentación paquete de kilo. Con características sensoriales propias de las pasas.<br><br>En caso de que las unidades médicas requieran menos de 1kg. Deberán entregarlo en empaques cerrados con las mismas características que el paquete.                |                                                     |                                                                                                                                                                            |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                           |                                                     |                                                                                                                                                                            |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del producto, que el empaque no esté roto, se encuentre herméticamente sellada, sin materia extraña y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                     | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br><br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                   |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                     | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                            |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de empaquetado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                     | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno cerradas, selladas, limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                     |                                                                                                                                                                            |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez                                                                                                                          |
| NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NOMBRE Y FIRMA                                      | NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                             |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 1  
Nº 75

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                              |                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                              |                                                                                                                                                                                   |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                              |                                                                                                                                                                                   |
| CLAVE CAMBS: 2211000510                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                              | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                        |
| <b>DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:</b><br><b>ABARROTES</b><br><b>Pepita verde entera:</b> Semillas de calabaza, el empaque deberá especificar el contenido neto, marca registrada. Presentación paquete de kilo. Con características sensoriales propias de la pepita verde.<br><br>En caso de que las unidades médicas requieran menos de 1kg. Deberán entregarlo en empaques cerrados con las mismas características que el paquete. |                                                                              |                                                                                                                                                                                   |
| <b>NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:</b><br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                           |                                                                              |                                                                                                                                                                                   |
| <b>PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:</b><br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del producto, que el empaque no esté roto, se encuentre herméticamente sellado, sin materia extraña y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte esté limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación.                                                                |                                                                              | <b>RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:</b><br><br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                   |
| <b>CALENDARIO DE SUMINISTRO:</b><br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                              | <b>TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:</b><br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                |
| <b>EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:</b><br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                              | <b>EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:</b><br>No aplica                                                                                                                            |
| <b>CADUCIDAD DEL BIEN:</b><br>Los alimentos deberán presentar, fecha de empaquetado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                              | <b>CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:</b><br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno cerradas, selladas, limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| <b>OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                              |                                                                                                                                                                                   |
| <b>ELABORO:</b><br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>SUPERVISO:</b><br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | <b>AUTORIZO:</b><br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                        |



FICHA TÉCNICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                             |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                                                             |
| CLAVE CAMBS: 2211000366                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                  |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br><b>Piloncillo:</b> Es el jugo de la caña de azúcar. Su recepción será en piezas pequeñas, el empaque sellado deberá especificar el contenido neto, marca registrada. Presentación paquete de kilo. Con características sensoriales propias del piloncillo.<br><br>En caso de que las unidades médicas requieran menos de 1kg. Deberán entregarlo en empaques cerrados con las mismas características que el paquete. |                                                                       |                                                                                                                                                                             |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                             |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del producto, que el empaque no esté roto, se encuentre herméticamente sellado, y sin materia extraña.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación.                                                                                                                             |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br><br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                    |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                 |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                             |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de empaquetado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno, cerradas, selladas, limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                                                             |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón-Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                         |



FICHA TÉCNICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                           |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                           |
| CLAVE CAMBS: 2211000368                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br><b>Pimienta blanca molida:</b> Grano maduro sin cascara. Su recepción será molida y envasado, verificando la presentación frasco de 70 gr, el envase deberá especificar el contenido neto, la información nutrimental, marca registrada. Con características sensoriales propias de la pimienta blanca molida.                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                                                                           |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.<br><br>NOM-247-SSA1-2008. Esta norma establece las disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales de los cereales y sus productos, harinas de cereales, sémolas o semolinas, alimentos a base de cereales, de semillas comestibles, harinas, sémolas o semolinas o sus mezclas, productos de panificación. |                                                                       |                                                                                                                                                           |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del envase primario, que no presente alteraciones la tapa que se encuentre herméticamente sellada, y sin materia extraña.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación.                                                                                                                                                            |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br><br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                  |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                               |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                           |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de envasado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse frascos cerrados, sellados, limpios y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                           |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                       |



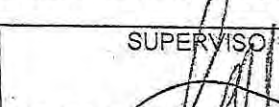
FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 1  
Nº 78

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| CLAVE CAMBS: 2211000368                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                   |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br>Pimienta negra molida: Grano maduro sin cascara. Su recepci3n ser4 molido y envasado, verificando la presentaci3n frasco de 75 gr, el envase deber4 especificar el contenido neto, la informaci3n nutrimental, marca registrada. Con caracteristicas sensoriales propias de la pimienta negra molida.                                                                                                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos m3nimos de buenas pr4cticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.<br><br>NOM-247-SSA1-2008. Esta norma establece las disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales de los cereales y sus productos, harinas de cereales, s3molas o semolinas, alimentos a base de cereales, de semillas comestibles, harinas, s3molas o semolinas o sus mezclas, productos de panificaci3n. |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br><br>Verificar por inspecci3n ocular la integridad del envase primario, que no presente alteraciones la tapa que se encuentre herm3ticamente sellada, y sin materia extraña.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentaci3n del personal con uniforme de la empresa e identificaci3n.                                                                                                                                                            |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                         |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del 4rea                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisici3n                                                                                                  |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                              |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deber4n presentar, fecha de envasado, fecha de caducidad visible con un m3nimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deber4 presentarse en frascos cerrados, sellados, limpios y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Luna Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                          |



FICHA TÉCNICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                              |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                              |
| CLAVE CAMBS: 2211000294                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                          | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                   |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br>Polvo para hornear: Se utiliza para aumentar el volumen de la masa, presentación lata de 454 gr, marca registrada, Con características sensoriales propias del polvo para hornear, con etiqueta de valor nutrimental visible.                                                                                                                           |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                              |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-002-SSAI-1993. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos sanitarios de los envases metálicos para alimentos y bebidas, especificaciones de la costura.<br><br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                            |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                              |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del envase primario, que no presente alteraciones la tapa que se encuentre herméticamente sellada, sin abolladuras y abombamientos, sin materia extraña ni sedimento.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                                                                                                          | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                         |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                          | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                  |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                              |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de envasado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                          | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en envases cerrados, sellados, limpios y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                              |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA     |



FICHA TÉCNICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| CLAVE CAMBS:2211000018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                   |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br>Puré de tomate: Salsa de tomate, elaborada principalmente a partir de pulpa de tomates, envase tetra pak de 1 Litro, deberán especificar el contenido neto, marca registrada, Con características sensoriales propias del puré de tomate, con etiqueta de valor nutrimental visible.                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-002-SSAI-1993. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos sanitarios de los envases metálicos para alimentos y bebidas, especificaciones de la costura.<br><br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del envase primario, que no presente alteraciones la tapa que se encuentre herméticamente sellada, y sin abombamientos, sin materia extraña ni sedimento.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br><br>En factores de apariencia: lo solicitado.                                                                    |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                  |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                              |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de empaquetado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO.<br>El bien deberá presentarse en envases cerrados, sellados, limpios y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                          |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 1

Nº 81

## FICHA TÉCNICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| CLAVE CAMBS: 2211000398                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                   |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br>Sal de ajo: Condimento preparado, molido y envasado, Presentación frasco de 157 gr, el envase deberá especificar el contenido neto, la información nutrimental, marca registrada Con características sensoriales propias de la sal de ajo.                                              |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Verificar por inspección ocular la integridad del envase primario, que no presente alteraciones la tapa que se encuentre herméticamente sellada, y sin materia.<br>Verificar que el transporte este limpio.<br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                         |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                  |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                              |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de envasado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en frascos cerrados, sellados, limpios y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                          |



FICHA TÉCNICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                           |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                           |
| CLAVE CAMBS: 2211000398                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br>Sal de cebolla: Condimento preparado molida, verificando la presentación frasco de 135 gr (+, - 10%), el envase deberá especificar el contenido neto, la información nutrimental, marca registrada Con características sensoriales propias de la sal de cebolla.                                    |                                                                       |                                                                                                                                                           |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                                                                           |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del envase primario, que no presente alteraciones la tapa que se encuentre herméticamente sellada, y sin materia.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br><br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                  |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición:                                                                                              |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                           |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de envasado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse frascos cerrados, sellados, limpios y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                           |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                       |



FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 1

Nº 83

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| CLAVE CAMBS: 2211000398                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                 |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br><b>Sal de cocina:</b> Sal en forma de cristales que pueden ser más irregulares y menos blancos, presentación bolsa de 1 kg, marca registrada, Con características sensoriales propias de la sal de cocina, con etiqueta de valor nutrimental visible.                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del producto, que el empaque no esté roto, se encuentre herméticamente sellada, y sin materia extraña.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br><br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                   |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                            |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de empaquetado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno cerradas, selladas, limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                        |



FICHA TÉCNICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| CLAVE CAMBS: 2211000398                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                 |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br><b>Sal de mesa:</b> Sal en forma de cristales homogéneos y blancos, presentación bolsa de 1 kg, marca registrada, Con características sensoriales propias de la sal de cocina, con etiqueta de valor nutrimental visible.                                                                |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del producto, que el empaque no esté roto, se encuentre herméticamente sellada, y sin materia extraña.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br><br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                   |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                            |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha <sup>o</sup> de empaquetado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno cerradas, selladas, limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                        |



FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 1  
N° 85

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       |                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| CLAVE CAMBS: 2211000018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                   |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br><b>Salsa Cátup:</b> Salsa de tomate condimentada con vinagre, azúcar y sal, además de diversas especias. Presentación frasco de 380 gr, el envase deberá especificar el contenido neto, marca registrada, Con características sensoriales propias de la salsa cátup, con etiqueta de valor nutrimental visible. |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del envase primario; que no presente alteraciones la tapa que se encuentre herméticamente sellada, y sin materia extraña.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación.     |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                         |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                  |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                              |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de envasado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en frascos cerrados, sellados, limpios y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                          |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 1  
Nº 86

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| CLAVE CAMBS: 2211000018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                 |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br><b>Salsa Cátup:</b> Salsa de tomate condimentada con vinagre, azúcar y sal, además de diversas especias, contenido: pieza de 8 gr, el envase deberá de especificar el contenido neto, marca registrada, Con características sensoriales propias de la salsa cátup, con etiqueta de valor nutrimental visible. |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del producto, que el empaque no esté roto, se encuentre herméticamente sellada, y sin materia extraña.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación.                      |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                       |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                            |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de empaquetado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno cerradas, selladas, limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lina Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                        |



FICHA TÉCNICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                                                                                                                            |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                                            |
| CLAVE CAMBS: 2211000018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                    | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                 |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br><b>Salsa Jalapeño:</b> Chile fresco y picoso, contenido pieza de 8 gr; el envase deberá de especificar el contenido neto, marca registrada, Con características sensoriales propias de la salsa jalapeño, con etiqueta de valor nutrimental visible.                         |                                                                    |                                                                                                                                                                            |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                  |                                                                    |                                                                                                                                                                            |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Verificar por inspección ocular la integridad del producto, que el empaque no esté roto, se encuentre herméticamente sellada, y sin materia extraña.<br>Verificar que el transporte este limpio.<br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                    | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                       |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                            |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar fecha de empaquetado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                           |                                                                    | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno cerradas, selladas, limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                                            |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rodolfo Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                        |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 1

### FICHA TÉCNICA

Nº 88

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| CLAVE CAMBS: 2211000406                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                   |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br>Salsa de soya: Elaborada mediante la fermentación de granos de soya con trigo tostado, presentación frasco de 296 gr, el envase deberá especificar el contenido neto, marca registrada, con características sensoriales propias de la salsa de soya, con etiqueta de valor nutrimental visible.             |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del envase primario, que no presente alteraciones la tapa que se encuentre herméticamente sellada, y sin materia extraña.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                         |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                  |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                              |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de envasado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en frascos cerrados, sellados, limpios y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                          |



FICHA TÉCNICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| CLAVE CAMBS: 2211000018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                   |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br><b>Salsa inglesa:</b> Condimento líquido fermentado, presentación frasco de 290 gr, el envase deberá especificar el contenido neto, marca registrada, Con características sensoriales propias de la salsa inglesa, con etiqueta de valor nutrimental visible.                                                |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del envase primario, que no presente alteraciones: la tapa que se encuentre herméticamente sellada, y sin materia extraña.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                         |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                  |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                              |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de envasado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en frascos cerrados, sellados, limpios y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lina Garcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                          |



FICHA TÉCNICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| CLAVE CAMBS: 2211000358                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                    |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br><b>Sopa de codo:</b> Producto obtenido de la desecación y amasado de trigo o semolina. Presentación paquete de 200 gr, marca registrada, Con características sensoriales propias de la sopa de codo, con etiqueta de valor nutrimental visible.                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.<br><br>NOM-247-SSA1-2008. Esta norma establece las disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales de los cereales y sus productos, harinas de cereales, sémolas o semolinas, alimentos a base de cereales, de semillas comestibles, harinas, sémolas o semolinas o sus mezclas, productos de panificación. |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del producto, que el empaque no esté roto, se encuentre herméticamente sellada, y sin materia extraña.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación.                                                                                                                                                                               |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                          |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                   |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                               |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de empaquetado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en empaques cerrados, sellados, limpios y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                           |



FICHA TÉCNICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| CLAVE CAMBS: 2211000358                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                    |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br><b>Sopa de estrella:</b> Producto obtenido de la desecación y amasado de trigo o semolina. Presentación paquete de 200 gr, marca registrada, Con características sensoriales propias de la sopa de codo, con etiqueta de valor nutricional visible.                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.<br><br>NOM-247-SSA1-2008. Esta norma establece las disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales de los cereales y sus productos, harinas de cereales, sémolas o semolinas, alimentos a base de cereales, de semillas comestibles, harinas, sémolas o semolinas o sus mezclas, productos de panificación. |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del producto, que el empaque no esté roto, se encuentre herméticamente sellado, y sin materia extraña.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación.                                                                                                                                                                               |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                          |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                   |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                               |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de empaquetado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en empaques cerrados, sellados, limpios y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| ELABORÓ:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SUPERVISÓ:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZÓ:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                           |



FICHA TÉCNICA

Nº 92

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| CLAVE CAMBS: 2211000358                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                    |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br>Sopa de fideo: Producto obtenido de la desecación y amasado de trigo o semolina. Presentación paquete de 200 gr, marca registrada, Con características sensoriales propias de la sopa de codo, con etiqueta de valor nutrimental visible.                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.<br><br>NOM-247-SSA1-2008. Esta norma establece las disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales de los cereales y sus productos, harinas de cereales, sémolas o semolinas, alimentos a base de cereales, de semillas comestibles, harinas, sémolas o semolinas o sus mezclas, productos de panificación. |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del producto, que el empaque no esté roto, se encuentre herméticamente sellada, y sin materia extraña.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación.                                                                                                                                                                               |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br><br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                      |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                   |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                               |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de empaquetado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en empaques cerrados, sellados, limpios y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                           |



FICHA TÉCNICA

N° 93

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                        |                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                        |                                                                                                                                                               |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                        |                                                                                                                                                               |
| CLAVE CAMBS: 2211000358                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                        | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                    |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br>Sopa de spaghetti: Producto obtenido de la desecación y amasado de trigo o semolina. Presentación paquete de 200 gr, marca registrada, Con características sensoriales propias de la sopa de codo, con etiqueta de valor nutrimental visible.                                                                                                                                                                                                                          |                                                                        |                                                                                                                                                               |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.<br><br>NOM-247-SSA1-2008. Esta norma establece las disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales de los cereales y sus productos, harinas de cereales, sémolas o semolinas, alimentos a base de cereales, de semillas comestibles, harinas, sémolas o semolinas o sus mezclas, productos de panificación. |                                                                        |                                                                                                                                                               |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del producto, que el empaque no esté roto, se encuentre herméticamente sellado, y sin materia extraña.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación.                                                                                                                                                                               |                                                                        | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                          |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                        | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                   |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                        | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                               |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de empaquetado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                        | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en empaques cerrados, sellados, limpios y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                        |                                                                                                                                                               |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SUPERVISOR:<br><br>Dra. María del Rocío Luna Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                           |



FICHA TÉCNICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| CLAVE CAMBS: 2211000358                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                    |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br><b>Sopa de tallarín:</b> Producto obtenido de la desecación y amasado de trigo o semolina. Presentación paquete de 200 gr, marca registrada, Con características sensoriales propias de la sopa de codo, con etiqueta de valor nutrimental visible.                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.<br><br>NOM-247-SSA1-2008. Esta norma establece las disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales de los cereales y sus productos, harinas de cereales, sémolas o semolinas, alimentos a base de cereales, de semillas comestibles, harinas, sémolas o semolinas o sus mezclas, productos de panificación. |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del producto, que el empaque no esté roto, se encuentre herméticamente sellada, y sin materia extraña.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación.                                                                                                                                                                                |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br><br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                      |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición.                                                                                                  |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                               |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de empaquetado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en empaques cerrados, sellados, limpios y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                           |



FICHA TÉCNICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| CLAVE CAMBS: 2211000358                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                    |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br>Sopa menuda: Producto obtenido de la desecación y amasado de trigo o semolina. Presentación paquete de 200 gr, marca registrada, Con características sensoriales propias de la sopa de codo, con etiqueta de valor nutrimental visible.                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.<br><br>NOM-247-SSA1-2008. Esta norma establece las disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales de los cereales y sus productos, harinas de cereales, sémolas o semolinas, alimentos a base de cereales, de semillas comestibles, harinas, sémolas o semolinas o sus mezclas, productos de panificación. |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del producto, que el empaque no esté roto, se encuentre herméticamente sellada, y sin materia extraña.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación.                                                                                                                                                                                |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                          |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                   |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                               |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de empaquetado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en empaques cerrados, sellados, limpios y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                               |
| ELABORÓ:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SUPERVISÓ:<br><br>Dra. María del Rocio Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZÓ:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                           |



FICHA TÉCNICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| CLAVE CAMBS: 2211000522                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                 |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br><b>Soya texturizada:</b> Sabor pollo, Presentación paquete de kilo. Con características sensoriales propias de la soya texturizada, con etiqueta de valor nutrimental visible.<br><br>En caso de que las unidades médicas requieran menos de 1kg. Deberán entregarlo en empaques cerrados con las mismas características que el paquete. |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del producto, que el empaque no esté roto, se encuentre herméticamente sellado, sin materia extraña, sin fauna nociva y sin aroma y sabor a rancio.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación.    |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br><br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                   |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                            |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de empaquetado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno cerradas, selladas, limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| ELABORÓ:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SUPERVISÓ:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZÓ:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                        |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 1

Nº 97

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| CLAVE CAMBS: 2211000412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                 |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br><b>Tamarindo:</b> Producto entero, fresco y limpio, el empaque sellado deberá especificar el contenido neto y la fecha de caducidad. Presentación paquete de kilo. Con características sensoriales propias del tamarindo.<br><br>En caso de que las unidades médicas requieran menos de 1kg. Deberán entregarlo en empaques cerrados con las mismas características que el paquete. |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br><br>Verificar por inspección ocular la integridad del producto, que el empaque no esté roto, se encuentre herméticamente sellado, sin materia extraña y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación.                                                                           |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br><br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                   |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                            |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de empaquetado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno cerradas, selladas, limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                            |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lina Garcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                        |



FICHA TÉCNICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                      |                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                      |                                                                                                                                                              |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                      |                                                                                                                                                              |
| CLAVE CAMBS: 2211000434                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                      | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                   |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br>Vainilla: Sustancia aromática, presentación frasco de 250 ml, marca registrada, Con características sensoriales propias de la vainilla, con etiqueta de valor nutrimental visible.                                                                                                                      |                                                                      |                                                                                                                                                              |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                             |                                                                      |                                                                                                                                                              |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Verificar por inspección ocular la integridad del envase primario, que no presente alteraciones la tapa que se encuentre herméticamente sellada, y sin materia extraña.<br><br>Verificar que el transporte este limpio.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                      | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                         |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                      | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                  |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                      | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                              |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de envasado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                      | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en frascos cerrados, sellados, limpios y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                      |                                                                                                                                                              |
| ELABORO<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SUPERVISO<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                           |



FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 1  
N° 99

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       |                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| CLAVE CAMBS: 2211000524                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                   |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>ABARROTES</b><br>Vinagre: Es la dilución de vinagre concentrado con agua filtrada, presentación frasco de 750 ml, marca registrada, Con características sensoriales propias del vinagre, con etiqueta de valor nutrimental visible.                                                                              |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Verificar por inspección ocular la integridad del envase primario, que no presente alteraciones la tapa que se encuentre herméticamente sellada, y sin materia extraña.<br>Verificar que el transporte este limpio.<br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                         |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                  |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                              |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>Los alimentos deberán presentar, fecha de envasado, fecha de caducidad visible con un mínimo de 3 meses.                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en frascos cerrados, sellados, limpios y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                          |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

## FICHA TÉCNICA

Nº 1

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000016                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br>Acelga: Características: Hojas frescas grandes color verde brillante, tersas, sin picaduras ni manchas, sus tallos blancos, gruesos y crujientes, libres de picaduras de insectos.                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad, comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado.                                                                                                                                                |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

## FICHA TÉCNICA

Nº 2

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br>Ajo: Características: Bulbo entero, cubiertas de película blanca, sin picaduras de insectos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                     | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                     | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez                                                                                                                                                                                    |
| NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NOMBRE Y FIRMA                                      | NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                       |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

## FICHA TÉCNICA

Nº 3

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000042                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                      | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                           |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br>Apio: Características: Hojas frescas y color verde pálido, de apariencia jugosa y crujiente, el tallo del apio debe ser fresco, no agrietado, sin marcas ni picaduras.                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                                                                                                                                                                                      | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |                                                                                      |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO.<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |                                                                                      |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Garcaño<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

FICHA TÉCNICA

Nº 4

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000064                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Betabel:</b> Características: Consistencia lisa y dura, color uniforme sin manchas y con cáscara no muy rugosa, libre de picaduras de insectos, sin residuos de tierra.                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte esté limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

Nº 5

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000062                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Berros:</b> Características: Hojas color verde brillante, y firme, libres de picaduras de insectos, sin residuo de tierra.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lina Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

FICHA TÉCNICA

N° 6

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000066                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                         | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Brócoli:</b> Características: color verde brillante firme, sus tallos son gruesos y crujientes, libres de picaduras de insectos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                         | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado.                                                                                                                                                |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                         | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                         | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                         | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rosario Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

## FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

Nº 7

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000082                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                      | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                           |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br>Calabaza italiana: Características: tamaño mediano, color: verde claro, piel suave, firme y brillante, sin marcas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                                                                                                                                                                                      | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición.                                                                                                                                                                         |                                                                                      |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |                                                                                      |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Luna Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

FICHA TÉCNICA

Nº 8

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| CODIGO CAMBS: 2211000088                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                                    |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS:</b><br><b>Camote:</b> Características: tubérculo de consistencia dura y color uniforme sin manchas y con cáscara no muy rugosa, sin residuos de tierra.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña,<br>Manchas, Comprobar la limpieza y características del<br>alimento, color, textura, que esté libre de daños,<br>alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin<br>fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este<br>cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del<br>personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR<br>PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado.                                                                                                                                                      |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                                   |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                               |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno<br>limpias y con orificios para la respiración del<br>producto, las cajas de estiba limpias y resistentes,<br>libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                           |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

### FICHA TÉCNICA

Nº 9

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000108                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br>Cebolla: Características: bulbo de color blanco, pesado, de textura dura y con cáscara superficial de apariencia seca y color blanco o marrón, libre de picadura de insectos.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORÓ:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISÓ:<br><br>Dra. María del Rocío Lina Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZÓ:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

FICHA TÉCNICA

Nº 10

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000134                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Cilantro:</b> Hojas frescas, de color verde brillante, sus tallos crujientes, olor aromático, libres de picaduras de insectos, sin residuos de tierra.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado.                                                                                                                                                |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO.<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

## FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2  
Nº 11

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000144                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br>Col: Características: Su color debe corresponder a su variedad, pero de tonalidad uniforme y brillante, apariencia fresca compacta y pesada, libre de picaduras de insectos, sin residuos de tierra.                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

FICHA TÉCNICA

Nº 12

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000146                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Coliflor:</b> Características: Tamaño mediano ya que es la más tierna, color muy blanco, consistencia compacta o cerrada, sin manchas, sin residuos de tierra y libre de picaduras de insectos.                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Llc. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

## FICHA TÉCNICA

Nº 13

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                               |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                               |
| CODIGO CAMBS: 2211000436                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                  | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                                    |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br>Champiñones.-Características: Hongos de tamaño mediano, color: blanco, firme, textura lisa, brillante y limpia, sin presentar manchas pardas y sin residuos de tierra.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                               |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                               |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña,<br>Manchas, Comprobar la limpieza y características del<br>alimento, color, textura, que esté libre de daños,<br>alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin<br>fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este<br>cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del<br>personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                  | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR<br>PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                       |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                                   |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                               |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno<br>limpias y con orificios para la respiración del<br>producto, las cajas de estiba limpias y resistentes,<br>libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                               |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SUPERVISO:<br><br>Dra. Maria del Rocío Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                           |



FICHA TÉCNICA

Nº 14

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000120                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                    | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Chayote:</b> Características: Tamaño mediano, color: verde claro, firmeza, textura liso tierno y brillante, sin espinas, consistencia dura, sin hendiduras y sin manchas cafés, libre de picadura de insectos.                                                                                                                                                                                                                                                |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                    | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                    | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                    | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                    | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SUPERVISO<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño | AUTORIZO<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez                                                                                                                                                                                     |
| NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NOMBRE Y FIRMA                                     | NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                       |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

## FICHA TÉCNICA

Nº 15

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |
| CODIGO CAMBS: 2211000124                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                      | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                            |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Chicharo:</b> Características: Sin vaina, de color verde brillante, textura firme, sin germinar y sin manchas, Libre de picaduras de insectos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña,<br>Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                                                                                                                                                                                      | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado. |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición.                                                                                                                                                                         |                                                                                       |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO.<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |                                                                                       |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Garcaño<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                   |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

### FICHA TÉCNICA

Nº 16

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000126                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Chile poblano:</b> Características: Tamaño grande, color verde, firme, textura lisa, brillante y limpia, sin presentar manchas pardas, con menor cantidad de hendiduras, sin manchas oscuras, arrugadas o perforadas, libre de picadura de insectos.                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña,<br>Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior,<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO.<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

## FICHA TÉCNICA

Nº 17

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000126                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                      | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                           |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Chile serrano:</b> Características. de tamaño mediano, color verde, firme, textura lisa, brillante y limpios, sin presentar manchas pardas, con menor cantidad de hendiduras, sin manchas oscuras, arrugadas o perforadas                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña,<br>Manchas Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                                                                                                                                                                                      | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |                                                                                      |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |                                                                                      |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

Nº 18

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| CODIGO CAMBS: 2211000176                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                                    |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Ejote:</b> Características: Valna de tamaño regular, consistencia crujiente, sin manchas y libre de picadura de insectos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña,<br>Manchas, Comprobar la limpieza y características del<br>alimento, color, textura, que esté libre de daños,<br>alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin<br>fauna.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este<br>cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del<br>personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR<br>PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                       |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición:                                                                                                                                                                                  |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                               |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno<br>limpias y con orificios para la respiración del<br>producto, las cajas de estiba limpias y resistentes,<br>libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                           |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

### FICHA TÉCNICA

Nº 19

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000310                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br>Elote: Características: Mazorca tierna de maíz, los granos deben ser grandes y al picarlos deben sentirse suaves y soltar líquido lechoso, libre de picaduras de insectos, con un peso aproximado de .500 Kg.                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas. Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORÓ:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISÓ:<br><br>Dra. María del Rocío Lina Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZÓ:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

## FICHA TÉCNICA

Nº 20

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000180                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                      | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS.</b><br><b>Epazote:</b> Características: Hojas frescas de color verde brillante, aromático, sin manchas, sin residuos de tierra y libres de picaduras de insectos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                                                                                                                                                                                      | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición.                                                                                                                                                                         |                                                                                      |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |                                                                                      |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| ELABORO<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SUPERVISO<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño                                                                                                                                                                                   | AUTORIZO<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez                                     |
| NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                       | NOMBRE Y FIRMA                                                                       |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

Nº 21

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000186                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Espinacas:</b> Características: Hojas frescas grandes color verde brillante, firmes y tersas, sus tallos verdes, finos crujientes y con raíz limpia, libres de picaduras de insectos y sin residuos de tierra.                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2  
Nº 22

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                         |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                         |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000418                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                               | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                              |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Jitomate guajillo:</b> Características, fruto color rojo intenso, cáscara brillante y tersa, textura firme, libres de plagas y de picaduras de insectos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                         |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                         |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña,<br>Manchas, Comprobar la limpieza y características del<br>alimento, color, textura, que esté libre de daños,<br>alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin<br>fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte esté limpio y el vehículo esté<br>cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del<br>personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                                                                                                                                                                                               | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR<br>PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                               |                                                                                         |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO.<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno<br>limpias y con orificios para la respiración del<br>producto, las cajas de estiba limpias y resistentes,<br>libres de cualquier tipo de fauna nociva. |                                                                                         |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                         |
| ELABORÓ:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SUPERVISÓ:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                         | AUTORIZÓ:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón-Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                     |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

FICHA TÉCNICA

Nº 23

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000290                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Lechuga romana:</b> Características: Aspecto fresco, pesada, hojas redondas frescas de color verde claro, consistencia crujiente y compacta, sin presencia de manchas, libre de plagas y de picadura de insectos, sin residuos de tierra, y con peso aproximado de .500 kg.                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña,<br>Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

### FICHA TÉCNICA

Nº 24

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                |
| CODIGO CAMBS: 2211000290                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                                     |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Lechuga orejona:</b> Características: Hojas frescas alargadas, con bordes enteros y nervio central muy ancho de color verde claro, y aspecto fresco; pesada; hojas de consistencia crujiente y compacta, sin manchas, libres de plagas y picaduras de insectos, sin residuos de tierra, y pesando aproximadamente .500kg.                                                                                                                                                           |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña,<br>Manchas, Comprobar la limpieza y características del<br>alimento, color, textura, que esté libre de daños,<br>alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin<br>fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este<br>cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del<br>personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR<br>PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado.                                                                                                                                                       |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                                    |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno,<br>limpias y con orificios para la respiración del<br>producto, las cajas de estiba limpias y resistentes,<br>libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                            |



FICHA TÉCNICA

N° 25

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000032                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Nopales:</b> Características: tamaño: mediano, de consistencia tierna de color verde uniforme, textura firme lisa y brillante, sin espinas, sin hendiduras y sin manchas ni picadura de insectos.                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana, establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lina Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

## FICHA TÉCNICA

N° 26

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000354                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Papa amarilla:</b> Características, frescura, firmeza, color amarillo claro, tamaño mediano, libre de magulladuras de grietas, sin residuos de tierra o alteraciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                     | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                     | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez                                                                                                                                                                                    |
| NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NOMBRE Y FIRMA                                      | NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                       |



FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

Nº 27

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000514                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Pimiento morrón verde:</b> Chile de forma redondeada de color verde obscuro, carnoso, dura de piel brillante y lisa, sin presentar manchas, con menor cantidad de hendiduras y sin perforaciones, libre de picaduras de insectos.                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

FICHA TÉCNICA

Nº 28

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000514                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Pimiento morrón rojo:</b> Características: forma redondeada de color rojo brillante, textura lisa y carnosa, sin presentar manchas, con menor cantidad de hendiduras, sin arrugadas o perforadas libre de picaduras de insectos.                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado.                                                                                                                                                |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORÓ:<br><br>Lc. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SUPERVISÓ:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZÓ:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

FICHA TÉCNICA

Nº 29

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000032                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br>Pepino: Características: Fruto de tamaño mediano, color: verde obscuro, textura tersa, lisa y brillante, consistencia dura y sin manchas cafés, libre de picaduras de insectos.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado.                                                                                                                                                |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORÓ:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISÓ:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZÓ:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

N° 30

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000032                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                      | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Perejil:</b> Características: Hojas frescas, de color verde brillante, su tallo crujiente, aromático, sin residuos de tierra y libre de picaduras de insectos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas. Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                      | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado.                                                                                                                                                |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                      | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                      | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORÓ<br><br>Leticia Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SUPERVISÓ<br><br>Dra. María del Rocío Lina Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZÓ<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                   |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

Nº 31

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000516                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                      | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br>Poro: Tubérculo de bulbo alargado color blanco formado por múltiples capas tiernas, con tallos verdes, textura firme, libre de daños, alteraciones y sin manchas cafés, libre de picaduras de insectos, sin residuos de tierra.                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte esté limpio y el vehículo esté cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                                                                                                                                                                                      | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |                                                                                      |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO.<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |                                                                                      |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| ELABORA:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISÓ:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

FICHA TÉCNICA

Nº 32

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000386                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                        | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Rábano:</b> Tubérculo de color rojo uniforme de tallo frescos, textura firme, libre de daños, alteraciones y sin manchas cafés. Tamaño mediano, libre de perforaciones y de picaduras de insectos, sin residuos de tierra.                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña,<br>Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo esté cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                        | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado.                                                                                                                                                |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                        | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                        | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                        | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO.<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORACIÓN<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISIÓN<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZACIÓN<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                               |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

## FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

N° 33

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br>Te manzanilla: Características: herbácea con flores blanca con centro amarillo y tallo verde, aromática, libres de picaduras de insectos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2  
Nº 34

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Te Ilmón:</b> Características: hierba en forma de pasto alargado color verde, aromático, libres de picaduras de insectos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

## FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

Nº 35

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000420                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Tomate verde:</b> Características: fruto redondo de color verde sin cáscara, consistencia dura libre de picaduras de insectos, sin residuos de tierra.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO.<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Garcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

Nº 36

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000032                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                      | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Verdolagas:</b> Características: herbácea con tallos gruesos y jugosos; Hojas carnosas frescas de color verde, sin manchas, tallo carnoso, grueso, jugoso y crujiente libre de picaduras de insectos, sin raíz y libre de residuos de tierra.                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas. Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                                                                                                                                                                                      | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |                                                                                      |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO.<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |                                                                                      |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| ELABORÓ:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISÓ:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                | AUTORIZÓ:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

Nº 37

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000180                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br>Yerbabuena: Características: Herbácea con hojas frescas de color verde, muy aromático, sin manchas, tallo carnoso, grueso y jugoso, libre de picaduras de insectos, sin residuos de tierra.                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado.                                                                                                                                                |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición.                                                                                                                                                                         |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO.<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2  
Nº 38

### FICHA TÉCNICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000180                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                      | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS:</b><br><b>Hierbas de olor:</b> Características: Hierbas aromáticas que se usan como condimento llevando combinación de laurel, mejorana y tomillo, libres de picaduras de insectos libre de humedad.                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña.<br>Manchas: Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                      | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                      | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Uma Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

Nº 39

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000442                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                        | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Zanahoria:</b> Características: tubérculo color naranja brillante, de tamaño mediano, firme, fresca, libre de magulladuras de grietas o alteraciones, uniformes, libre de picaduras de insectos, sin residuos de tierra.                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                        | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                        | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                        | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                        | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISOR:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

Nº 40

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000022                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>VERDURAS</b><br><b>Aguacate hass:</b> Características: Cáscara de color oscuro, pulpa carnosa que no debe ceder a la presión pero sin llegar a ser dura, no debe sonar el hueso, libre de picaduras de insectos.                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva, y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte esté limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORÓ:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SUPERVISÓ:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZÓ:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

Nº 41

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000298                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                      | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA</b><br><b>Limón agrio:</b> Características: Fruto de forma ovoide con pulpa en gajos de sabor ácido, color verde, de cáscara delgada, lustrosa suave y brillante, apariencia fresca y libre de picaduras de insectos.                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                                                                                                                                                                                      | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |                                                                                      |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |                                                                                      |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| <br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <br>Dra. María del Rocío Lima Garcaño<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                              | <br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                               |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

Nº 42

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000322.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA</b><br><b>Manzana golden:</b> Características: Manzana Golden Fruto redondo de cáscara delgada brillante, pulpa de textura fuerte, aromático libre de plagas y de picaduras de insectos.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte esté limpio y el vehículo esté cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO,<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

## FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

Nº 43

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000330                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA</b><br><b>Melón chino:</b> Características: Fruto de carne jugosa y dulce de consistencia firme, sin manchas de humedad que despidan un ligero olor a alcohol en la base, libre de plagas y de picaduras de insectos.                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte esté limpio y el vehículo esté cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORÓ:<br><br>Lic. Georgina Santiago-Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISÓ:<br><br>Dra. María del Rocío Luna Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZÓ:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

### FICHA TÉCNICA

Nº 44

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000344                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA</b><br><b>Naranja para jugo:</b> Características: fruto de forma globosa con pulpa dividida en gajos, cáscara delgada, lustrosa y fresca, tamaño y color uniforme, sin presentar manchas pardas, evitar las de cáscara gruesa y dura, magulladas o con olor ha fermentado, libre de picaduras de insectos.                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                   |



FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

Nº 45

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000356                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA</b><br><b>Papaya maradol:</b> Características: fruto grande redondo o elipsoidal, de corteza naranja delgada y lustrosa, con la parte interior hueca con muchas semillas y pulpa jugosa, azucarada y aromática color anaranjado rojizo, textura homogénea que cede un poco a la presión de los dedos.                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

## FICHA TÉCNICA

Nº 46

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| CODIGO CAMBS: 2211000370                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                                    |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA</b><br><b>Piña esmeralda:</b> Características: Fruto de forma ovalada con numerosas piezas leñosas triangulares colocadas en forma de escama a lo largo de un eje común, de consistencia firme, sin manchas, corona formada por hojas tiesas de color verde, cáscara amarilla o con tonos rojizos, aroma fuerte y dulce en la base.                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña,<br>Manchas, libre de plagas y picaduras de insectos,<br>Comprobar la limpieza y características del alimento,<br>color, textura, que esté libre de daños, alteraciones,<br>defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este<br>cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del<br>personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR<br>PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                       |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                                   |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                               |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO.<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno<br>limpias y con orificios para la respiración del<br>producto, las cajas de estiba limpias y resistentes,<br>libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                           |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

Nº 47

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                             |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                             |
| CODIGO CAMBS: 2211000374                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                              | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                                  |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA</b><br><b>Plátano macho:</b> Características: Fruto alargado de Cáscara de color amarillo pálido homogéneo, textura firme y bien sujeta a la penca, evitar los que presentan zonas blandas o manchas muy oscuras.                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                             |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:</b><br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                              | <b>RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:</b><br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| <b>CALENDARIO DE SUMINISTRO:</b><br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                              | <b>TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:</b><br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| <b>EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:</b><br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                              | <b>EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:</b><br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| <b>CADUCIDAD DEL BIEN:</b><br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                              | <b>CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:</b><br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>ELABORO:</b><br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>SUPERVISO:</b><br><br>Dra. María del Rocío Lima Carraño<br>NOMBRE Y FIRMA | <b>AUTORIZO:</b><br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

N° 48

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000374                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA</b><br><b>Plátano tabasco:</b> Características: Cáscara de color amarillo homogéneo, textura firme y bien sujeto a la penca, sin estar golpeado ni con magulladuras, evitar los que presentan zonas blandas o manchas oscuras, libre de picaduras de insectos.                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                     | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                     | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carraño | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez                                                                                                                                                                                    |
| NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NOMBRE Y FIRMA                                      | NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                       |



FICHA TÉCNICA

Nº 49

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000400                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA</b><br><b>Sandía rayada:</b> Características: Fruto ovalado, de cáscara verde rayada, lustrosa y apariencia fresca, con pulpa roja jugosa y dulce con semillas color negro.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña,<br>Manchas Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORÓ:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SUPERVISÓ:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZÓ:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

Nº 50

### FICHA TÉCNICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000422                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA</b><br><b>Toronja:</b> Características: Fruto de forma globoso con color de la cáscara amarillo, delgada, lustrosa, firme al tacto y apariencia fresca la tonalidad de su pulpa que va desde amarillo pálido hasta rojo intenso.                                                                                                                                                                                                                                               |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                     | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición.                                                                                                                                                                         |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                     | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lina Carcaño | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez                                                                                                                                                                                    |
| NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NOMBRE Y FIRMA                                      | NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                       |



FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

Nº 51

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000094                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA</b><br>Caña: Características: gramínea leñosa de color verde claro, tallo de aproximadamente 4 cm, de consistencia firme, sin manchas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas. Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado.                                                                                                                                                |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORA:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lina Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

FICHA TÉCNICA

Nº 52

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                         |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                         |
| CODIGO CAMBS: 2211000136                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                               | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                              |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA</b><br><b>Ciruela:</b> Características: El color de su cascara indica la tonalidad de su pulpa, cáscara delgada de color roja, apariencia fresca, sabor dulce, sin presentar manchas marrones y sin arrugas.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                         |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                         |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña,<br>Manchas. Comprobar la limpieza y características del<br>alimento, color, textura, que esté libre de daños,<br>alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin<br>fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este<br>cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del<br>personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                                                                                                                                                                                               | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR<br>PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                               |                                                                                         |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO.<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno<br>limpias y con orificios para la respiración del<br>producto, las cajas de estiba limpias y resistentes,<br>libres de cualquier tipo de fauna nociva. |                                                                                         |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                         |
| ELABORO:<br><br>Llc. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SUPERVISO<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                          | AUTORIZO<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                      |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

### FICHA TÉCNICA

Nº 53

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000116                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                      | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA</b><br><b>Chabacano:</b> Características: Piel aterciopelada y consistencia firme pero no dura, mientras más intenso sea su color mayor será su grado de madurez, cáscara limpia y sin rajaduras.                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                                                                                                                                                                                      | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |                                                                                      |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |                                                                                      |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

Nº 54

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000174                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                      | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA</b><br><b>Durazno:</b> Características: Cáscara delgada aterciopelada con apariencia fresca tamaño igual o mayor a 55 mm de diámetro, presentando uniformidad visual, aroma intenso, sin presentar manchas pardas.                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                      | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado.                                                                                                                                                |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                      | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición:                                                                                                                                                                         |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                      | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SUPERVISO<br><br>Dra. María del Rocío Lima Garcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                   |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

### FICHA TÉCNICA

Nº 55

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| CODIGO CAMBS: 2211000192                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                                    |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA</b><br>Fresa: Características: fruto casi redondo de una apariencia fresca y brillante, sin presentar manchas oscuras, color rojo intenso, consistencia firme, tallos y hojas verdes, sin zonas verdosas o blancas.                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña,<br>Manchas, Comprobar la limpieza y características del<br>alimento, color, textura, que esté libre de daños,<br>alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin<br>fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este<br>cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del<br>personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR<br>PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado.                                                                                                                                                      |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                                   |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                               |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno<br>limpias y con orificios para la respiración del<br>producto, las cajas de estiba limpias y resistentes,<br>libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                           |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

## FICHA TÉCNICA

Nº 56

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000240                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA.</b><br><b>Guayaba:</b> Características: Fruto de figura aovada, carne llena de pequeñas semillas y sabor dulce, de color amarillo lustroso y brillante, apariencia fresca, suave, aroma intenso y debe sentirse firme al tacto, sin presentar manchas pardas y evitar las que tengan zonas reblandecidas, sin golpes, grietas o magulladuras,                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO.<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORÓ:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISÓ:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZÓ:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

Nº 57

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |
| CODIGO CAMBS: 2211000278                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                      | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                            |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA</b><br><br>Jícama: Características: Jícama de agua con raíz redonda y jugo transparente, su exterior fibroso esconde una carne blanca de textura crujiente, con cascara limpia no seca.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, sin manchas cafés, sin residuos de tierra, sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                                                                                                                                                                                      | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado. |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |                                                                                       |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |
| CADUCIDAD DEL BIEN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO.<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |                                                                                       |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |
| ELABORO<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SUPERVISO<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                 | AUTORIZO<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                    |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

Nº 58

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| CODIGO CAMBS: 2211000314                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                                    |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA</b><br><b>Mandarina:</b> Características: Cáscara delgada color naranja intenso brillante, tamaño uniforme, apariencia fresca, sabor dulce, sin presentar manchas pardas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña,<br>Manchas, Comprobar la limpieza y características del<br>alimento, color, textura, que esté libre de daños,<br>alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin<br>fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este<br>cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del<br>personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR<br>PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                       |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                                   |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                               |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO.<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno<br>limpias y con orificios para la respiración del<br>producto, las cajas de estiba limpias y resistentes,<br>libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| ELABORO:<br><br>Llc. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lora Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                           |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

### FICHA TÉCNICA

Nº 59

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| CODIGO CAMBS: 2211000316                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                                    |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA</b><br><b>Mango:</b> Características: Manilla con Cáscara delgada de color amarillo intenso y limpia, consistencia firme, lustrosa y apariencia fresca, sin presentar manchas pardas, sin magulladuras.                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña,<br>Manchas, Comprobar la limpieza y características del<br>alimento, color, textura, que esté libre de daños,<br>alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin<br>fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este<br>cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del<br>personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR<br>PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                       |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                                   |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                               |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno<br>limpias y con orificios para la respiración del<br>producto, las cajas de estiba limpias y resistentes,<br>libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                           |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

### FICHA TÉCNICA

Nº 60

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000364                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA:</b><br><b>Pera:</b> Pera mantequilla, Características: Cáscara delgada su color deberá tener una apariencia verde o amarillo, apariencia fresca, lustrosa, textura dura y fuerte, olor aromático, sin presentar manchas pardas                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

Nº 61

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000374                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                      | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                           |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA</b><br><b>Plátano dominico:</b> Características: Cáscara de color homogéneo amarillo pálido, textura firme y bien sujeta a la penca, cáscara limpia y sin magulladuras. Evitar los que presentan zonas blandas o manchas cafés.                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009. Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                                                                                                                                                                                      | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |                                                                                      |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |                                                                                      |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| ELABORO<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SUPERVISO<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                 | AUTORIZO<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                   |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

### FICHA TÉCNICA

Nº 62

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| AREA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000416                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA</b><br><b>Tejocote:</b> Características: Fruto con cáscara de color amarillo y tonos rojizos, lustrosa, aroma fuerte y dulzón apariencia fresca, sin presentar manchas pardas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARAN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña,<br>Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MINIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MINIMAS PARA 90 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       | EXISTENCIAS MINIMAS PARA 180 DIAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 2  
Partida 2

Nº 63

### FICHA TÉCNICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| CÓDIGO CAMBS: 2211000430                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                                                                                                                                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA</b><br>Tuna: Características: Cáscara de color uniforme verde amarillento, sin presentar manchas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                       | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado                                                                                                                                                 |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rocío Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                  |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

FICHA TÉCNICA

Anexo 2  
Partida 2

Nº 64

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| CODIGO CAMBS: 2211000432                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                      | PARTIDA PRESUPUESTAL: 2211                                                           |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:<br><b>FRUTA</b><br><b>Uva:</b> Características: Apariencia fresca, piel tersa color verde, debe verse carnosa y limpia, libre de magulladuras, sin presentar manchas pardas, sabor dulce.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:<br><br>NOM-251-SSA1-2009 Esta norma oficial mexicana establece los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| PRUEBAS DE CALIDAD QUE SE REALIZARÁN:<br>Factores de Apariencia: Tamaño, Forma e Integridad.<br>Defectos: Deterioro, Magulladuras, Materia extraña, Manchas, Comprobar la limpieza y características del alimento, color, textura, que esté libre de daños, alteraciones, defectos sin humedad excesiva y sin fauna nociva.<br><br>Verificar que el transporte este limpio y el vehículo este cubierto en la parte superior.<br><br>Verificar las condiciones de limpieza y presentación del personal con uniforme de la empresa e identificación. |                                                                                                                                                                                                                                      | RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS POR PRUEBA:<br>En factores de apariencia: lo solicitado |
| CALENDARIO DE SUMINISTRO:<br>De acuerdo a las necesidades del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TOTAL DE BIENES SOLICITADOS:<br>De acuerdo a la requisición                                                                                                                                                                          |                                                                                      |
| EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:<br>No aplica                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| CADUCIDAD DEL BIEN:<br>1 Semana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO.<br>El bien deberá presentarse en bolsas de polietileno limpias y con orificios para la respiración del producto, las cajas de estiba limpias y resistentes, libres de cualquier tipo de fauna nociva. |                                                                                      |
| OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| ELABORO:<br><br>Lic. Georgina Santiago Arellanes<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SUPERVISO:<br><br>Dra. María del Rodó Lima Carcaño<br>NOMBRE Y FIRMA                                                                                                                                                                 | AUTORIZO:<br><br>Dra. Ma. Cristina Zenón Martínez<br>NOMBRE Y FIRMA                  |

# **ANEXO 3**

## **(DIRECCIONES DE HOSPITALES)**





ANEXO  
RELACIÓN DE DIRECCIONES DE HOSPITALES

| Hospitales Generales                             | Dirección                                                                                                   | Jefes o Responsables del Servicio de Dietología |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Ajusco Medio                                     | Encinos n° 41 entre Piña Nona y Hortensia. Col. Ampliación Miguel Hidalgo 4° secc. Del. Tlalpan. C.P. 14250 | Nut. Yadira Alicia Braulio Sánchez              |
| Balbuena                                         | Av. Cecilio Róbelo y Sur 103 Col. Aeronáutica Militar C.P. 15900 Delegación Venustiano Carranza             | Dtta. María Isabel Martínez Díaz                |
| Dr. Gregorio Salas                               | Calle del Carmen no. 42 Col. Centro, C.P. 06020 Delegación Cuauhtémoc                                       | Pendiente                                       |
| Iztapalapa                                       | Calz. Ermita Iztapalapa 3018 Col. Citlali, Delegación Iztapalapa C.P. 09660                                 | Dtta. Ofelia Pérez Sánchez                      |
| Milpa alta                                       | Prolongación Av. Nvo. León s/n Col. Villa Milpa Alta, C.P. 12000 Delegación Milpa alta                      | Nut. Patricia Ávila Pérez                       |
| Dr. Rubén Leñero                                 | Plan de san Luis y Salvador Díaz Mirón s/n, Col. Santo Tomas, C.P. 11340 Delegación Miguel Hidalgo          | Nut. Ángel Pérez Hernández                      |
| Villa                                            | Av. San Juan de Aragón 285 Col. Granjas Moderna C.P. 07460 Delegación Gustavo A. Madero                     | Dtta. Ruth Álvarez García                       |
| Hospital de Especialidades "Belisario Domínguez" | Avenida Tláhuac 4886 esquina Zacatlán de las Manzanas San Lorenzo Tezonco Del. Iztapalapa                   | Dtta. Leticia Juárez Gonzaga                    |
| Xoco                                             | Av. México Coyoacán y Bruno Traven, Col. Xoco C.P. 03330 Delegación Benito Juárez                           | Dtta. María Alejandra Araiza Chávez             |
| Dr. Enrique Cabrera Cosío                        | Prolongación Av 5 de mayo # 2170, Col. Ex Hacienda de Tarango Delegación Álvaro Obregón                     | Dtta. Isabel Sánchez Cortes                     |
| Tláhuac                                          | Av. Gabriela Mistral n° 655. Col. Centro Americana y del Caribe. Del. Tláhuac. C.P. 13278                   | Nut. Flor del Carmen Rueda Villegas             |
| Clínica Hospital Emiliano Zapata                 | Calle Cuco Sánchez n° 71, Esq. Pedro Infante. Col. Ampliación Emiliano Zapata. Del. Iztapalapa.             | Nut. Ilsen J. Ponce Jurado                      |
| Torre Médica Tepepan                             | Calle la Joya s/n. Col Valle Escondido, Del. Xochimilco                                                     | Nut. Patricia López Samperio                    |



RELACIÓN DE DIRECCIONES DE HOSPITALES

| Hospitales Pediátricos | Dirección                                                                                             | Jefes o Responsables del Servicio de Dietología |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Azcapotzalco           | Av. Azcapotzalco n° 731, Col. Azcapotzalco C.P. 02000, Delegación Azcapotzalco                        | C. Arturo Lara Martínez                         |
| Coyoacán               | Moctezuma n° 18, Esq. Miguel Ángel de Quevedo, Col. Del Carmen, C.P. 04100, delegación Coyoacán       | Nut. Alicia Ramírez Cerda                       |
| Iztacalco              | Av. Coyuya y Terraplén de Río Frío S/N Col. La Cruz Del. Iztacalco, C.P. 08310                        | Dña. Leticia López López                        |
| Peralvillo             | Tolnahuac n° 14 Col. San Simón Del. Cuauhtémoc C.P. 06920                                             | Nut. Maricela García González                   |
| San Juan de Aragón     | Av. 506 s/n entre 517 y 521 Col. San Juan de Aragón Primera Sección Del. Gustavo A. Madero C.P. 06979 | Dña. Mayra Beatriz León Fuentes                 |
| Tacubaya               | Arq. Carlos Lazo Esq. Gavlotas n° 25 Col. Tacubaya Del. Miguel Hidalgo C.P. 11870.                    | Nut. Antonio Avalos Ozuna                       |
| Iztapalapa             | Calzada Ermita Iztlapalapa n° 780 Col. Granjas de San Antonio Del. Iztlapalapa C.P. 09070             | Nut. Ana María Servín Rodas                     |
| Legarí                 | Calzada Legarí n° 371 Col. México Nuevo Del. Miguel Hidalgo c.p. 11260                                | Nut. Tanla Meléndez Balderas                    |
| Moctezuma              | Oriente 158 n° 189 col. Moctezuma 2a. Sección Del. Venustiano Carranza C.P. 15530                     | Nut. Carolina Contreras Camacho                 |
| Villa                  | Av. Cantera e Hidalgo Col. Estanzuela Del. Gustavo A. Madero C.P. 07050                               | Nut. Martha López Cisneros                      |



ANEXO  
RELACIÓN DE DIRECCIONES DE UNIDADES MÉDICAS

| Toxicológicos, Centro y Reclusorios                                   | Dirección                                                                                                                  | Jefes o Responsables Alcaldía Servicio de Dietología |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Clínica de especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza           | Ernesto P. Uruchurtu s/n, esq. Prolongación Río de Churubusco. Col. López Mateos. Alcaldía. Venustiano Carranza            | Nut Isabel Cristina Hernández                        |
| Toxicológico Xochimilco                                               | Prolongación División Alcaldía Norte, esq. Avenida México. Col. San Marcos Xochimilco. Alcaldía. Xochimilco                | Nut Carlos Bobadilla Zamudio                         |
| Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM)                          | Estand de tiro, esq. Sur 103. Col. Aeronáutica Militar. Alcaldía. Venustiano Carranza.                                     | Lic. Noé Eurídi Santiago Chica                       |
| Reclusorio Preventivo Varonil Norte                                   | Jaime Nuno n° 10. Col. Cuauhtepac Barrio Bajo, C.P. 07210, Alcaldía. Gustavo A. Madero                                     | C. Víctor Manuel Campos Tavaré                       |
| Reclusorio Preventivo Varonil Sur                                     | Martínez de Castro y Piña y Palacios s/n. Col. San Mateo Jalpa. C.P. 16800. Alcaldía. Xochimilco.                          |                                                      |
| Reclusorio Preventivo Varonil Oriente                                 | Reforma n° 100. Col. San Lorenzo Tezonco. C.P. 09510. Alcaldía. Iztapalapa.                                                | Lic. Christopher Iván Hernández Mondragón            |
| Centro de Readaptación Social Masculino Penitenciaria de Santa Martha | Calzada Ermita Iztapalapa s/n. Col. Santa Martha Acatitla. C.P. 09510. Alcaldía. Iztapalapa.                               | Lic. Jacobo Muñoz Reyes                              |
| Centro Varonil de Reinserción Social Santa Martha                     | Calle Morelos s/n. Col. Paraje Zacatepec. C.P. 09560. Alcaldía. Iztapalapa.                                                | Lic. Carlos Edgar Tirado Padilla                     |
| Centro Femenil de Reinserción Social Santa Martha                     | Calzada Ermita Iztapalapa n° 4037. Col. Santa Martha Acatitla. C.P. 09560. Alcaldía. Iztapalapa.                           | C. Claudia Galván Valencia                           |
| Centro de Sanciones Administrativas y de Integración Social           | Lago Gascazonica y Aquiles Serdan. Col. Huichapan. C.P. 11290. Alcaldía. Miguel Hidalgo.                                   | C. Marco Antonio López Hernández                     |
| Comunidad de Atención Especializada para Mujeres (CAEM)               | Periférico sur n°4866. Col. Guadalupe. C.P. 14308. Alcaldía. Tlalpan.                                                      | Lic. Luis Manuel Arjona Pérez                        |
| Comunidad de Prevención (CP)                                          | Obrera Mundial y Calle Petén s/n. Col. Narvarte. C.C. 03020. Alcaldía. Benito Juárez.                                      | Lic. Fernando Rodríguez Arias                        |
| Comunidad de Atención Especializada para Adolescentes (CAEA)          | Av. San Fernando #1 Col. Tlalnepantla. Alcaldía. Tlalpan C.P. 140514                                                       | Dra. Maribel García Camacho                          |
| Centro Varonil de Seguridad Penitenciaria Torre I                     | Av. Tecnológico sin numero Col. Alcaldía Bosque Alcaldía Gustavo A. Madero C.P. 07210                                      | Dra. Gabriela Sánchez Sánchez                        |
| Centro Varonil de Seguridad Penitenciaria Torre II                    | Av. Tecnológico sin numero Col. Alcaldía Bosque Alcaldía Gustavo A. Madero C.P. 07210                                      | Dra. Gabriela Sánchez Sánchez                        |
| Centro Varonil Psicosocial (CEVAREPSI)                                | Calle Javier Piña y Palacios, esq. Martínez de Castro sin numero Col. Pueblo San Mateo Jalpa C.P 16800 Alcaldía Xochimilco | Dr. Raúl Barajas Ceja                                |



RELACIÓN DE DIRECCIONES DE HOSPITALES

| Hospitales<br>Materno Infantiles | Dirección                                                                                                        | Jefes o Responsables del Servicio<br>de Dietología |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Materno Pediátrico<br>Xochimilco | Calzada Nativitas y 16 de<br>septiembre s/n. Col. Barrio de<br>Xaltocan. Del. Xochimilco.<br>C.p. 16090          | Dtta. Amalia Berrocal Sorlano                      |
| Inguarán                         | Av. Estaño n° 307, Col. Felipe<br>Ángeles, del. Venustiano<br>Carranza, c.p. 15310                               | Nut. Zuleima Austria Villagram                     |
| Magdalena Contreras              | Av. Luis Cabrera n° 619, Col.<br>San Jerónimo Lido. Del.<br>Magdalena Contreras. C.P.<br>10200                   | Nut. Jacqueline Lucio Sánchez de la<br>Vega        |
| Nicolás M. Cedillo               | Gustavo J. S/n esq. Víctor<br>Hernández Covarrubias,<br>Unidad Francisco Villa, Del.<br>Azcapotzalco, C.P. 02400 | Dtta. Bertha Romeo Hernández                       |
| Tláhuac                          | Av. Tláhuac Chalco n° 231<br>Col. La Habana Del. Tláhuac<br>C.P. 13050                                           | Dtta. Teresa Sánchez Lugo                          |
| Cuautepec                        | Av. Emiliano Zapata n° 17.<br>Col. Cuauhtémoc Barrio Bajo.<br>Del. Gustavo a. Madero. C.P.<br>07210              | Dtta. María Dolores Cuenca                         |
| Topilejo                         | Santa cruz n° 1, Col. San<br>Miguel Topilejo. Del. Tlalpan.<br>C.P. 14500                                        | C. Ángeles G. Pérez Eslava                         |



|                                                                             |                                                                                                                     |                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Clínica de especialidades<br>Toxicológicas<br>Venustiano Carranza           | Ernesto P. Uruchurtu s/n, esq.<br>Prolongación Río de Churubusco.<br>Col. López Mateos. Del.<br>Venustiano Carranza | Nut Isabel Cristina Hernández                |
| Toxicológico Xochimilco                                                     | Prolongación División del Norte,<br>esq. Avenida México. Col. San<br>Marcos Xochimilco. Del.<br>Xochimilco          | Nut Carlos Bobadilla Zamudio                 |
| Centro regulador de urgencias                                               | Estand de tiro, esq. Sur 103. Col.<br>Aeronáutica Militar. Del.<br>Venustiano Carranza.                             | Lic. Noé Euridi Santiago Chica               |
| Reclusorio Preventivo Varonil<br>Norte                                      | Jaime Nuno n° 10. Col.<br>Cuautepec Barrio Bajo, C.P.<br>07210, Del. Gustavo A. Madero                              | C. Víctor Manuel Campos Tavares              |
| Reclusorio Preventivo Varonil<br>Sur                                        | Martínez de Castro y Piña y<br>Palacios s/n. Col. San Mateo<br>Xalpa. C.P. 16800. Del.<br>Xochimilco.               |                                              |
| Reclusorio Preventivo Varonil<br>Oriente                                    | Reforma n° 100. Col. San Lorenzo<br>Tezonco. C.P. 09510. Del.<br>Iztapalapa.                                        | Lic. Christopher Iván Hernández<br>Mondragón |
| Centro de Readaptación Social<br>Masculino Penitenciaria de<br>Santa Martha | Calzada Ermita Iztapalapa s/n.<br>Col. Santa Martha Acatitla. C.P.<br>09510. Del. Iztapalapa.                       | Lic. Jacobo Muñoz Reyes                      |
| Centro de Readaptación Social<br>Varonil Santa Martha                       | Calle Morelos s/n. Col. Paraje<br>Zacatepec. C.P. 09560. Del.<br>Iztapalapa.                                        | Lic. Carlos Edgar Tirado Padilla             |
| Centro Femenil de<br>Readaptación Social Santa<br>Martha                    | Calzada Ermita Iztapalapa n°<br>4037. Col. Santa Martha Acatitla.<br>C.P. 09560. Del. Iztapalapa.                   | C. Claudia Galván Valencia                   |
| Centro de Sanciones<br>Administrativas "Torito"                             | Lago Gascazonica y Aquiles<br>Serdan. Col. Huichapan. C.P.<br>11290. Del. Miguel Hidalgo.                           | C. Marco Antonio López<br>Hernández          |
| Comunidad de Desarrollo para<br>Adolescentes Mujeres                        | Periférico sur n° 4866. Col.<br>Guadalupita. C.P. 14308. Del.<br>Tlalpan.                                           | Lic. Luis Manuel Arjona Pérez                |
| Comunidad de Desarrollo<br>Integral para Adolescentes                       | Obrera Mundial y Calle Petén s/n.<br>Col. Narvarte. C.C. 03020. Del.<br>Benito Juárez.                              | Lic. Fernando Rodríguez Arias                |

# **ANEXO 4**

**(DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES Y  
COSTOS)**



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 4 DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES Y COSTOS

CONTRATO No. SSCDMX-DGA-111-BIS-2019

| LOTE                                 | PARTIDA | CLAVE SAICA | DESCRIPCIÓN DE INSUMOS | UNIDAD DE | MARCA    | CANTIDAD ESTIMADA | PRECIO UNITARIO | SUBTOTAL        |
|--------------------------------------|---------|-------------|------------------------|-----------|----------|-------------------|-----------------|-----------------|
| <b>FRUTAS Y VERDURAS Y BOX LUNCH</b> |         |             |                        |           |          |                   |                 |                 |
| 2                                    | 1       | 2211-0218   | CEBOLLA                | KILO      | A GRANEL | 9,568             | \$ 18.75        | \$ 179,418.75   |
|                                      | 2       | 2211-0219   | CILANTRO               | KILO      | A GRANEL | 524               | \$ 16.82        | \$ 8,813.68     |
|                                      | 3       | 2211-0220   | COL                    | KILO      | A GRANEL | 1,115             | \$ 13.59        | \$ 15,152.85    |
|                                      | 4       | 2211-0221   | COLIFLOR               | KILO      | A GRANEL | 1,016             | \$ 16.30        | \$ 16,560.80    |
|                                      | 5       | 2211-0222   | CHAYOTE                | KILO      | A GRANEL | 25,603            | \$ 12.39        | \$ 317,221.17   |
|                                      | 6       | 2211-0223   | CHAMPIÑONES            | KILO      | A GRANEL | 3,233             | \$ 75.63        | \$ 244,511.79   |
|                                      | 7       | 2211-0224   | CHICHARO               | KILO      | A GRANEL | 3,231             | \$ 62.09        | \$ 200,612.79   |
|                                      | 8       | 2211-0225   | CHILE POBLANO          | KILO      | A GRANEL | 2,523             | \$ 24.87        | \$ 62,747.01    |
|                                      | 9       | 2211-0226   | FRUTA EN ALMIBAR       | KILO      | A GRANEL | 781               | \$ 23.29        | \$ 18,189.49    |
|                                      | 10      | 2211-0227   | EJOTE                  | KILO      | A GRANEL | 3,926             | \$ 17.70        | \$ 69,490.20    |
|                                      | 11      | 2211-0228   | ELOTE                  | PIEZA     | A GRANEL | 5,863             | \$ 6.76         | \$ 39,633.88    |
|                                      | 12      | 2211-0229   | EPAZOTE                | KILO      | A GRANEL | 285               | \$ 14.48        | \$ 4,126.80     |
|                                      | 13      | 2211-0230   | ESPINACAS              | KILO      | A GRANEL | 5,715             | \$ 15.33        | \$ 87,610.95    |
|                                      | 14      | 2211-0231   | JITOMATE GUAJILLO      | KILO      | A GRANEL | 41,557            | \$ 19.85        | \$ 824,906.45   |
|                                      | 15      | 2211-0232   | LECHUGA ROMANA         | PIEZA     | A GRANEL | 4,313             | \$ 7.69         | \$ 33,166.97    |
|                                      | 16      | 2211-0233   | LECHUGA OREJONA        | PIEZA     | A GRANEL | 1,401             | \$ 10.23        | \$ 14,332.23    |
|                                      | 17      | 2211-0234   | NOPALES                | KILO      | A GRANEL | 4,173             | \$ 15.27        | \$ 63,721.71    |
|                                      | 18      | 2211-0235   | PAPA AMARILLA          | KILO      | A GRANEL | 24,383            | \$ 18.54        | \$ 452,060.82   |
|                                      | 19      | 2211-0236   | PIMIENTO MORRON VERDE  | KILO      | A GRANEL | 992               | \$ 33.99        | \$ 33,718.08    |
|                                      | 20      | 2211-0237   | PIMIENTO MORRON ROJO   | KILO      | A GRANEL | 1,079             | \$ 36.03        | \$ 38,876.37    |
|                                      | 21      | 2211-0238   | PEPINO                 | KILO      | A GRANEL | 2,343             | \$ 12.90        | \$ 30,224.70    |
|                                      | 22      | 2211-0239   | PEREJIL                | KILO      | A GRANEL | 290               | \$ 17.12        | \$ 4,964.80     |
|                                      | 23      | 2211-0240   | PORO                   | KILO      | A GRANEL | 179               | \$ 23.13        | \$ 4,140.27     |
|                                      | 24      | 2211-0241   | RABANO                 | KILO      | A GRANEL | 184               | \$ 16.05        | \$ 2,953.20     |
|                                      | 25      | 2211-0242   | TE DE MANZANILLA       | KILO      | A GRANEL | 221               | \$ 18.56        | \$ 4,101.76     |
|                                      | 26      | 2211-0272   | TE DE LIMON            | KILO      | A GRANEL | 465               | \$ 20.19        | \$ 9,388.35     |
|                                      | 27      | 2211-0243   | TOMATE VERDE           | KILO      | A GRANEL | 5,060             | \$ 15.19        | \$ 76,861.40    |
|                                      | 28      | 2211-0244   | VERDOLAGAS             | KILO      | A GRANEL | 200               | \$ 15.23        | \$ 3,046.00     |
|                                      | 29      | 2211-0245   | YERBABUENA             | KILO      | A GRANEL | 49                | \$ 15.41        | \$ 755.09       |
|                                      | 30      | 2211-0246   | HIERBAS DE OLOR        | KILO      | A GRANEL | 75                | \$ 46.08        | \$ 3,456.00     |
|                                      | 31      | 2211-0247   | ZANAHORIA              | KILO      | A GRANEL | 31,461            | \$ 11.47        | \$ 360,857.67   |
|                                      | 32      | 2211-0156   | AGUACATE HASS          | KILO      | A GRANEL | 4,136             | \$ 64.25        | \$ 265,738.00   |
|                                      | 33      | 2211-0157   | LIMON AGRIO            | KILO      | A GRANEL | 4,720             | \$ 14.96        | \$ 70,611.20    |
|                                      | 34      | 2211-0158   | MANZANA GOLDEN         | KILO      | A GRANEL | 35,569            | \$ 39.64        | \$ 1,409,955.16 |
|                                      | 35      | 2211-0159   | MELON CHINO            | KILO      | A GRANEL | 22,017            | \$ 16.65        | \$ 366,583.05   |
|                                      | 36      | 2211-0160   | NARANJA DE JUGO        | KILO      | A GRANEL | 18,878            | \$ 10.61        | \$ 200,295.58   |
|                                      | 37      | 2211-0161   | PAPAYA MARADOL         | KILO      | A GRANEL | 27,113            | \$ 18.86        | \$ 511,351.18   |
|                                      | 38      | 2211-0162   | PIÑA ESMERALDA         | KILO      | A GRANEL | 13,418            | \$ 10.21        | \$ 136,997.78   |
|                                      | 39      | 2211-0163   | PLATANO MACHO          | KILO      | A GRANEL | 2,752             | \$ 15.84        | \$ 43,591.68    |
|                                      | 40      | 2211-0164   | PLATANO TABASCO        | KILO      | A GRANEL | 16,168            | \$ 12.78        | \$ 206,627.04   |
|                                      | 41      | 2211-0165   | SANDIA RAYADA          | KILO      | A GRANEL | 12,083            | \$ 8.29         | \$ 100,168.07   |
|                                      | 42      | 2211-0166   | TORONJA                | KILO      | A GRANEL | 5,536             | \$ 11.62        | \$ 64,328.32    |
|                                      | 43      | 2211-0177   | CAÑA                   | KILO      | A GRANEL | 64                | \$ 10.29        | \$ 658.56       |
|                                      | 44      | 2211-0172   | CIRUELA                | KILO      | A GRANEL | 2,082             | \$ 46.73        | \$ 97,291.86    |
|                                      | 45      | 2211-0210   | ACELGA                 | KILO      | A GRANEL | 2,754             | \$ 11.68        | \$ 32,166.72    |
|                                      | 46      | 2211-0211   | AJO                    | KILO      | A GRANEL | 823               | \$ 69.71        | \$ 57,371.33    |
|                                      | 47      | 2211-0212   | APIO                   | KILO      | A GRANEL | 296               | \$ 11.56        | \$ 3,421.76     |
|                                      | 48      | 2211-0213   | BETABEL                | KILO      | A GRANEL | 1,210             | \$ 11.39        | \$ 13,781.90    |
|                                      | 49      | 2211-0214   | BERROS                 | KILO      | A GRANEL | 93                | \$ 10.70        | \$ 995.10       |
|                                      | 50      | 2211-0215   | BROCOLI                | KILO      | A GRANEL | 3,254             | \$ 12.12        | \$ 39,438.48    |
|                                      | 51      | 2211-0216   | CALABAZA ITALIANA      | KILO      | A GRANEL | 21,732            | \$ 12.45        | \$ 270,563.40   |
|                                      | 52      | 2211-0178   | CHABACANO              | KILO      | A GRANEL | 772               | \$ 58.70        | \$ 45,316.40    |
|                                      | 53      | 2211-0170   | DURAZNO                | KILO      | A GRANEL | 2,825             | \$ 54.07        | \$ 152,747.75   |
|                                      | 54      | 2211-0173   | FRESA                  | KILO      | A GRANEL | 2,220             | \$ 80.45        | \$ 178,599.00   |
|                                      | 55      | 2211-0167   | GUAYABA                | KILO      | A GRANEL | 18,665            | \$ 14.02        | \$ 261,683.30   |
|                                      | 56      | 2211-0176   | JICAMA                 | KILO      | A GRANEL | 4,652             | \$ 9.73         | \$ 45,263.96    |
|                                      | 57      | 2211-0171   | MANDARINA              | KILO      | A GRANEL | 3,704             | \$ 12.90        | \$ 47,781.60    |
|                                      | 58      | 2211-0169   | MANGO                  | KILO      | A GRANEL | 4,113             | \$ 23.47        | \$ 96,532.11    |



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 4 DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES Y COSTOS

CONTRATO No. SSCDMX-DGA-111-BIS-2019

| LOTE             | PARTIDA | CLAVE SAICA | DESCRIPCIÓN DE INSUMOS                                                  | UNIDAD DE MEDIDA | MARCA         | CANTIDAD ESTIMADA | PRECIO UNITARIO | SUBTOTAL        |
|------------------|---------|-------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|-------------------|-----------------|-----------------|
| <b>ABARROTES</b> |         |             |                                                                         |                  |               |                   |                 |                 |
| 1                | 1       | 2211-0019   | ACEITE VEGETAL 100% DE CANOLA                                           | LITRO            | MARAVILLA     | 7,913             | \$ 33.86        | \$ 267,934.18   |
|                  | 2       | 2211-0004   | ABLANDADOR DE CARNE                                                     | FRASCO           | Mc CORMICK    | 236               | \$ 17.51        | \$ 4,132.36     |
|                  | 3       | 2211-0005   | ACEITE DE MAÍZ                                                          | LITRO            | MONARCA       | 133               | \$ 34.92        | \$ 4,644.36     |
|                  | 4       | 2211-0006   | ACEITE DE OLIVA                                                         | LATA             | CARBONELL     | 239               | \$ 94.32        | \$ 22,542.48    |
|                  | 5       | 2211-0007   | ACEITUNAS                                                               | KILO             | VERMEX        | 106               | \$ 77.17        | \$ 8,180.02     |
|                  | 6       | 2211-0008   | AJONJOLI                                                                | KILO             | A GRANEL      | 19                | \$ 58.08        | \$ 1,103.52     |
|                  | 7       | 2211-0106   | ALBERJÓN A GRANEL                                                       | KILO             | A GRANEL      | 46                | \$ 30.38        | \$ 1,397.48     |
|                  | 8       | 2211-0009   | ALMENDRA EMPAQUETADA                                                    | KILO             | A GRANEL      | 130               | \$ 227.04       | \$ 29,515.20    |
|                  | 9       | 2211-0098   | AMARANTO, CEREAL TOSTADO AL NATURAL                                     | KILO             | A GRANEL      | 83                | \$ 34.44        | \$ 2,858.52     |
|                  | 10      | 2211-0010   | ARROZ                                                                   | KILO             | EL FRESNO     | 4,727             | \$ 18.63        | \$ 88,064.01    |
|                  | 11      | 2211-0107   | ATE DE FRUTAS                                                           | LATA             | LA COSTEÑA    | 2,134             | \$ 33.61        | \$ 71,723.74    |
|                  | 12      | 2211-0274   | ATÚN (I)                                                                | LATA             | DOLORES       | 4,890             | \$ 20.43        | \$ 99,902.70    |
|                  | 13      | 2211-0012   | ATÚN (II)                                                               | LATA             | MEMBER'S MARK | 604               | \$ 215.78       | \$ 130,331.12   |
|                  | 14      | 2211-0018   | AVENA                                                                   | KILO             | A GRANEL      | 240               | \$ 17.36        | \$ 4,166.40     |
|                  | 15      | 2211-0020   | AZÚCAR                                                                  | KILO             | SAN ISIDRO    | 16,275            | \$ 29.11        | \$ 473,765.25   |
|                  | 16      | 2211-0126   | AZÚCAR                                                                  | PIEZA            | GLORIA        | 103,188           | \$ 0.33         | \$ 34,052.04    |
|                  | 17      | 2211-0023   | CAFÉ DE GRANO                                                           | KILO             | GOLDEN HILLS  | 1,319             | \$ 183.20       | \$ 241,640.80   |
|                  | 18      | 2211-0110   | CAFÉ SOLUBLE                                                            | PIEZA            | NESTLE        | 103,324           | \$ 1.81         | \$ 187,016.44   |
|                  | 19      | 2211-0024   | CAJETA DE 660 GR                                                        | FRASCO           | CORONADO      | 255               | \$ 73.92        | \$ 18,849.60    |
|                  | 20      | 2211-0025   | CANEA EN POLVO                                                          | FRASCO           | Mc CORMICK    | 145               | \$ 28.41        | \$ 4,119.45     |
|                  | 21      | 2211-0026   | CANELA EN RAJA                                                          | KILO             | A GRANEL      | 189               | \$ 559.65       | \$ 105,773.85   |
|                  | 22      | 2211-0279   | CONCENTRADO CON PULPA DE FRUTAS EN ENVASE DE PET DE 3.785 LTS (1 GALÓN) | PIEZA            | TAMPICO       | 825               | \$ 34.02        | \$ 28,066.50    |
|                  | 23      | 2211-0027   | BICARBONATO DE SODIO DE 227 GRS. PARA COCINA                            | PAQUETE          | ARM & HAMMER  | 63                | \$ 17.73        | \$ 1,116.99     |
|                  | 24      | 2211-0131   | CEREALES                                                                | LATA             | NESTUM        | 412               | \$ 48.94        | \$ 20,163.28    |
|                  | 25      | 2211-0033   | CHILE ANCHO                                                             | KILO             | A GRANEL      | 140               | \$ 150.65       | \$ 21,091.00    |
|                  | 26      | 2211-0034   | CHILE DE ÁRBOL                                                          | KILO             | A GRANEL      | 49                | \$ 154.98       | \$ 7,594.02     |
|                  | 27      | 2211-0035   | CHILE CHIPOTLE                                                          | KILO             | A GRANEL      | 41                | \$ 150.96       | \$ 6,189.36     |
|                  | 28      | 2211-0036   | CHILE CHIPOTLE ADOBADO                                                  | LATA             | LA COSTEÑA    | 671               | \$ 19.58        | \$ 13,138.18    |
|                  | 29      | 2211-0037   | CHILE GUAGUILLO                                                         | KILO             | A GRANEL      | 237               | \$ 137.80       | \$ 32,658.80    |
|                  | 30      | 2211-0038   | CHILE JALAPEÑO RAJA                                                     | LATA             | LA COSTEÑA    | 1,744             | \$ 30.37        | \$ 52,965.28    |
|                  | 31      | 2211-0039   | CHILE MORITA                                                            | KILO             | A GRANEL      | 49                | \$ 105.83       | \$ 5,185.67     |
|                  | 32      | 2211-0040   | CHILE PASILLA                                                           | KILO             | A GRANEL      | 125               | \$ 149.50       | \$ 18,687.50    |
|                  | 33      | 2211-0041   | CHOCOLATE EN POLVO                                                      | LATA             | CHOCO MILK    | 328               | \$ 107.17       | \$ 35,151.76    |
|                  | 34      | 2211-0042   | CHOCOLATE EN TABILLAS                                                   | PAQUETE          | ABUELITA      | 286               | \$ 69.24        | \$ 19,802.64    |
|                  | 35      | 2211-0043   | FLOR DE JAMAICA                                                         | KILO             | A GRANEL      | 1,114             | \$ 170.36       | \$ 189,781.04   |
|                  | 36      | 2211-0044   | FRIJOL                                                                  | KILO             | CAMPO FLORIDO | 5,469             | \$ 44.64        | \$ 244,136.16   |
|                  | 37      | 2211-0045   | FRUTA EN ALMIBAR                                                        | LATA             | LA PASIEGA    | 6,453             | \$ 44.06        | \$ 284,319.18   |
|                  | 38      | 2211-0046   | GALLETAS MARÍAS                                                         | CAJA             | GAMESA        | 3,949             | \$ 44.58        | \$ 176,046.42   |
|                  | 39      | 2211-0047   | GALLETAS SALADAS                                                        | CAJA             | GAMESA        | 261               | \$ 90.74        | \$ 23,683.14    |
|                  | 40      | 2211-0048   | GARBANZA                                                                | KILO             | CAMPO FLORIDO | 281               | \$ 34.43        | \$ 9,674.83     |
|                  | 41      | 2211-0049   | GELATINA DE AGUA                                                        | KILO             | KOCI          | 4,590             | \$ 57.40        | \$ 263,466.00   |
|                  | 42      | 2211-0108   | GELATINA DE AGUA BAJA EN CALORÍAS                                       | PAQUETE          | O'GARI        | 1,416             | \$ 11.22        | \$ 15,887.52    |
|                  | 43      | 2211-0050   | GRANOLA                                                                 | KILO             | MAXINOLA      | 249               | \$ 56.76        | \$ 14,133.24    |
|                  | 44      | 2211-0051   | HABA PELADA                                                             | KILO             | EL FRESNO     | 334               | \$ 60.03        | \$ 20,050.02    |
|                  | 45      | 2211-0059   | LECHE CONDENSADA                                                        | LATA             | NESTLE        | 632               | \$ 25.36        | \$ 16,027.52    |
|                  | 46      | 2211-0128   | LECHE SEMIDESCREMADA                                                    | LITRO            | AL DIA        | 105,149           | \$ 19.54        | \$ 2,054,611.46 |
|                  | 47      | 2211-0061   | LECHE EVAPORADA DE 360 GR                                               | LATA             | NESTLE        | 510               | \$ 17.67        | \$ 9,011.70     |
|                  | 48      | 2211-0063   | FÉCULA DE MAÍZ                                                          | PAQUETE          | MAIZENA       | 910               | \$ 39.39        | \$ 35,844.90    |
|                  | 49      | 2211-0064   | MAYONESA                                                                | FRASCO           | LA COSTEÑA    | 1,685             | \$ 53.25        | \$ 89,726.25    |
|                  | 50      | 2211-0127   | MAYONESA                                                                | PIEZA            | HEINZ         | 15,285            | \$ 0.65         | \$ 9,935.25     |
|                  | 51      | 2211-0065   | MERMELADA                                                               | FRASCO           | Mc CORMICK    | 301               | \$ 66.81        | \$ 20,109.81    |
|                  | 52      | 2211-0066   | MIEL DE ABEJA                                                           | FRASCO           | CARLOTTA      | 238               | \$ 72.30        | \$ 17,207.40    |
|                  | 53      | 2211-0067   | MIEL DE MAÍZ                                                            | FRASCO           | KARO          | 220               | \$ 42.20        | \$ 9,284.00     |
|                  | 54      | 2211-0068   | MOLE ROJO EN POLVO                                                      | KILO             | DON PANCHO    | 179               | \$ 132.82       | \$ 23,774.78    |
|                  | 55      | 2211-0069   | MOSTAZA                                                                 | FRASCO           | Mc CORMICK    | 161               | \$ 20.52        | \$ 3,303.72     |
|                  | 56      | 2211-0122   | MOSTAZA                                                                 | PIEZA            | HEINZ         | 11,610            | \$ 0.33         | \$ 3,831.30     |
|                  | 57      | 2211-0070   | NUEZ                                                                    | KILO             | A GRANEL      | 97                | \$ 277.20       | \$ 26,888.40    |
|                  | 58      | 2211-0071   | OREGANO                                                                 | KILO             | A GRANEL      | 8                 | \$ 72.30        | \$ 578.40       |



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 4 DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES Y COSTOS

CONTRATO No. SSCDMX-DGA-111-BIS-2019

| LOTE             | PARTIDA | CLAVE SAICA | DESCRIPCIÓN DE INSUMOS      | UNIDAD DE MEDIDA | MARCA                | CANTIDAD ESTIMADA | PRECIO UNITARIO | SUBTOTAL        |
|------------------|---------|-------------|-----------------------------|------------------|----------------------|-------------------|-----------------|-----------------|
| <b>ABARROTES</b> |         |             |                             |                  |                      |                   |                 |                 |
|                  | 59      | 2211-0072   | PASAS                       | KILO             | A GRANEL             | 118               | \$ 73.66        | \$ 8,691.88     |
|                  | 60      | 2211-0073   | PEPITA VERDE ENTERA         | KILO             | A GRANEL             | 61                | \$ 111.89       | \$ 6,825.29     |
|                  | 61      | 2211-0074   | PILONCILLO A GRANEL         | KILO             | A GRANEL             | 275               | \$ 23.85        | \$ 6,558.75     |
|                  | 62      | 2211-0075   | PIMIENTA BLANCA MOLIDA      | PIEZA            | EL CRIOLLO           | 158               | \$ 54.35        | \$ 8,587.30     |
|                  | 63      | 2211-0076   | PIMIENTA NEGRA MOLIDA       | PIEZA            | EL CRIOLLO           | 158               | \$ 37.11        | \$ 5,863.38     |
|                  | 64      | 2211-0077   | POLVO PARA HORNEAR          | LATA             | ROYAL                | 35                | \$ 42.42        | \$ 1,484.70     |
|                  | 65      | 2211-0078   | PURE DE TOMATE              | LITRO            | DEL FUERTE           | 320               | \$ 24.45        | \$ 7,824.00     |
|                  | 66      | 2211-0079   | SAL DE AJO                  | FRASCO           | EL ARBOL DE MI CAMPO | 222               | \$ 18.53        | \$ 4,113.66     |
|                  | 67      | 2211-0080   | SAL DE CEBOLLA DE 126 GR    | FRASCO           | Mc CORMICK           | 186               | \$ 26.15        | \$ 5,125.40     |
|                  | 68      | 2211-0081   | SAL DE COCINA               | KILO             | ELEFANTE             | 201               | \$ 10.33        | \$ 2,076.33     |
|                  | 69      | 2211-0082   | SAL DE MESA                 | KILO             | ELEFANTE             | 1,489             | \$ 11.29        | \$ 16,810.81    |
|                  | 70      | 2211-0083   | SALSA CATSUP                | FRASCO           | CLEMENTE JAKES       | 416               | \$ 13.03        | \$ 5,420.48     |
|                  | 71      | 2211-0123   | SALSA CATSUP                | PIEZA            | HEINZ                | 12,968            | \$ 0.59         | \$ 7,651.12     |
|                  | 72      | 2211-0124   | SALSA JALAPEÑO              | PIEZA            | HEINZ                | 11,333            | \$ 0.34         | \$ 3,853.22     |
|                  | 73      | 2211-0084   | SALSA DE SOYA               | FRASCO           | KIKKOMAN             | 137               | \$ 63.50        | \$ 8,699.50     |
|                  | 74      | 2211-0085   | SALSA INGLESA               | FRASCO           | CROSSE BLACKWELL     | 185               | \$ 64.00        | \$ 11,840.00    |
|                  | 75      | 2211-0086   | SOPA DE CODO                | PAQUETE          | LA MODERNA           | 5,650             | \$ 5.79         | \$ 32,713.50    |
|                  | 76      | 2211-0087   | SOPA DE ESTRELLA            | PAQUETE          | LA MODERNA           | 1,372             | \$ 5.79         | \$ 7,943.88     |
|                  | 77      | 2211-0088   | SOPA DE FIDEO               | PAQUETE          | LA MODERNA           | 3,400             | \$ 5.79         | \$ 19,686.00    |
|                  | 78      | 2211-0089   | SOPA DE SPAGUETTY           | PAQUETE          | LA MODERNA           | 6,589             | \$ 5.79         | \$ 38,034.51    |
|                  | 79      | 2211-0090   | SOPA DE TALLARÍN            | PAQUETE          | LA MODERNA           | 1,010             | \$ 5.79         | \$ 5,847.90     |
|                  | 80      | 2211-0091   | SOPA MENUDA                 | PAQUETE          | LA MODERNA           | 2,018             | \$ 5.79         | \$ 11,684.22    |
|                  | 81      | 2211-0125   | SOYA TEXTURIZADA            | KILO             | A GRANEL             | 133               | \$ 22.66        | \$ 3,013.78     |
|                  | 82      | 2211-0092   | TAMARINDO                   | KILO             | A GRANEL             | 1,494             | \$ 36.05        | \$ 53,858.70    |
|                  | 83      | 2211-0022   | CACAHUATE                   | KILO             | A GRANEL             | 90                | \$ 47.12        | \$ 4,240.80     |
|                  | 84      | 2211-0028   | CIRUELA PASA                | KILO             | A GRANEL             | 79                | \$ 72.50        | \$ 5,727.50     |
|                  | 85      | 2211-0029   | CLAVO MOLIDO                | FRASCO           | EL CRIOLLO           | 62                | \$ 42.76        | \$ 2,651.12     |
|                  | 86      | 2211-0030   | COMINO DE 55 GRS            | FRASCO           | Mc CORMICK           | 84                | \$ 41.04        | \$ 3,447.36     |
|                  | 87      | 2211-0031   | CONSOME                     | KILO             | KOCI                 | 745               | \$ 31.56        | \$ 23,512.20    |
|                  | 88      | 2211-0032   | CURRY                       | PAQUETE          | EL CRIOLLO           | 39                | \$ 24.31        | \$ 948.09       |
|                  | 89      | 2211-0052   | HARINA DE ARROZ             | PAQUETE          | TRES ESTRELLAS       | 832               | \$ 16.45        | \$ 13,686.40    |
|                  | 90      | 2211-0109   | HARINA DE MAÍZ              | KILO             | MINSAL               | 34                | \$ 12.65        | \$ 430.10       |
|                  | 91      | 2211-0053   | HARINA DE TRIGO             | KILO             | SAN ANTONIO          | 177               | \$ 12.81        | \$ 2,267.37     |
|                  | 92      | 2211-0054   | HARINA PARA HOT CAKES       | PAQUETE          | TRES ESTRELLAS       | 788               | \$ 17.19        | \$ 13,545.72    |
|                  | 93      | 2211-0055   | HOJUELAS DE MAÍZ DE 530 GRS | PAQUETE          | KELLOGG'S            | 1,290             | \$ 51.48        | \$ 66,409.20    |
|                  | 94      | 2211-0056   | JUGO DE MANZANA             | LITRO            | JUMEX                | 17,071            | \$ 21.66        | \$ 369,757.86   |
|                  | 95      | 2211-0057   | JUGO DE UVA                 | LITRO            | JUMEX                | 2,663             | \$ 21.66        | \$ 57,680.58    |
|                  | 96      | 2211-0058   | JUGO INDIVIDUAL             | PIEZA            | BOING                | 151,260           | \$ 8.61         | \$ 1,302,348.60 |
|                  | 97      | 2211-0062   | LENTEJAS                    | KILO             | EL FRESNO            | 476               | \$ 34.97        | \$ 16,645.72    |
|                  | 98      | 2211-0093   | VAINILLA                    | FRASCO           | CASTELL              | 268               | \$ 19.31        | \$ 5,175.08     |
|                  | 99      | 2211-0094   | VINAGRE                     | FRASCO           | BARRILITO            | 242               | \$ 12.20        | \$ 2,952.40     |



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 4 DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES Y COSTOS**

CONTRATO No. SSCDMX-DGA-111-BIS-2019

| LOTE                                 | PARTIDA | CLAVE SAICA | DESCRIPCIÓN DE INSUMOS | UNIDAD DE | MARCA    | CANTIDAD ESTIMADA | PRECIO UNITARIO | SUBTOTAL        |
|--------------------------------------|---------|-------------|------------------------|-----------|----------|-------------------|-----------------|-----------------|
| <b>FRUTAS Y VERDURAS Y BOX LUNCH</b> |         |             |                        |           |          |                   |                 |                 |
|                                      | 59      | 2211-0168   | PERA                   | KILO      | A GRANEL | 29,933            | \$ 39.84        | \$ 1,192,530.72 |
|                                      | 60      | 2211-0179   | PLATANO DOMINICO       | KILO      | A GRANEL | 7,573             | \$ 23.12        | \$ 175,087.76   |
|                                      | 61      | 2211-0180   | TEJOCOTE               | KILO      | A GRANEL | 173               | \$ 19.68        | \$ 3,404.64     |
|                                      | 62      | 2211-0175   | TUNA                   | KILO      | A GRANEL | 1,648             | \$ 10.52        | \$ 17,336.96    |
|                                      | 63      | 2211-0174   | UVA                    | KILO      | A GRANEL | 4,153             | \$ 42.77        | \$ 177,623.81   |
|                                      | 64      | 2211-0217   | CAMOTE                 | KILO      | A GRANEL | 1,180             | \$ 27.31        | \$ 32,225.80    |

| LOTE                                 | PARTIDA | CLAVE SAICA | DESCRIPCIÓN DE INSUMOS | UNIDAD DE | MARCA  | CANTIDAD ESTIMADA | PRECIO UNITARIO SIN | SUBTOTAL |
|--------------------------------------|---------|-------------|------------------------|-----------|--------|-------------------|---------------------|----------|
| <b>FRUTAS Y VERDURAS Y BOX LUNCH</b> |         |             |                        |           |        |                   |                     |          |
| 7                                    | 1       | 2211-0021   | BOX LUNCH              | CAJA      | EXCORE | 1                 | \$ 76.68            | \$ 76.68 |