**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-279-2020**

CONTRATO ADMINISTRATIVO PARA EL **SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO** QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL **LICENCIADO JESÚS ANTONIO GARRIDO ORTIGOSA**, EN SU CARÁCTER DE DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ **"EL GCDMX"**, ASISTIDO POR EL **LICENCIADO DAVID MELCHOR MIRANDA ORTEGA,** COMO DIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS, EL **DR. RICARDO ARTURO BARREIRO PERERA,** EN SU CARÁCTER DE DIRECTOR GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS **Y EL QFB. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY,** DIRECTOR DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS Y POR LA OTRA LA EMPRESA **DICIPA, S.A. DE C.V,** A TRAVÉS DE SU APODERADO LEGAL EL **C. ALEJANDRO GARCÍA ANGULO**, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ **"EL PROVEEDOR"** Y A QUIENES EN SU CONJUNTO SE LES DENOMINARÁ **"LAS PARTES"**, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES:

## D E C L A R A C I O N E S

**I. "EL GCDMX", POR CONDUCTO DE SU REPRESENTANTE, DECLARA QUE:**

**I.1.-** LA CIUDAD DE MÉXICO ES UNA ENTIDAD FEDERATIVA INTEGRANTE DE LA FEDERACIÓN, SEDE DE LOS PODERES DE LA UNIÓN Y CAPITAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, CON PERSONALIDAD JURÍDICA Y PATRIMONIO PROPIO, CUYO GOBIERNO ESTÁ A CARGO, ENTRE OTROS, DEL EJECUTIVO LOCAL, TITULAR QUE SE AUXILIA DE ÓRGANOS CENTRALES, DESCONCENTRADOS Y ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS. LOS CUALES INTEGRAN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 43, 44 Y 122 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; ARTÍCULOS 1º, 32 APARTADO C NUMERAL 1, 2 Y 33, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO; 3, 9 Y 12 DE LA LEY ORGÁNICA DEL PODER EJECUTIVO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y 13 DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL PODER EJECUTIVO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

**1.2.-** LA **SECRETARÍA DE SALUD** DE LA CIUDAD DE MÉXICO, ES UNA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA CENTRALIZADA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 33 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO; 2, 3, 11 FRACCIÓN I Y 16 FRACCIÓN XV DE LA LEY ORGÁNICA DEL PODER EJECUTIVO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y 1, 2, 3 Y 7 FRACCIÓN XV DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL PODER EJECUTIVO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

**I.3.-** EL **LICENCIADO JESÚS ANTONIO GARRIDO ORTIGOSA** EN SU CARÁCTER DE **DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD**, ACREDITA SU PERSONALIDAD JURÍDICA EN TÉRMINOS DEL NOMBRAMIENTO DE FECHA 02 DE ENERO DEL 2019 SIGNADO POR EL LICENCIADO **JORGE LUIS BASALDÚA RAMOS** EN SU CARÁCTER **DE SUBSECRETARIO DE CAPITAL HUMANO Y ADMINISTRACIÓN**, MANIFESTANDO QUE CUENTA CON FACULTADES AMPLIAS, SUFICIENTES Y CON LA ATRIBUCIÓN PARA CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 129 FRACCIONES I, VIII, IX, X, XIV Y XVI DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL PODER EJECUTIVO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, PUBLICADO EN LA GACETA OFICIAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO EL 02 DE ENERO DE 2019.ASÍ COMO EN LO DISPUESTO EN EL PUNTO PRIMERO DEL "ACUERDO POR EL QUE SE DELEGA EN LOS DIRECTORES GENERALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL Y EN EL TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN EN DICHA DEPENDENCIA, LAS FACULTADES QUE SE INDICAN", PUBLICADO EN LA GACETA OFICIAL DEL ENTONCES DISTRITO FEDERAL EL DÍA 18 DE AGOSTO DE 2006.

**I.4.-** LA **DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS** REQUIERE PARA CUMPLIR DEBIDAMENTE CON SUS FINES Y OBJETIVOS, LA PRESTACIÓN DEL **SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO,** MISMO QUE SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE IDENTIFICADO CONFORME A LA REQUISICION NÚMERO **493/2020.**

**I.5.-** QUE LA CONTRATACIÓN SE EFECTÚA A TRAVÉS DEL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA DERIVADO DEL CASO **55/2020**, APROBADO EN LA CUARTA SESIÓN EXTRAORDINARIA DEL SUBCOMITÉ DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS, CELEBRADA EL **30 DE SEPTIEMBRE DE 2020** Y OTORGADO MEDIANTE OFICIO NÚMERO **AD/DRMAS/SRM/JUDCCM/REQ.493/521/2020** DE FECHA **30 DE SEPTIEMBRE DE 2020 PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO,** DE CONFORMIDAD A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 54 FRACCIÓN II BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y DEMÁS NORMATIVIDAD APLICABLE.

**I.6.-** EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 28 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, AL MOMENTO DE LA CELEBRACIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO SE CUENTA CON LA DEBIDA SUFICIENCIA PRESUPUESTAL EN LA PARTIDA NO. **3993 "SUBROGACIONES"** CONFORME AL OFICIO NÚMERO **SP-DF-0178-2020,** DE FECHA **28 DE SEPTIEMBRE DE 2020**, POR EL CUAL SE OTORGÓ AUTORIZACIÓN PRESUPUESTAL, EMITIDO POR LA DIRECCIÓN DE FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

**I.7.** EN EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA PARA LLEVAR A CABO EL **SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO** OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO, ASÍ COMO EN LA FORMALIZACIÓN DEL PRESENTE

CONTRATO, NO MEDIÓ NINGUNA FORMA DE DISCRIMINACIÓN, SEA POR ACCIÓN U OMISIÓN, POR RAZONES DE ORIGEN ÉTNICO O NACIONAL, RAZA, LENGUA, SEXO, GÉNERO, IDENTIDAD INDÍGENA, EXPRESIÓN DE ROL DE GÉNERO, EDAD, DISCAPACIDAD, CONDICIÓN SOCIAL O ECONÓMICA, APARIENCIA FÍSICA, CONDICIONES DE SALUD, CARACTERÍSTICAS GENÉTICAS, EMBARAZO, RELIGIÓN, OPINIONES POLÍTICAS, ACADÉMICAS O FILOSÓFICAS, IDENTIDAD O FILIACIÓN POLÍTICA, ORIENTACIÓN, PREFERENCIA O IDENTIDAD SEXUAL O DE GÉNERO, ESTADO CIVIL, APARIENCIA EXTERIOR, FORMA DE PENSAR, VESTIR, ACTUAR, GESTICULAR, POR TENER TATUAJES O PERFORACIONES CORPORALES O CUALQUIER OTRA ANÁLOGA, CONFORME A LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 5º DE LA LEY PARA PREVENIR Y ELIMINAR LA DISCRIMINACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO, PUBLICADA EN LA GACETA OFICIAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO EL DIA 9 DE MARZO DE 2020 Y EL NUMERAL 5.1.2 DE LA CIRCULAR UNO 2019, VIGENTE, NORMATIVIDAD EN MATERIA DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS, PUBLICADA EN LA GACETA OFICIAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO EL 02 DE AGOSTO DE 2019 Y EL ACUERDO POR EL QUE SE MODIFICA LA MISMA DE FECHA 4 DE SEPTIEMBRE DE 2019.

**I.8.** PARA PREVENIR EL CONFLICTO DE INTERESES, EN EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA MENCIONADO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR PARA **EL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO,** PREVIO A LA FORMALIZACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO, SE EFECTUÓ UNA CONSULTA EN EL SISTEMA DE PREVENCIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LA QUE SE DESPRENDE QUE NO MEDIÓ CONFLICTO DE INTERESES.

**I.9.-** QUE EL PRESENTE CONTRATO SE LE ASIGNÓ A **EL PRESTADOR DEL SERVICIO** EN VIRTUD DE QUE OFRECIÓ LAS MEJORES CONDICIONES TÉCNICAS, ECONÓMICAS Y MATERIALES PARA EL **SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO**, SOLICITADO, EN CUMPLIMIENTO CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 134 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y LOS ARTÍCULOS 20 TERCER PÁRRAFO, 27 INCISO C), 28, 52, 54 FRACCIÓN II BIS Y 63 FRACCIÓN I DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL

**I.10.-** SU REPRESENTADO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES BAJO EL NÚMERO **GDF971205-4NA.**

**I.11.-** EL DOMICILIO DE SU REPRESENTADO PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO, SE UBICA EN **EL INMUEBLE MARCADO CON EL NÚMERO 23 DE LA CALLE DE ALTADENA, NOVENO PISO, COLONIA NÁPOLES, ALCALDÍA BENITO JUÁREZ, CÓDIGO POSTAL 03810, DE LA CIUDAD DE MÉXICO.**

**II.- "EL PROVEEDOR", BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD DECLARA QUE:**

**II.1.-** ES UNA SOCIEDAD LEGALMENTE CONSTITUIDA, BAJO LA DENOMINACIÓN **"DISTRIBUIDOR CIENTÍFICO PALLACH", S.A.**, COMO SE ACREDITA CON LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **2,323,** DE FECHA **11 DE MAYO DE 1979**, PASADA ANTE LA FE DEL **LICENCIADO JESUS SANDOVAL PARDO**, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO **15** DEL **DISTRITO DE TLANEPANTLA ESTADO DE MÉXICO,** INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO EN EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO **9,313,** EL DÍA **6 DE AGOSTO DE 1979.**

CON LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **15,212** LIBRO NÚMERO **TRESCIENTOS DOCE** DE FECHA **29 DE AGOSTO DE 2008**, PASADA ANTE LA FE DEL LICENCIADO **SALVADOR SÁNCHEZ DE LA BARQUERA**, TITULAR DE LA NOTARÍA NÚMERO **CIENTO CUARENTA Y UNO** DEL ENTONCES DISTRITO FEDERAL, AHORA CIUDAD DE MÉXICO, ACORDÓ LA MODIFICACIÓN DE LA SOCIEDAD POR **"DICIPA", S.A. DE C.V.**

CON INSTRUMENTO NÚMERO **124,452**, LIBRO NÚMERO **1733**, DE FECHA **25 DE OCTUBRE DE 2019,** SE HACE CONSTAR LA PROTOCOLIZACIÓN DEL ACTA DE ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA DE ACCIONISTAS DE DICIPA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE CAPITAL VARIABLE, EN LA QUE SE ACUERDA LA MODIFICACIÓN DE LOS ESTATUTOS SOCIALES.

**II.2.-** SU **APODERADO LEGAL** SE IDENTIFICA CON **CREDENCIAL PARA VOTAR** EXPEDIDA A SU FAVOR POR EL ENTONCES **INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL** AHORA **INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL** CON NUMERO DE FOLIO [redacted] QUIEN ACREDITA SU PERSONALIDAD Y FACULTADES PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE INSTRUMENTO EN TÉRMINOS DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **98,940,** LIBRO **MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE** DE FECHA **24 DE JUNIO DE 2010**, PASADA ANTE LA FE DEL **LICENCIADO JOSÉ VISOSO DEL VALLE** TITULAR DE LA NOTARÍA NÚMERO **92,** MISMAS QUE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTA QUE NO LE HAN SIDO REVOCADAS, MODIFICADAS O LIMITADAS EN FORMA ALGUNA Y SURTEN PLENOS EFECTOS A LA FECHA DE CELEBRACIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

**II.3.-** CONFORME A LA CLÁUSULA ESTATUTARIA, DONDE RIGE SU ACTUACIÓN TIENE POR OBJETO: **A) COMPRA, VENTA, DISTRIBUCIÓN, CONSIGNACIÓN, IMPORTACIÓN, EXPORTACIÓN, ARRENDAMIENTO Y COMODATO DE TODO TIPO DE EQUIPOS Y REACTIVOS PARA DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y MÉDICO, INSTRUMENTAL, EQUIPO Y MATERIAL QUIRÚRGICO Y EN GENERAL CUALQUIER TIPO DE PRODUCTOS Y ARTÍCULOS PARA HOSPITALES Y LABORATORIOS; B) FABRICAR, ENSAMBLAR Y DAR MANTENIMIENTO EN FORMA DIRECTA O A TRAVÉS DE TERCEROS, DE TODO TIPO DE EQUIPOS Y REACTIVOS PARA DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y MÉDICO, INSTRUMENTAL, EQUIPO Y MATERIAL QUIRÚRGICO Y EN GENERAL CUALQUIER TIPO DE PRODUCTO O ARTÍCULO PARA HOSPITALES**

**Y LABORATORIOS; J) PRESTAR Y RECIBIR TODA CLASE DE SERVICIOS, INCLUYENDO ENTRE ESTOS DE MODO ENUNCIATIVO MAS NO LIMITATIVO, LOS RELACIONADOS A LAS ÁREAS DE CONTABILIDAD FINANZAS, DE ASISTENCIA TÉCNICA Y DE TODA CLASE DE ASESORÍA, DIRECCIÓN, OPERACIÓN, SUPERVISIÓN, APOYO Y SOPORTE, MEDIANTE LA CELEBRACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS CONTRATACIONES QUE PUDIERE CORRESPONDER, ASÍ COMO LA ADQUISICIÓN POR CUALQUIER TITULO LEGAL, EXPLOTACIÓN DESARROLLO, OPERACIÓN ADMINISTRACIÓN DE EDIFICIOS, CONSTRUCCIONES PLANTAS, ALMACENES, INSTALACIONES, EMPRESAS Y NEGOCIOS.**

**II.4.-** TIENE ESTABLECIDO SU DOMICILIO LEGAL Y FISCAL EN EL INMUEBLE UBICADO EN: **AVENIDA PATRIOTISMO NÚMERO 201, PISO 8, COLONIA SAN PEDRO DE LOS PINOS, ALCALDÍA BENITO JUÁREZ, C.P. 03800, CIUDAD DE MÉXICO, TELÉFONO (55) 5093-0005.**

**II.5.-** ES UNA PERSONA MORAL QUE PARA CUMPLIR CON SUS ACTIVIDADES FISCALES SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO BAJO EL NÚMERO: **DCP790511D36.**

**II.6.-** BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE HA CUMPLIDO EN DEBIDA FORMA CON LAS OBLIGACIONES FISCALES A SU CARGO, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 58 DE LA LEY DE AUSTERIDAD, TRANSPARENCIA EN REMUNERACIONES, PRESTACIONES Y EJERCICIO DE RECURSOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO; QUE SE ENCUENTRA AL CORRIENTE EN SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS, DERECHOS, APROVECHAMIENTOS Y PRODUCTOS REFERIDOS EN EL CÓDIGO FISCAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO; Y EL NUMERAL 5.7.4 DE LA CIRCULAR UNO 2019, VIGENTE Y QUE HA PRESENTADO LAS CONSTANCIAS CORRESPONDIENTES.

**II.7.-** QUE LA EMPRESA **DICIPA S.A DE C.V.,** CUENTA CON CONSTANCIA DE REGISTRO EN EL PADRÓN DE PROVEEDORES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO VIGENTE.

**II.8.-** MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE ÉL, LOS SOCIOS DE SU REPRESENTADA; DIRECTIVOS, ACCIONISTAS, LOS MIEMBROS DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA MISMA, COMISARIOS, SUS APODERADOS Y REPRESENTANTES LEGALES Y DEMÁS PERSONAL DE SUS PROCESOS DE VENTAS, COMERCIALIZACIÓN, RELACIONES PÚBLICAS O SIMILARES, NO TIENEN O VAN A TENER EN EL SIGUIENTE AÑO O HAN TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO, RELACIÓN PERSONAL, PROFESIONAL, LABORAL, FAMILIAR O DE NEGOCIOS; ASÍ COMO LOS CÓNYUGES DE TODOS ELLOS NO TIENEN LAZOS DE CONSANGUINIDAD NI DE AFINIDAD HASTA EL CUARTO GRADO, CON PERSONA ALGUNA QUE LABORE EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, Y ENTRE CUYAS FUNCIONES SE ENCUENTRA LA DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RELATIVAS A LA ENTREGA DE LOS BIENES QUE SON MATERIA DEL PRESENTE CONTRATO ADMINISTRATIVO.

**II.9.-** ASIMISMO DECLARA QUE ÉL, LAS PERSONAS Y FUNCIONARIOS DE SU REPRESENTADA ANTES MENCIONADOS NO SE ENCUENTRA EN LOS SUPUESTOS QUE ESTABLECEN LOS ARTÍCULOS 49, FRACCIÓN XV, DE LA LEY DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y 39 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, POR LO QUE NO SE ENCUENTRA EN LOS SUPUESTOS DE IMPEDIMENTO LEGALES CORRESPONDIENTES, NI INHABILITADO O SANCIONADO POR LA SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, POR LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL O AUTORIDADES COMPETENTES DE LOS GOBIERNOS DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS O MUNICIPIOS PARA CELEBRAR O AUTORIZAR LA FORMALIZACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO ADMINISTRATIVO.

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

**II.10.-** **"EL PROVEEDOR"** SE COMPROMETE A PRESTAR EL **SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO,** CUMPLIENDO CON LAS OBLIGACIONES Y TÉRMINOS SEÑALADOS EN ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO Y EN SUS ANEXOS, DE LOS CUALES CONOCE PLENAMENTE SU CONTENIDO.

**II.11.-** CONOCE EL CONTENIDO Y LOS REQUISITOS QUE SE ESTABLECEN EN:

**A)** LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, SU REGLAMENTO, ASÍ COMO LAS DEMÁS NORMAS QUE REGULAN LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO; Y

B) EL CONTENIDO DE LOS **ANEXOS: 1 (ANEXO TÉCNICO Y CIFRAS ESTIMADAS PROMEDIO DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL OCTUBRE-DICIEMBRE 2020), 2 (FICHA TÉCNICA), 2A (CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO), 3 (DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SCAL), 4 (DIRECTORIO DE HOSPITALES), 5 (FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO), 5A (CONTEO DE PRUEBAS CON CARGO AL PROVEEDOR), 6 (SOLICITUD DE REACTIVO), 7 (PERSONAL A CAPACITAR), 8 (FORMATO PARA LA CAPACITACIÓN), 9 (CALENDARIO DE VISITA A LABORATORIOS DE LA RED HOSPITALARIA DE LA SECRETARIA DE SALUD), 9A (CONSTANCIA DE VISITA A LABORATORIOS DE LA RED HOSPITALARIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO), 10 (CIFRAS ESTIMADAS POR UNIDAD MÉDICA), 11 (MATERIALES, INSUMOS Y REACTIVOS EXTRA 2020), 12 (MENÚ DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO), 13 (EQUIPAMIENTO BÁSICO OPERATIVO DE APOYO PROPORCIONADO POR EL PROVEEDOR), 14 (DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y COSTOS), 15 (SEGUIMIENTO QUINCENAL DEL CONTRATO) Y 16 (REPORTE MENSUAL DE SERVICIOS Y/O BIENES Y MONTOS FACTURADOS)**, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE INSTRUMENTO Y QUE CONTIENEN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL **SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO** OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO.

**III.- "DECLARAN "LAS PARTES" QUE:**

**III.1.-** A LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO SE HA TENIDO A LA VISTA LA DOCUMENTACIÓN QUE SE SEÑALA EN LAS DECLARACIONES QUE ANTECEDEN.

**III.2.-** SE RECONOCE MUTUAMENTE LA PERSONALIDAD JURÍDICA CON QUE SE OSTENTAN Y CON LA QUE ACUDEN A LA CELEBRACIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO Y CUENTAN CON PLENA CAPACIDAD LEGAL, TÉCNICA Y ECONÓMICA PARA CONTRATAR.

**III.3.-** EL PRESENTE CONTRATO SE REGULA POR LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, SU REGLAMENTO Y DEMÁS DISPOSICIONES APLICABLES Y MANIFIESTAN BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE NO EXISTE DOLO, LESIÓN NI MALA FE, Y QUE LO CELEBRAN DE ACUERDO CON SU LIBRE VOLUNTAD.

LEÍDAS QUE FUERON, LAS ANTERIORES DECLARACIONES POR **"LAS PARTES"**, LAS RATIFICAN Y EXPRESAN SU CONSENTIMIENTO PARA OBLIGARSE EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LAS CLÁUSULAS DEL PRESENTE INSTRUMENTO Y EN LO NO PREVISTO SE ESTARÁN A LO DISPUESTO EN LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, EN SU REGLAMENTO, EN LA NORMATIVIDAD QUE PARA REGULAR ESTE TIPO DE ACTOS Y CONTRATOS EMANE DE AUTORIDAD COMPETENTE, ASÍ COMO EN LOS DOCUMENTOS MENCIONADOS EN LA DECLARACIÓN **(II. 11)** DE ESTE INSTRUMENTO.

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

## C L Á U S U L A S

**PRIMERA. - OBJETO.**

EL PRESENTE CONTRATO TIENE POR OBJETO QUE **"EL PROVEEDOR"** REALICE A **"EL GCDMX", EL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO,** CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTIPULADAS DE LOS **ANEXOS: 1 (ANEXO TÉCNICO Y CIFRAS ESTIMADAS PROMEDIO DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL OCTUBRE-DICIEMBRE 2020), 2 (FICHA TÉCNICA), 2A (CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO), 3 (DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SCAL), 4 (DIRECTORIO DE HOSPITALES), 5 (FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO), 5A (CONTEO DE PRUEBAS CON CARGO AL PROVEEDOR), 6 (SOLICITUD DE REACTIVO), 7 (PERSONAL A CAPACITAR), 8 (FORMATO PARA LA CAPACITACIÓN), 9 (CALENDARIO DE VISITA A LABORATORIOS DE LA RED HOSPITALARIA DE LA SECRETARIA DE SALUD), 9A (CONSTANCIA DE VISITA A LABORATORIOS DE LA RED HOSPITALARIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO), 10 (CIFRAS ESTIMADAS POR UNIDAD MÉDICA), 11 (MATERIALES, INSUMOS Y REACTIVOS EXTRA 2020), 12 (MENÚ DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO), 13 (EQUIPAMIENTO BÁSICO OPERATIVO DE APOYO PROPORCIONADO POR EL PROVEEDOR) Y 14 (DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y COSTOS)**, DEL PRESENTE CONTRATO.

**SEGUNDA. - VIGENCIA.**

LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ DEL:

**1 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2020 O HASTA AGOTAR EL MONTO MÁXIMO A EJERCER.**

**TERCERA. - MONTO**

**"LAS PARTES"** ESTABLECEN QUE **"EL GCDMX"** PAGARÁ A **"EL PROVEEDOR"** POR EL **SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO** OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LO SIGUIENTE: EL MONTO **MÍNIMO** A EJERCER


Calle Altadena 13 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.

DE **$ 1,000.00 (UN MIL PESOS 00/100 M.N.)** Y UN PRESUPUESTO **MÁXIMO** A EJERCER DE **$55,000,000.00 (CINCUENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS 00/100 M.N.) INCLUIDO EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO.**

INDEPENDIENTEMENTE DEL MONTO PACTADO, **"EL PROVEEDOR"** CONVIENE QUE ÚNICAMENTE SE LE PAGARÁN AQUELLOS SERVICIOS QUE SEAN RECIBIDOS, SIEMPRE Y CUANDO NO SE REBASE EL MONTO DEL PRESENTE CONTRATO.

EL PRECIO UNITARIO, DESCRIPCIÓN, UNIDAD DE MEDIDA, SE ESTABLECEN EN EL **ANEXO 14 (DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y COSTOS),** LOS CUALES SON NETOS, MISMOS QUE POR SU PROPIA NATURALEZA SE ENTENDERÁN FIJOS Y POR LO TANTO NO PODRÁN SER AUMENTADOS POR NINGÚN CONCEPTO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE INSTRUMENTO, ES DECIR, EN DICHOS PRECIOS QUEDAN INCLUIDOS TODOS LOS GASTOS QUE **"EL PROVEEDOR",** TUVIERA QUE EROGAR, COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS Y TODOS LOS DEMÁS QUE SE GENEREN; POR LO QUE, NO PODRÁ REPERCUTIRLOS A **"EL GCDMX",** BAJO NINGÚN CONCEPTO, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR EL PRIMER PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 62 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y LA FRACCIÓN XII DEL ARTÍCULO 56 DE SU REGLAMENTO.

**"EL PROVEEDOR",** SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO DE TODOS LOS IMPUESTOS DE ACUERDO CON LA LEGISLACIÓN MEXICANA VIGENTE AL MOMENTO DE LA ENTREGA, INCLUYENDO LOS SEGUROS CORRESPONDIENTES.

EN CASO DE QUE **"EL PROVEEDOR"** REBASE EL MONTO MÁXIMO PACTADO, SERÁ BAJO SU PROPIA RESPONSABILIDAD Y EXIME A **"EL GCDMX"** DE LA OBLIGACIÓN DE PAGAR EL IMPORTE EXCEDIDO.

**CUARTA. - PAGO.**

**"EL GCDMX"** SE OBLIGA A PAGAR A **"EL PROVEEDOR"** LA CANTIDAD DE SERVICIOS REALIZADOS DE CONFORMIDAD CON LOS PRECIOS ESTABLECIDOS EN LOS **ANEXOS: 1 (ANEXO TÉCNICO Y CIFRAS ESTIMADAS PROMEDIO DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL OCTUBRE-DICIEMBRE 2020), 2 (FICHA TÉCNICA), 2A (CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO), 3 (DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SCAL), 4 (DIRECTORIO DE HOSPITALES), 5 (FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO), 5A (CONTEO DE PRUEBAS CON CARGO AL PROVEEDOR), 6 (SOLICITUD DE REACTIVO), 7 (PERSONAL A CAPACITAR), 8 (FORMATO PARA LA CAPACITACIÓN), 9 (CALENDARIO DE VISITA A LABORATORIOS DE LA RED HOSPITALARIA DE LA SECRETARIA DE SALUD), 9A (CONSTANCIA DE VISITA A LABORATORIOS DE LA RED HOSPITALARIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO), 10 (CIFRAS ESTIMADAS POR UNIDAD MÉDICA), 11 (MATERIALES, INSUMOS Y REACTIVOS EXTRA 2020), 12 (MENÚ DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO), 13 (EQUIPAMIENTO BÁSICO OPERATIVO DE APOYO PROPORCIONADO POR EL PROVEEDOR) Y 14 (DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y COSTOS);** DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO. EL PAGO SE EFECTUARÁ MEDIANTE CUENTA POR LIQUIDAR CERTIFICADA A FAVOR DE **"EL PROVEEDOR",** A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA, PARA LO CUAL **"EL PROVEEDOR"** REQUISITARÁ EL FORMATO DE CAPTURA DE CUENTAS BANCARIAS DE BENEFICIARIOS EN LA DIRECCIÓN DE FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO. DICHO REGISTRO DEBERÁ EFECTUARSE DENTRO DE LAS 72 HORAS HÁBILES POSTERIORES A LA FIRMA DEL PRESENTE INSTRUMENTO.

**"LAS PARTES"** CONVIENEN QUE LOS PAGOS QUE SE GENEREN CON MOTIVO DEL PRESENTE CONTRATO, SE EFECTUARÁN MEDIANTE TRANSFERENCIA INTERBANCARIA, EN MONEDA NACIONAL A MÁS TARDAR A LOS 20 (VEINTE) DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA DEL REGISTRO DE LAS CUENTAS POR LIQUIDAR CERTIFICADAS (CLC) EN EL SISTEMA SAP-GRP, CONFORME AL ARTÍCULO 54 DE LA LEY DE AUSTERIDAD, TRANSPARENCIA EN REMUNERACIONES PRESTACIONES Y EJERCICIO DE RECURSOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, PREVIO REGISTRO POR PARTE DE **"EL PROVEEDOR"** ANTE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

PARA QUE EL PAGO PROCEDA **"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A ENTREGAR A **"EL GCDMX"** EN ORIGINAL LAS FACTURAS ACOMPAÑADAS DE LA NOTA DE REMISIÓN EN PAPEL MEMBRETADO CON SELLO O FIRMA DEL PERSONAL RESPONSABLE, EN CASO DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ACTA DE ENTREGA-RECEPCIÓN, EN LA DIRECCIÓN DE FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EN DÍAS HÁBILES EN HORARIO DE 9:00 A 14:00 HORAS, PARA ANÁLISIS DEL CONTENIDO DE SERVICIOS REALIZADOS PARA POSTERIORMENTE ENVIAR LAS FACTURAS CON CUADRO DE ANÁLISIS A LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO PARA INICIAR EL TRÁMITE DE PAGO CORRESPONDIENTE.

LA DIRECCIÓN DE FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO SERÁ EL ÁREA RESPONSABLE DE VERIFICAR, VALIDAR Y AUTORIZAR LA DOCUMENTACIÓN PARA EL TRÁMITE DE PAGO.

**QUINTA. - FACTURACIÓN.**

LAS FACTURAS DEBERÁN PRESENTARSE PARA SU PAGO A MES VENCIDO DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 DÍAS HÁBILES DE CADA MES, CON EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO DESGLOSADO Y A NOMBRE **DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO/SECRETARÍA DE SALUD, R.F.C. GDF9712054NA,** MISMO QUE SE IDENTIFICA EN LOS **ANEXOS: 1 (ANEXO TÉCNICO Y CIFRAS ESTIMADAS PROMEDIO**

**DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL OCTUBRE-DICIEMBRE 2020), 2 (FICHA TÉCNICA), 2A (CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO), 3 (DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SCAL), 4 (DIRECTORIO DE HOSPITALES), 5 (FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO), 5A (CONTEO DE PRUEBAS CON CARGO AL PROVEEDOR), 6 (SOLICITUD DE REACTIVO), 7 (PERSONAL A CAPACITAR), 8 (FORMATO PARA LA CAPACITACIÓN), 9 (CALENDARIO DE VISITA A LABORATORIOS DE LA RED HOSPITALARIA DE LA SECRETARIA DE SALUD), 9A (CONSTANCIA DE VISITA A LABORATORIOS DE LA RED HOSPITALARIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO), 10 (CIFRAS ESTIMADAS POR UNIDAD MÉDICA), 11 (MATERIALES, INSUMOS Y REACTIVOS EXTRA 2020), 12 (MENÚ DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO), 13 (EQUIPAMIENTO BÁSICO OPERATIVO DE APOYO PROPORCIONADO POR EL PROVEEDOR) Y 14 (DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y COSTOS)**; Y SE ENTREGARÁN DE MANERA DESGLOSADA EN LA UNIDAD HOSPITALARIA O ADMINISTRATIVA SEGÚN SEA EL CASO PARA LA REVISIÓN Y VISTO BUENO DEL RESPONSABLE ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, Y EN CASO QUE APLIQUE LA **DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS** REALIZARÁ EL CÁLCULO DE LAS SANCIONES QUE RESULTARAN DE LA OMISIÓN EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, UNA VEZ AVALADAS POR LAS ÁREAS CORRESPONDIENTES, **"EL PROVEEDOR"** PARA EL INICIO DE TRÁMITE DE PAGO DEBERÁ ENTREGAR EN LA VENTANILLA ÚNICA DE LA DIRECCIÓN DE FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO **UNA IMPRESIÓN DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL (CFDI) Y DEBERÁ ENVIAR SUS FACTURAS EN FORMATO PDF Y XML AL CORREO ELECTRÓNICO** ventanilla.sedesadrf@gmail.com.

EN CASO DE PAGO DIRECTO **"EL PROVEEDOR"**, SE OBLIGA A REALIZAR LA ENTREGA DE LAS FACTURAS EN LA DIRECCIÓN DE FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO PARA SU VALIDACIÓN POR PARTE DE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, QUIEN UNA VEZ REALIZADO LO ANTERIOR, REMITIRÁ A CADA UNIDAD ADMINISTRATIVA PARA EL PAGO CORRESPONDIENTE.

**SEXTA. - ANTICIPOS**

**"EL GCDMX"** NO OTORGARÁ NINGÚN ANTICIPO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE INSTRUMENTO.

**SÉPTIMA. - PAGOS EN EXCESO.**

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

LOS INTERESES SE CALCULARÁN POR DÍAS NATURALES DESDE LA FECHA DEL PAGO EN EXCESO HASTA LA FECHA EN LA QUE SE REALICE LA DEVOLUCIÓN A **"EL GCDMX"**, ASIMISMO, **"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A PAGAR LOS INTERESES CORRESPONDIENTES, CONFORME A LA TASA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 64, PÁRRAFOS TERCERO Y CUARTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y EL ARTÍCULO 3 DE LA LEY DE INGRESOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO PARA EL EJERCICIO FISCAL 2020.

**OCTAVA. - REALIZACIÓN DEL SERVICIO.**

**"EL PROVEEDOR"**, SE OBLIGA A REALIZAR EL **SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO,** OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, FÍSICA Y DOCUMENTALMENTE CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LOS **ANEXOS: 1 (ANEXO TÉCNICO Y CIFRAS ESTIMADAS PROMEDIO DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL 2020), 2 (FICHA TÉCNICA), 2A (CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO), 3 (DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SCAL), 4 (DIRECTORIO DE HOSPITALES), 5 (FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO), 5A (CONTEO DE PRUEBAS CON CARGO AL PROVEEDOR), 6 (SOLICITUD DE REACTIVO), 7 (PERSONAL A CAPACITAR), 8 (FORMATO PARA LA CAPACITACIÓN), 9 (CALENDARIO DE VISITA A LABORATORIOS DE LA RED HOSPITALARIA DE LA SECRETARIA DE SALUD), 9A (CONSTANCIA DE VISITA A LABORATORIOS DE LA RED HOSPITALARIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO), 10 (CIFRAS ESTIMADAS POR UNIDAD MÉDICA), 11 (MATERIALES, INSUMOS Y REACTIVOS EXTRA 2020), 12 (MENÚ DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO), 13 EQUIPAMIENTO BÁSICO OPERATIVO DE APOYO PROPORCIONADO POR EL PROVEEDOR) Y 14 (DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y COSTOS)**; SEGÚN SEA EL CASO.

EL PERIODO PARA LA EJECUCIÓN DEL **SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO** OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, SERÁ A PARTIR DEL **01 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2020 O HASTA AGOTAR EL MONTO MÁXIMO A EJERCER**.

**"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A REALIZAR LOS **SERVICIOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO** OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO CONFORME A LOS PERÍODOS, HORARIOS, CONDICIONES Y EN SU CASO NORMAS GENERALES O ESPECÍFICAS, SEÑALADAS EN LOS **ANEXOS**.

**"EL PROVEEDOR"** ACEPTA QUE **"EL GCDMX"** PUEDE CAMBIAR EL LUGAR DE LA EJECUCIÓN DE LOS SERVICIOS, A OTROS DOMICILIOS DENTRO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, SIN CARGO ALGUNO PARA **"EL GCDMX"**, PREVIA NOTIFICACIÓN QUE HAGA A **"EL PROVEEDOR"** LA DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

LOS RECURSOS, MATERIALES E INSUMOS QUE UTILICE **"EL PROVEEDOR"** PARA CUMPLIR CON EL PRESENTE CONTRATO DEBERÁN ESTAR EN BUEN ESTADO Y SER SUFICIENTES AL 100%, SIN QUE DICHA CIRCUNSTANCIA FACULTE A **"EL PROVEEDOR"** PARA RECLAMAR UN PAGO ADICIONAL POR ESTE CONCEPTO.

DURANTE EL **SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO** SERÁN REVISADOS O SUPERVISADOS POR **LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS** A TRAVÉS DEL PERSONAL DE LABORATORIO CLÍNICO DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS, ASÍ CÓMO EL ENLACE ADMINISTRATIVO ADSCRITO A LA **DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS** Y LA **DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS** DE **"EL GCDMX"**, DE ACUERDO A SUS ATRIBUCIONES, **CONFORME A LO ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS, QUIENES SERÁN** RESPONSABLES DE LA VERIFICACIÓN, EL CONTROL, CALIDAD, CUMPLIMIENTO Y AVANCE EN LA REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO.

**"EL PROVEEDOR"** DEBERÁ DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN Y FACILIDADES CORRESPONDIENTES AL PERSONAL DESCRITO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR CON EL PROPÓSITO DE QUE REALICE LA SUPERVISIÓN DE LO CONTRATADO Y SU VALIDACIÓN CORRESPONDIENTE, ASÍ MISMO DEBERÁ ENTREGAR UN INFORME QUINCENAL Y MENSUAL DE LOS SERVICIOS FACTURADOS, ASÍ COMO DE LOS MONTOS DEVENGADOS CONFORME **A LOS ANEXOS 15 (SEGUIMIENTO QUINCENAL DEL CONTRATO) Y 16 (REPORTE MENSUAL DE SERVICIOS Y/O BIENES Y MONTOS FACTURADOS);** EL CUAL SE ENTREGARÁ EN **LA DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO** Y AL CORREO ELECTRÓNICO: **salud.proveedor11@gmail.com.**

EL **SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO** NO SERÁ ACEPTADOS EN CASO DE QUE NO SE CUMPLA CON LO ESTABLECIDO EN ESTE CONTRATO Y SUS ANEXOS, SIN PERJUICIO DE LAS PENAS CONVENCIONALES A QUE SE HAGA ACREEDOR **"EL PROVEEDOR"** POR EL INCUMPLIMIENTO.

**NOVENA. - CALIDAD DE LOS SERVICIOS.**

**"EL GCDMX"**, PODRÁ RESCINDIR EL PRESENTE CONTRATO Y HACER EFECTIVA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CORRESPONDIENTE, CUANDO LOS SERVICIOS PRESTADOS NO CUMPLAN CON LAS CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES SOLICITADAS EN EL PRESENTE CONTRATO Y SUS ANEXOS.

**DÉCIMA. - IMPUESTOS Y DERECHOS**

TODOS LOS IMPUESTOS, DERECHOS Y DEMÁS GRAVÁMENES, QUE SE GENEREN CON MOTIVO DE LA PRESENTE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SERÁN CUBIERTOS POR **"EL PROVEEDOR"** EN CASO DE SER APLICABLE.

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

**DÉCIMA PRIMERA. - PRÓRROGA**

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

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

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

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

**DÉCIMA SEGUNDA. - GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.**

DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 73, FRACCIÓN III Y 75 BIS, FRACCIÓN VI DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, EN RELACIÓN CON EL ARTÍCULO 360 DEL CÓDIGO FISCAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, ASÍ COMO CON LAS REGLAS DE CARÁCTER GENERAL POR LAS QUE SE DETERMINAN LOS TIPOS DE GARANTÍA QUE DEBEN CONSTITUIRSE Y RECIBIR LAS DEPENDENCIAS, ÓRGANOS DESCONCENTRADOS, DELEGACIONES Y ENTIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL, PUBLICADAS EL 31 DE MAYO DE 2011 EN LA ENTONCES GACETA OFICIAL DISTRITO FEDERAL (HOY CIUDAD DE MÉXICO), **"EL PROVEEDOR"** GARANTIZA POR EL IMPORTE DEL **15% DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO, SIN CONSIDERAR EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO**, A FAVOR DE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, MEDIANTE: **PÓLIZA DE FIANZA.** LA CUAL PERMANECERÁ VIGENTE HASTA **12 (DOCE) MESES** POSTERIORES A LA ACEPTACIÓN POR PARTE DE **"EL GCDMX"**, Y HASTA EL TOTAL CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES DE ESTE CONTRATO DE **SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO,** MISMA QUE SE HARÁ EFECTIVA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO.

CONFORME AL ARTÍCULO 360 DEL CÓDIGO FISCAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y 73 Y 75 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, SALVO DISPOSICIÓN EXPRESA **"EL PROVEEDOR"** PODRÁ GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL PRESENTE CONTRATO DE **SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO** CON:

A) FIANZA OTORGADA POR COMPAÑÍA AUTORIZADA EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS.
B) MEDIANTE DEPÓSITO DE DINERO.
C) CHEQUE DE CAJA.
D) CHEQUE CERTIFICADO.
E) BILLETE DE DEPÓSITO.
F) CARTA DE CRÉDITO; O
G) CUALQUIER OTRA FORMA QUE DETERMINE LA SECRETARÍA DE FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, ACTUALMENTE SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

CUALQUIERA DE LOS MEDIOS QUE SE UTILICEN COMO GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO DE **SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO,** SERÁ A FAVOR DE LA "SECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO".

EN CASO DE OPTAR POR LA FIANZA, ÉSTA DEBERÁ SER EXPEDIDA POR UNA INSTITUCIÓN AFIANZADORA, AUTORIZADA POR LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO Y SERÁ VALIDADA EN EL PORTAR CORRESPONDIENTE, DE RESULTAR ALGUNA INCONSISTENCIA EN DICHA PÓLIZA DEBERÁ PRESENTAR ADEMÁS ORIGINAL Y COPIA SIMPLE DEL COMPROBANTE DE PAGO DE LA MISMA CON SELLO ORIGINAL DE PAGADO O SELLO DE CAJA DE LA AFIANZADORA, ANTE LA JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE CONTRATOS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

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

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

EN CASO DE INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO POR PARTE DE **"EL PROVEEDOR"**, ESTA PÓLIZA DE FIANZA PERMANECERÁ VIGENTE HASTA LA CONCLUSIÓN DE LA GARANTÍA DE LOS SERVICIOS Y NO PODRÁ SER CANCELADA SINO HASTA QUE HAYAN QUEDADO CUBIERTOS LOS VICIOS OCULTOS.

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

A) PARA SER CANCELADA LA PÓLIZA DE FIANZA SERÁ REQUISITO INDISPENSABLE LA CONFORMIDAD POR ESCRITO DE **"EL GCDMX".**

B) LA INSTITUCIÓN AFIANZADORA SE SOMETE EXPRESAMENTE AL PROCEDIMIENTO DE EJECUCIÓN ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 279 Y 282 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS VIGENTE. LA PÓLIZA DE FIANZA SE CANCELARÁ CUANDO **"EL PROVEEDOR"** HAYA CUMPLIDO CON TODAS LAS OBLIGACIONES QUE SE DERIVEN DEL CONTRATO.

LA PÓLIZA DE FIANZA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO ÚNICAMENTE PODRÁ SER CANCELADA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 120 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE AUSTERIDAD, TRANSPARENCIA EN REMUNERACIONES, PRESTACIONES Y EJERCICIO DE RECURSOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, PERMANECIENDO VIGENTE DURANTE LA SUBSTANCIACIÓN DE TODOS LOS RECURSOS LEGALES O JUICIOS QUE SE INTERPONGAN HASTA QUE SE DICTE RESOLUCIÓN DEFINITIVA DE AUTORIDAD COMPETENTE.

LA PÓLIZA DE FIANZA PODRÁ DEVOLVERSE, A SOLICITUD POR ESCRITO DE **"EL PROVEEDOR" DIRIGIDO** A LA **DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CDMX,** PREVIA VALIDACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES JURÍDICAS CONTRACTUALES.


Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.

**DÉCIMA TERCERA. - APLICACIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.**

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

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

**DÉCIMA CUARTA. - RESPONSABILIDAD.**

**"EL PROVEEDOR"** SERÁ RESPONSABLE DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS QUE SE CAUSEN A **"EL GCDMX"** POR DEFECTOS O VICIOS OCULTOS Y DEFICIENCIA EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS; ASÍ COMO CUALQUIER OTRA RESPONSABILIDAD EN QUE INCURRA EN LOS TÉRMINOS DEL PRESENTE CONTRATO.

CUANDO EXISTA UN DEFECTO O DEFICIENCIA DE CALIDAD, **EL PERSONAL DE LA UNIDAD HOSPITALARIA, MÉDICA O ADMINISTRATIVA** SEGÚN SEA EL CASO, DEBERÁ REPORTAR MEDIANTE OFICIO A **LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS**, CON COPIA A LA **DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, MÉDICOS Y URGENCIAS** UNA VEZ VERIFICADO EL REPORTE, **LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS NOTIFICARÁN** A LA **DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS** QUIEN A SU VEZ NOTIFICARÁ A **"EL PROVEEDOR"** PARA REALIZAR EL SERVICIO CONFORME A LOS **ANEXOS**, EL ANÁLISIS CORRESPONDIENTE Y/O LO QUE PROCEDA CONFORME A LAS DISPOSICIONES SANITARIAS APLICABLES.

**"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A RESPONDER POR LOS DEFECTOS, VICIOS OCULTOS Y MALA CALIDAD POR EL **SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO,** ASÍ COMO POR CUALQUIER OTRA RESPONSABILIDAD EN QUE INCURRA EN LOS TÉRMINOS DEL PRESENTE CONTRATO DURANTE Y POSTERIORMENTE A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

ASIMISMO, PARA EL **SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO**, MATERIA DEL PRESENTE INSTRUMENTO, **"EL PROVEEDOR"** DEBE CUMPLIR CON LAS SIGUIENTES OBLIGACIONES:

A) LOS MATERIALES, SOLUCIONES, EQUIPOS E INSUMOS QUE UTILICE **"EL PROVEEDOR"** PARA CUMPLIR CON EL PRESENTE CONTRATO DEBERÁN SER NUEVOS Y DE MARCA RECONOCIDA EN EL MERCADO, SIN QUE DICHA CIRCUNSTANCIA FACULTE A **"EL PROVEEDOR"** PARA RECLAMAR UN PAGO ADICIONAL POR ESE CONCEPTO, ASÍ COMO TAMPOCO POR EL USO DE EQUIPOS ESPECIALES O POR LA EJECUCIÓN DE TRABAJOS EXTRAORDINARIOS, EN RAZÓN DE QUE SU PRECIO SE ENCUENTRA INCLUIDO EN LA CANTIDAD QUE **"EL GCDMX"** SE OBLIGA A PAGAR COMO CONTRAPRESTACIÓN POR LOS SERVICIOS OBJETO DE ESTE INSTRUMENTO.

B) SI **"EL GCDMX"** LLEGARE A DETERMINAR ALGUNA IRREGULARIDAD POR PARTE DE **"EL PROVEEDOR"** EN CUANTO A LA CALIDAD, AVANCE Y CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN ESTE INSTRUMENTO, DICHA IRREGULARIDAD SE LE NOTIFICARÁ POR ESCRITO A FIN DE QUE PROCEDA A REPARARLAS Y/O CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO EN ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

EL EJERCICIO DE ESTE DERECHO NO LIBERA A **"EL PROVEEDOR"** DE LA RESPONSABILIDAD DE SUPERVISAR ÉL MISMO EL **SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO,** EN CONSECUENCIA, LA OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR LOS SERVICIOS DE MALA CALIDAD O INADECUADOS, MAL ENTREGADOS O EL EMPLEO DE PRODUCTOS DE MALA CALIDAD O INADECUADOS, SUBSISTE EN TODO MOMENTO PARA **"EL PROVEEDOR".**

**"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A GARANTIZAR QUE EL PERSONAL EMPLEADO PARA REALIZAR EL SERVICIO OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CUENTE CON EL EQUIPO Y LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD E HIGIENE VIGENTES EMITIDAS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES Y CUMPLIR CON LAS CANTIDADES Y ESPECIFICACIONES CONTENIDAS EN LOS **ANEXOS**, POR LO QUE EN CASO DE ALGÚN EVENTO FORTUITO O ACCIDENTE, QUEDARÁ BAJO LA RESPONSABILIDAD DE **"EL PROVEEDOR"**, EL CUAL TENDRÁ QUE RESARCIR LOS DAÑOS OCASIONADOS DE ÍNDOLE PERSONAL Y/O A LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES, DESLINDANDO DE TODA RESPONSABILIDAD A **"EL GCDMX"**.

ENTRE EL PERSONAL CONTRATADO POR **"EL PROVEEDOR"** Y **"EL GCDMX"**, NO HAY, NI HABRÁ NINGUNA RELACIÓN LABORAL, POR LO TANTO, **"EL PROVEEDOR"** ES RESPONSABLE DE CUALQUIER RECLAMACIÓN DE CARÁCTER LABORAL Y SOCIAL O CUALQUIERA OTRA ÍNDOLE QUE LLEGUE A INVOCARSE CON MOTIVO DE LA RELACIÓN LABORAL EXISTENTE ENTRE **"EL PROVEEDOR"** Y SUS TRABAJADORES.

EN EL SUPUESTO DE QUE NO OBSTANTE LO SEÑALADO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, **"EL GCDMX"** SE VEA OBLIGADO A CUBRIR ALGUNA CANTIDAD CON MOTIVO DE CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE PUDIERA TENER EN SU CONTRA A CAUSA DE ALGUNA DECISIÓN DE AUTORIDAD COMPETENTE, **"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A RESTITUIR DE INMEDIATO A **"EL GCDMX"** LA CANTIDAD EROGADA O BIEN LO AUTORIZA DESDE ESTE MOMENTO A DESCONTAR EL MONTO DE LA MISMA DEL PAGO DE LA CANTIDAD QUE

EN CONCEPTO DE LA CONTRAPRESTACIÓN POR LOS SERVICIOS PRESTADOS SE OBLIGA A CUBRIR EN TÉRMINOS DE LA **CLÁUSULA TERCERA** DEL PRESENTE CONTRATO.

**DÉCIMA QUINTA. - PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL.**

**"EL PROVEEDOR"** DEBERÁ CONTAR CON UNA **PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CON COBERTURA AMPLIA POR EL 50% DEL VALOR TOTAL DEL PRESENTE CONTRATO ANTES DE IMPUESTOS**, PARA GARANTIZAR LA EFICIENCIA Y FUNCIONALIDAD DE LOS SERVICIOS, PARA CUBRIR LO POSIBLES DAÑOS QUE POR UN INCORRECTO SUMINISTRO DE LOS SERVICIOS O ACCIDENTES QUE SE PUDIERAN SUSCITAR AL MOMENTO DE LA ENTREGA A LOS BIENES O INSTALACIONES DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, Y DEBERÁ TENER ESTRICTO CUIDADO DE NO DAÑAR LA INFRAESTRUCTURA, EQUIPOS, MOBILIARIO, INSTALACIONES, PACIENTES O PERSONAL DE **"EL GCDMX"**, LOS ACCIDENTES PROVOCADOS A LAS INSTALACIONES REFERIDAS POR INCONSISTENCIAS EN LAS ACCIONES DE LOS SERVICIOS, SERÁN RESPONSABILIDAD DE **"EL PROVEEDOR"**, DE CAUSAR DAÑOS A LA INFRAESTRUCTURA, PACIENTES O PERSONAL SE PRECEDERÁ DE ACUERDO AL CÓDIGO PENAL Y SE HARÁ EFECTIVA LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL.

**DÉCIMA SEXTA. - PENAS CONVENCIONALES.**

**"LAS PARTES"** CONVIENEN QUE **"EL GCDMX"** APLICARÁ LA PENA CONVENCIONAL POR DÍA NATURAL POR LA NO PRESTACIÓN O PRESTACIÓN CON RETRASO DE LOS SERVICIOS O POR DEFICIENCIA O MALA CALIDAD DE LOS SERVICIOS, POR CAUSAS IMPUTABLES A **"EL PROVEEDOR"**, SERÁ DEL **1% (UNO POR CIENTO)**, SOBRE EL MONTO DE LOS SERVICIOS NO ENTREGADOS, O ENTREGADOS CON RETRASO, SIN CONSIDERAR DESCUENTOS NI EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.)., DURANTE EL TIEMPO QUE SEA NECESARIO SIN REBASAR EL MONTO TOTAL DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, COMO LO ESTIPULA EL NUMERAL 5.13 DE LA CIRCULAR UNO 2019, VIGENTE.

AMBAS PARTES ESTÁN DE ACUERDO EN QUE LA **DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS** SERÁ LA RESPONSABLE DEL CÁLCULO DE LAS PENAS CONVENCIONALES, PREVIA NOTIFICACIÓN DE INCUMPLIMIENTO QUE REALICE **LAS UNIDADES MÉDICAS, HOSPITALARIAS O ADMINISTRATIVAS** ASIMISMO, PROCEDERÁ INMEDIATAMENTE A NOTIFICAR POR ESCRITO A **"EL PROVEEDOR"** LA APLICACIÓN DE LA PENA O LAS PENAS CONVENCIONALES, EL MONTO DE LAS PENAS CONVENCIONALES NO DEBERÁN REBASAR EL IMPORTE DEL **15%** (QUINCE POR CIENTO) DEL MONTO MÁXIMO ANTES DE I.V.A. DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS UNA VEZ REBASADO DICHO IMPORTE SE PROCEDERÁ A LA RECISIÓN DEL CONTRATO EN TERMINO DEL ARTÍCULO 42 Y 69 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y LO DISPUESTO EN EL PUNTO 5.13 DE LA CIRCULAR UNO.

EL IMPORTE DE LAS PENAS CONVENCIONALES SE DEDUCIRÁ DEL PAGO DE LOS SERVICIOS, ANTES DE SU COBRO EFECTIVO. INDEPENDIENTEMENTE DE LA APLICACIÓN DE LAS SANCIONES QUE HAYAN SIDO ACORDADAS, **"EL GCDMX"** EXIGIRÁ, EN LOS CASOS EN QUE ASÍ PROCEDA, LA REPARACIÓN DE DAÑOS Y PERJUICIOS OCASIONADOS, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 58 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

LAS PENAS CONVENCIONALES SE APLICARÁN SOBRE EL VALOR TOTAL NETO DE LOS SERVICIOS DEJADOS DE PRESTAR, SIN CONSIDERAR LOS IMPUESTOS QUE LE APLIQUEN Y DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES PACTADAS, CUANDO:

I. EXISTA INCUMPLIMIENTO EN EL PLAZO DE ENTREGA DE LOS SERVICIOS PRESTADOS Y/O LA ENTREGA DE INSUMOS Y EQUIPOS COMPLEMENTARIOS CONFORME A LO ESTIPULADO EN LOS ANEXOS DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, DURANTE EL TIEMPO QUE TRANSCURRA;

II. LOS SERVICIOS PRESTADOS NO CUMPLAN CON LAS CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PACTADAS.

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

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

**"EL GCDMX"** POR NINGÚN MOTIVO AUTORIZA CONDONACIÓN DE SANCIONES POR RETRASO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, CUANDO LAS CAUSAS SEAN IMPUTABLES A **"EL PROVEEDOR"**.

**DÉCIMA SÉPTIMA. - CESIÓN A TERCEROS.**

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

**DÉCIMA OCTAVA. - MODIFICACIONES AL CONTRATO.**

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

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

CUANDO SE EFECTÚEN MODIFICACIONES AL CONTRATO POR INCREMENTO EN LAS CANTIDADES DE LOS SERVICIOS REALIZADOS, **"EL PROVEEDOR"**, DEBERÁ PRESENTAR EN EL MOMENTO DE LA FORMALIZACIÓN DEL CONVENIO MODIFICATORIO LA ACTUALIZACIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, QUE INCLUYA LAS NUEVAS OBLIGACIONES.

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

**DÉCIMA NOVENA. - RESCISIÓN.**

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

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

A) CUANDO **"EL PROVEEDOR"** NO CUMPLA CON EL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO;
B) INCURRA EN CUALQUIERA DE LOS SUPUESTOS CONTENIDOS EN EL ARTÍCULO 39 Y 39 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL O EN EL ARTÍCULO 49 FRACCIÓN XV DE LA LEY DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO;
C) SEA DECLARADO EN CONCURSO MERCANTIL;
D) SUBCONTRATE, CEDA O TRASPASE EN FORMA TOTAL O PARCIAL LOS DERECHOS DERIVADOS DEL PRESENTE CONTRATO, CON EXCEPCIÓN DEL DERECHO DE COBRO, MISMO QUE TENDRÁ QUE SER AUTORIZADO PREVIAMENTE POR LA DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS;
E) SÍ LA APLICACIÓN DE LAS PENAS CONVENCIONALES, LLEGA A REPRESENTAR EL **15% (QUINCE POR CIENTO)** DEL MONTO A EJERCER DEL PRESENTE CONTRATO;
F) SÍ SE LE ATRIBUYE LA INVASIÓN DE ALGÚN REGISTRO DE PROPIEDAD INDUSTRIAL Y/O PATENTE CON MOTIVO DEL PRESENTE CONTRATO;
G) POR DIVULGAR INFORMACIÓN DE LOS EXPEDIENTES A LOS CUALES TENGAN ACCESO PARA CUMPLIR CON LOS OBJETIVOS DEL PRESENTE CONTRATO;
H) Y EN GENERAL CUALQUIER OTRA CAUSA IMPUTABLE A **"EL PROVEEDOR"** QUE LESIONE LOS INTERESES DE **"ELGCDMX"**.

ASIMISMO, **"EL GCDMX"**, PODRÁ RESCINDIR EL PRESENTE CONTRATO, CUANDO LAS AUTORIDADES FISCALES DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO DETECTEN QUE **"EL PROVEEDOR"**, NO HA CUMPLIDO CON SUS OBLIGACIONES FISCALES, TALES COMO EL PAGO OPORTUNO DE LOS IMPUESTOS Y DERECHOS LOCALES.

**"EL GCDMX"** PODRÁ OPTAR ENTRE EXIGIR EL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO O BIEN DECLARAR LA RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL MISMO; Y SI SE DA ESTE ÚLTIMO SUPUESTO, LA RESCISIÓN SE INICIARÁ DENTRO DE LOS 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A AQUÉL EN QUE SE HUBIERE AGOTADO EL PLAZO PARA HACER EFECTIVAS LAS PENAS CONVENCIONALES,

EN EL IMPORTE FACTURADO CUANDO SE APLIQUE Y EN SU CASO SE EXIGIRÁ LA REPARACIÓN DE DAÑOS Y PERJUICIOS OCASIONADOS, INDEPENDIENTEMENTE DE LA APLICACIÓN DE LAS SANCIONES QUE HAYAN SIDO PACTADAS.
**"EL PROVEEDOR"** SERÁ RESPONSABLE DE LOS VICIOS OCULTOS, ASÍ COMO DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS QUE POR SU INCUMPLIMIENTO SEAN CAUSADOS A **"EL GCDMX"**.

**VIGÉSIMA. – SUSPENSIÓN TEMPORAL.**

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

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

**VIGÉSIMA PRIMERA. - TERMINACIÓN ANTICIPADA.**

**"LAS PARTES"** CONVIENEN QUE **"EL GCDMX"** PODRÁ DAR POR TERMINADO ANTICIPADAMENTE EL PRESENTE CONTRATO, SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA CUANDO CONCURRAN RAZONES DE INTERÉS GENERAL, CASO FORTUITO O DE FUERZA MAYOR. SI ÉSTE FUERA EL CASO, COMUNICARÁ A **"EL PROVEEDOR"** LAS RAZONES QUE DIERON ORIGEN A DICHA TERMINACIÓN, PARA LO CUAL BASTARÁ UNA NOTIFICACIÓN POR ESCRITO CON 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES DE ANTICIPACIÓN, SIN APLICACIÓN DE PENA O SANCIÓN ALGUNA.

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

**VIGÉSIMA SEGUNDA. – RESPONSABILIDAD LABORAL.**

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

**VIGÉSIMA TERCERA. - CONFIDENCIALIDAD.**

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

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

**VIGÉSIMA CUARTA. - PROPIEDAD INTELECTUAL.**

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

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

**VIGÉSIMA QUINTA. - COMPROMISO CON EL RESPETO A LOS DERECHOS HUMANOS.**

**"LAS PARTES"** SE OBLIGAN A CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PRINCIPIOS VIGENTES A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS. EN ESTE SENTIDO **"LAS PARTES"**, ASUMEN EL ESFUERZO DE CONTRIBUIR A LA PROTECCIÓN Y EFECTIVIDAD DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES Y DERECHOS HUMANOS EN GENERAL; LA INTEGRIDAD PERSONAL, LA DIGNIDAD HUMANA, LA LEGALIDAD, LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS Y DE LAS NIÑAS, DE LAS Y LOS JÓVENES, PERSONAS ADULTAS MAYORES, CON DISCAPACIDAD, LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, ASÍ COMO A PRESERVAR LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES, CULTURALES Y AMBIENTALES.

**VIGÉSIMA SEXTA. - PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.**

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

**VIGÉSIMA SÉPTIMA. - INTEGRIDAD DEL CONTRATO.**

**"LAS PARTES"** RECONOCEN COMO PARTE INTEGRANTE DE ESTE CONTRATO LOS **ANEXOS: 1 (ANEXO TÉCNICO Y CIFRAS ESTIMADAS PROMEDIO DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL OCTUBRE-DICIEMBRE 2020), 2 (FICHA TÉCNICA), 2A (CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO), 3 (DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SCAL), 4 (DIRECTORIO DE HOSPITALES), 5 (FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO), 5A (CONTEO DE PRUEBAS CON CARGO AL PROVEEDOR), 6 (SOLICITUD DE REACTIVO), 7 (PERSONAL A CAPACITAR), 8 (FORMATO PARA LA CAPACITACIÓN), 9 (CALENDARIO DE VISITA A LABORATORIOS DE LA RED HOSPITALARIA DE LA SECRETARIA DE SALUD), 9A (CONSTANCIA DE VISITA A LABORATORIOS DE LA RED HOSPITALARIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO), 10 (CIFRAS ESTIMADAS POR UNIDAD MÉDICA), 11 (MATERIALES, INSUMOS Y REACTIVOS EXTRA 2020), 12 (MENÚ DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO), 13 (EQUIPAMIENTO BÁSICO OPERATIVO DE APOYO PROPORCIONADO POR EL PROVEEDOR), 14 (DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y COSTOS), 15 (SEGUIMIENTO QUINCENAL DEL CONTRATO) Y 16 (REPORTE MENSUAL DE SERVICIOS Y/O BIENES Y MONTOS FACTURADOS).**

**VIGÉSIMA OCTAVA. - LEGISLACIÓN.**

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

**VIGÉSIMA NOVENA. - JURISDICCIÓN.**

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

**DMMO/CDAR/ACB/ENMM**

**TRIGÉSIMA. - CLÁUSULAS NO NEGOCIABLES**

NINGUNA DE LAS CLÁUSULAS CONTENIDAS EN EL PRESENTE CONTRATO PODRÁN SER NEGOCIADAS.

LEÍDO Y ANALIZADO EL CONTENIDO Y ALCANCE LEGAL DEL PRESENTE CONTRATO POR **"LAS PARTES"**, LO SUSCRIBEN EN 4 (CUATRO) TANTOS FIRMANDO AL MARGEN Y AL CALCE, EN LA CIUDAD DE MÉXICO, EL DÍA **30 DE SEPTIEMBRE DE DOS MIL VEINTE**, LOS QUE EN ÉL INTERVIENEN COMO CONSTANCIA DE SU ACEPTACIÓN.

**POR "EL GCDMX"**

**LIC. JESÚS ANTONIO GARRIDO ORTIGOSA**
**DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD**

**LIC. DAVID MELCHOR MIRANDA ORTEGA**
**DIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS EN LA SECRETARÍA DE SALUD**

**DR. RICARDO ARTURO BARREIRO PERERA**
**DIRECTOR GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS**

**QFB. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY**
**DIRECTOR DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS**

**POR "EL PROVEEDOR"**

**EL C. ALEJANDRO GARCÍA ANGULO**

ESTA HOJA FORMA PARTE DEL CONTRATO ABIERTO AL RUBRO CITADO, PARA LA PRESTACION DEL **SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO,** QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MEXICO, A TRAVES DE LA **SECRETARÍA DE SALUD** Y POR LA OTRA **LA EMPRESA DICIPA S.A DE C.V.**

OK

**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-279-2020**

# ANEXOS 1
# ANEXO TÉCNICO Y CIFRAS ESTIMADAS PROMEDIO DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL OCTUBRE-DICIEMBRE 2020

**ANEXO TÉCNICO**

SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO
(PERÍODO DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2020)

| | |
|---|---|
| UNIDAD DE GOBIERNO: **SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO** | |
| ÁREA SOLICITANTE: **DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS** | PARTIDA PRESUPUESTAL: **3993** |

1. **ÁREA REQUIRENTE.**

DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS

2. **DESCRIPCIÓN COMPLETA DE LOS BIENES O DEL SERVICIO A CONTRATAR.**

EL PRESENTE ANEXO TÉCNICO INCLUYE LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO.

**I. INTRODUCCIÓN.**

LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, CUENTA CON UNA RED DE 32 UNIDADES HOSPITALARIAS PARA DAR ATENCIÓN A LA POBLACIÓN ABIERTA DE LA CIUDAD Y A LA POBLACIÓN ADSCRITA AL SEGURO POPULAR.

DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS ANTES MENCIONADAS, TODAS CUENTAN CON SERVICIO DE URGENCIAS, QUIRÓFANO Y HOSPITALIZACIÓN, LOS LABORATORIOS CLÍNICOS INSTALADOS EN LOS HOSPITALES GENERALES, TIENE UN PAPEL DE VITAL IMPORTANCIA EN EL SALVAMENTO DE VIDAS HUMANAS, AL TENER LOS ESTUDIOS CLÍNICOS OPORTUNOS Y SEGUROS EN DISPONIBILIDAD PARA EL PACIENTE QUE ASÍ LO REQUIERA.
LA INTERRUPCIÓN DEL SERVICIO ES DE CONSECUENCIAS MUY SERIAS YA QUE SON AFECTADOS LOS PACIENTES QUE SUFREN TRAUMATISMOS POR ACCIDENTES LOS CUALES SON ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN, LAS CIRUGÍAS EN LOS QUIRÓFANOS SERIAN CANCELADAS AL NO CONTAR CON LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO CORRESPONDIENTES.

**II. ANTECEDENTES**

EL SERVICIO INTEGRAL DE LABORATORIO CLÍNICO FUE SUMINISTRADO DESDE EL AÑO 2008 AL REALIZAR EL CAMBIO DE PAQUETE INTEGRAL POR SERVICIO INTEGRAL, ESTO PERMITIÓ DAR UN GIRO DE 360 GRADOS EN EQUIPAMIENTO Y SERVICIO, ADEMÁS DE PERMITIR CONTAR CON LA CERTIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS; RECIENTEMENTE SE INCLUYERON AL PRESENTE SERVICIO INTEGRAL DE LABORATORIO CLÍNICO, EL EQUIPAMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO DE LA RED HOSPITALARIA.

**III. OBJETIVO GENERAL**

EL DE SUMINISTRAR LOS EQUIPOS, REACTIVOS Y SERVICIOS NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO EN BENEFICIO DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA HOSPITALIZADA Y AMBULATORIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

**IV. ALCANCE.**

LAS UNIDADES MÉDICAS, CONSIDERADAS PARA ÉSTE PROYECTO SON LOS SIGUIENTES:

DE ACUERDO A LA LISTA DE UNIDADES HOSPITALARIAS Y CLÍNICAS DESCRITAS EN EL **ANEXO 4**



Calle Almadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez. C.P. 03810. Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312



CIUDAD INNOVADORA Y DE DERECHOS

**V. JUSTIFICACIÓN.**

LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL ASEGURA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE LABORATORIO SEGUROS LA RED HOSPITALARIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, PARA LA CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTOS, CIRUGÍAS Y SOBRE TODO EL DE SALVAR VIDAS.

LA INTERRUPCIÓN DEL SERVICIO SERIA DE CONSECUENCIAS MUY SERIAS PARA LA POBLACIÓN HOSPITALIZADA Y AMBULATORIA LOS CUALES HACEN USO DEL SERVICIO MÉDICO EN LOS HOSPITALES QUE CONFORMAN A LA SECRETARIA DE SALUD.

NO SE REALIZARÍA NINGUNA CIRUGÍA PROGRAMADA Y NO PROGRAMADA EN LOS HOSPITALES DE LA RED.

SE DEJARÍA DE ATENDER A LOS PACIENTES CON TRAUMATISMOS GRAVES.

POR LO ANTERIOR ES DE VITAL IMPORTANCIA EL ASEGURAR LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO EN BENEFICIO DE LA POBLACIÓN USUARIA DEL MISMO.

**VI. PRODUCTIVIDAD.**

DESCRITA EN EL **ANEXO 1.**

**VI. DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DEL SERVICIO.**

LA DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DEL SERVICIO INTEGRAL, SE DEBERÁ AJUSTAR A LAS CARACTERÍSTICAS QUE SE DETALLAN EN EL **ANEXO 2 Y 2 A. "FICHA TÉCNICA"**, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE ANEXO TÉCNICO.

**4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS CLARAS PRECISAS Y EN SU CASO NORMAS REQUERIDAS.**

DESCRITAS EN LAS FICHAS TÉCNICAS **(ANEXO 2).**

**5. ASISTENCIA TÉCNICA**

DESCRITAS EN EL **ANEXO 2 A.**

**6. REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE CALIDAD.**

DESCRITAS EN EL **ANEXO 2.**

**7. LUGAR, PLAZOS Y CONDICIONES DE LA PRESTACION DEL SERVICIO.**

LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SE REALIZARÁ A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO Y DE ACUERDO A LO DESCRITO EN EL ANEXO 2 A.

EL PAGO DE LOS SERVICIOS SE REALIZARÁ DE ACUERDO A LAS PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE LABORATORIO CLINICO.

**8. VISITAS.**

EL PROVEEDOR DEBERÁ DE REALIZAR VISITA DE RECONOCIMIENTO DE LAS INSTALACIONES EN **A TODAS LAS UNIDADES HOSPITALARIAS** SEÑALADAS EN EL **ANEXO 4.**



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

9.- PRESENTACION DE LA PROPUESTA TÉCNICA

LA PROPUESTA TÉCNICA DEBERÁ SER PRESENTADA POR LOS PROVEEDORES, CONTENIENDO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN:

A. INFORMACION DEL PROVEEDOR:
   1. ENTREGAR **CURRICULUM VITAE** DEL PROVEEDOR CON LA PLANTILLA DE SU PERSONAL E INFRAESTRUCTURA.
   2. INCLUIR COPIA FOTOSTÁTICA LEGIBLE DE AL MENOS **UN CONTRATO (SIN ANEXOS)** O DOCUMENTO COMPROBATORIO (FACTURA O PÉDIDO) CELEBRADO CON SUS PRINCIPALES CLIENTES POR CONCEPTO DE SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO DURANTE LOS 12 MESES PREVIOS A LA FECHA DE ESTE PROCESO DE CONTRATACIÓN. NO SE ACEPTARÁN CONTRATOS EN LOS QUE LOS SERVICIOS SEAN PRESTADOS POR TERCEROS

   DICHO(S) CONTRATO(S) DEBERÁ(N) ESTAR DIRECTAMENTE RELACIONADO(S) CON EL OBJETO DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO.

B. **PROPUESTA TÉCNICA IMPRESA.**
   PRESENTAR SU PROPUESTA EN LA QUE INDIQUE LA DESCRIPCIÓN COMPLETA DE EQUIPOS E INSUMOS DE CONFORMIDAD CON LOS **ANEXOS 1, 2, 2A, 3,** ACOMPAÑADAS DE SU CATÁLOGO ORIGINAL QUE ESTÉN EN IDIOMA ESPAÑOL, IDENTIFICANDO Y RESALTANDO LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS. (LOS DOCUMENTOS REFERENCIADOS PODRAN PRESENTARSE **PREFERENTEMENTE DE MANERA DIGITAL EN CD O USB**) POR LO QUE SE **DEBERA PRESENTAR UNA RELACIÓN IMPRESA EN LA QUE SE SEÑALE EN QUE DOCUMENTO ELECTRÓNICO Y PAGINA SE REFERENCIA SE LOCALIZA POR CADA SUBPARTIDA.**

C. **RESPECTO A LAS PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO (ANEXO 2) SE DEBERA PRESENTAR UNA RELACION EN LA QUE SE INDIQUE LO SIGUIENTE:**
   1. REACTIVOS. - INDICANDO **NOMBRE Y MARCA, ASÍ COMO FECHA DE REGISTRO SANITARIO**
   2. EQUIPOS PROPUESTOS. - INDICANDO **MARCA, MODELO, PAÍS DE PROCEDENCIA, ASI COMOFECHA DE REGISTRO SANITARIO.**

D. **PRESENTAR** COMO PARTE DE LA OFERTA TECNICA, UN **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN** EN LAS UNIDADES MÉDICAS.

E. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO, EN LA QUE ACEPTE QUE SÓLO MEDIANTE ESCRITO EMITIDO POR LA SECRETARÍA, **RETIRARÁ LOS EQUIPOS INSTALADOS** EN LAS UNIDADES MÉDICAS Y QUE PROPORCIONARÁ SOPORTE TÉCNICO E INSUMOS PARA PROCESAR LAS PRUEBAS DE LABORATORIO, CON SUMINISTRO DE EQUIPO HASTA TERMINADA LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

F. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO, A ENTREGAR EQUIPOS NUEVOS O **FUNCIONALMENTE NUEVOS (MAXIMO 5 AÑOS DE INGRESADOS AL PAIS),** COMPROBABLES CON EL PEDIMENTO ADUANAL (EL CUAL SE PRESENTARA A LA ENTREGA DE LOS EQUIPOS).

G. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO, A **SUMINISTRAR TODOS LOS INSUMOS NECESARIOS** PARA OBTENER EL RENDIMIENTO OFRECIDO EN SU PROPUESTA TÉCNICA".

H. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A **IMPARTIR DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATOAL MENOS UN CURSO ANUAL DE CAPACITACION TEÓRICO-PRÁCTICO** A TODO EL PERSONAL OPERATIVO Y JEFES DE SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO DE "LA SECRETARÍA" EN IDIOMA ESPAÑOL.

I. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A **CAPACITAR AL 100% DEL PERSONAL** DE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO DE UNIDADES HOSPITALARIAS EN EL **MANEJO Y FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS.**

J. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO **A INICIAR CON EL PROCESO DE CAPACITACIÓN; ENTREGA, INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS EN SU TOTALIDAD PARA PROCESAR PRUEBAS EFECTIVAS DE LABORATORIO CLINICO** PARA UNIDADES HOSPITALARIAS DURANTE LOS 3 DÍAS NATURALES A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO QUE DERIVE DE LA PRESENTE ADJUDICACIÓN.

K. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A **ENTREGAR** A LAS UNIDADES MÉDICAS, LOS **MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES** (IMPRESO O ELECTRONICO) EN IDIOMA DE ORIGEN Y CON TRADUCCIÓN TÉCNICA AL ESPAÑOL DE CADA EQUIPO, BITÁCORA DE SERVICIO, ASÍ COMO LA GUÍA RÁPIDA EN IDIOMA ESPAÑOL.

L. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO **A OTORGAR EL APOYO CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO** A FIN DE QUE ESTÉ PRESENTE EN EL ARRANQUE DE LOS EQUIPOS.

M. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A **ENTREGARA LA DIRECCION DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS, EN UN PLAZO NO MAYOR A 30 DIAS DE LA FECHA DE ADJUDICACIÓN, PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARA LOS EQUIPOS,** EN LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN EL **ANEXO 2A.**

N. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A **SUSTITUIR EL EQUIPO** ORIGINALMENTE PROPUESTO CON OTRO DE LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS **DENTRO DE LAS 24 HORAS,** QUE AMERITEN MANTENIMIENTO CORRECTIVO EN UN PERIODO DE TREINTA DÍAS NATURALES O FUERA DE SERVICIO POR TRES DÍAS HÁBILES, IMPUTABLES AL EQUIPO.

O. **RELACIÓN DEL PERSONAL. EL PROVEEDOR DEBERA ENTREGAR CON SU PROPUESTA TECNICA:**

1. **LISTA DE PERSONAL QUE PROPORCIONARÁ ASISTENCIA TÉCNICA** DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

2. PARA CADA MARCA DE EQUIPO OFERTADO, ANEXANDO **CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO DEL FABRICANTE O DISTRIBUIDOR PRIMARIO Ó DISTRIBUIDOR AUTORIZADO, ENUNCIANDO LA MARCA DEL EQUIPO, AVALANDO A LA PLANTILLA DE PERSONAL PROPUESTO POR EL PROVEDOR** (INGENIEROS, QUÍMICOS, ADMINISTRADORES, ETC.) QUE DESTINARÁ PARA LA ATENCIÓN DE "LA SECRETARÍA".

P. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO, A REALIZAR LAS **ACCIONES NECESARIAS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO** DEL EQUIPO DURANTE LAS 24 HORAS DEL DÍA 365 DIAS DEL AÑO, DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO. POR LO QUE SE **COMPROMETE A PROPORCIONAR EN UN PLAZO NO MAYOR A 5 DÍAS** A PARTIR DE LA ADJUDICACIÓN A CADA UNA DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS Y CLINICAS DIRIGIDO A LA DIRECCIÓN DE LA UNIDAD MEDICA Y AL LABORATORIO Y/O BANCO DE SANGRE **UN NUMERO TELEFONICO** PARA EL REPORTE DE ATENCION DE ASESORIA Y SERVICIO

Q. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO EN EL QUE **ACEPTE LAS CONDICIONES DE ENTREGA DE LOS EQUIPOS**, REACTIVOS E, INSUMOS ESTABLECIDOS EN EL **ANEXO 2A** (PLAZO, LUGAR, EMPAQUE Y TRANSPORTE)

R. **PRESENTAR ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA Y COPIA SIMPLE PARA COTEJO DE LOS SIGUIENTES** DOCUMENTOS **POR CADA EQUIPO** PARA **LAS PRUEBAS ANALITICAS:**
AL MENOS EL **85%.** EN TOTAL, QUE INCLUYE LOS SIGUIENTES PUNTOS:

1. **CERTIFICADO DE CALIDAD,** AVALADO POR AUTORIDADES SANITARIAS MEXICANAS, NOM EN CASO DE SER APLICABLE Y/U ORGANISMOS DE CONTROL DE SU PAÍS DE ORIGEN **COMO FDA O CCEE O ISO9001-2015** VIGENTES, SEGÚN CORRESPONDA EL CASO.

2. **REGISTRO SANITARIO A NOMBRE DEL FABRICANTE O DISTRIBUIDOR PRIMARIO** DE LOS REACTIVOS Y EQUIPOS **REFERENTES A LAS PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO,** PROPUESTOS PARA EL SUMINISTRO DEL SERVICIO, NECESARIOS PARA LA DETERMINACIÓN DE LAS PRUEBAS DE BANCO DE SANGRE, MOTIVO DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN, OTORGADA POR LA SECRETARÍA DE SALUD DE ACUERDO A LEY SANITARIA Y SUS REGLAMENTOS; EN EL SUPUESTO DE NO REQUERIR DICHOS REGISTROS PRESENTAR ESCRITO EN EL QUE DICHA SECRETARÍA ASÍ LO INDIQUE.
3. **AUTORIZACIÓN DE LIBRE VENTA EN COPIA SIMPLE Y EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA PARA COTEJO, SIN RESTRICCIÓN DE USO** EN EL PAÍS DE ORIGEN EXPEDIDO POR LA AUTORIDAD SANITARIA DE DICHO PAÍS PARA LOS EQUIPOS **REFERENTES A LAS PRUEBAS ANALITICAS,** Y EN CASO DE SER PRODUCTOS NACIONALES AVALADO POR LA NORMA OFICIAL MEXICANA. DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE LA AUTORIZACIÓN DE LIBRE VENTA.

S. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A ENTREGAR EL 15% RESTANTE DE LA DOCUMENTACION A LA DIRECCION DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 30 DÍAS A PARTIR DEL LA FECHA DE ADJUDICACION, SIENDO EL INCUMPLIMIENTO CAUSA DE SANSIÓN DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LAS PRESENTES BASES.

T. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A **ACEPTAR QUE SI EL EQUIPO ESTÁ FUNCIONANDO DE MANERA PERMANENTE** Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES. **"LA SECRETARÍA"** CONSUMIRÁ LOS INSUMOS EN LA CANTIDAD SUFICIENTE Y NECESARIA PARA SUS PROCESOS DE OPERACIÓN; POR LO CONTRARIO, **SI LOS EQUIPOS EN PRÉSTAMO PERMANENTE SE ENCUENTRAN DESCOMPUESTOS Y NO SE REALIZARÁN PROCEDIMIENTOS, EN CONSECUENCIA, ACEPTA QUE NO SE GENERARÁN PAGOS AL PRESTADOR DEL SERVICIO.**

U. **PRESENTAR ORIGINAL DE LA CARTA EN LA QUE EL FABRICANTE O DISTRIBUIDOR PRIMARIO O DISTRIBUIDOR AUTORIZADO MANIFIESTE A FAVOR DEL PROVEEDOR SER RESPONSABLE SOLIDARIO** CON FECHA DEL MES Y DEL AÑO PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DE CONTRATACIÓNDEL SERVICIO INTEGRAL DE LABORATORIO CLINICO DE **AL MENOS EL 85 %** LOS REACTIVOS Y EQUIPOS EN EL SENTIDO QUE DE CORRESPONDERÁ DE LA CALIDAD Y CANTIDAD OFERTADA (NOMBRE DEL REACTIVO, DEL NÚMERO DE PRUEBAS OFERTADAS, INCLUYENDO LA MARCA)

ADEMAS DEBERA PRESENTAR TOTALMENTE LEGIBLE, SIN TACHADURAS, ENMIENDAS O CUALQUIER OTRA ALTERACIÓN **COPIA DEL PODER NOTARIAL SUFICIENTE DE QUIEN SUSCRIBE LA CARTA DE APOYO DE FABRICANTE, O DISTRIBUIDOR PRIMARIO O DISTRIBUIDOR AUTORIZADO** ANEXANDO COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL CON FOTOGRAFÍA Y FIRMA, (CREDENCIAL DE ELECTOR, PASAPORTE, CARTILLA LIBERADA O CEDULA PROFESIONAL).

V. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO, EN LA QUE **EL PROVEEDOR ASUMIRÁ LA RESPONSABILIDAD TOTAL** DE QUE LOS INSUMOS Y EQUIPOS OBJETO DE ESTA INVITACIÓN DEBERÁN ENTREGARSE DEBIDAMENTE EMBALADOS Y EMPACADOS. EL EMPAQUE SERÁ EL QUE GARANTICE SU CALIDAD, INTEGRIDAD, CONSERVACIÓN Y CONTROL DE TEMPERATURA.



Calle Almadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez. C.P. 03810. Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

**W.** PRESENTAR ORIGINAL DE LA CARTA A FAVOR DEL PROVEEDOR EN LA QUE **EL LABORATORIO CLINICO PROPUESTO PARA LA REALIZACION DE LAS PRUEBAS SUBROGADAS** MANIFIESTE SER RESPONSABLE SOLIDARIO PARA EL OTORGAMIENTO DE LAS PRUEBAS QUE NO SE REALICEN EN LOS HOSPITALES DE LA RED, SIENDO ESTE ACOMPAÑADO DE LA CERTIFICACION ISO 9001-2015 VIGENTE EN LABORATORIO CLINICO.

**X.** CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO, A **ENTREGAR UN INFORME MENSUAL PORMENORIZADO** DE TODAS LAS PRUEBAS REALIZADAS EN LAS UNIDADES MÉDICAS QUE CONFORMAN LA RED DE "LA SECRETARÍA", DIRIGIDA AL TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS, CON COPIA PARA LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS AL CORREO ELECTRONICO subtecsedesa@gmail.com, DENTRO DE LOS PRIMEROS 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES AL MES DEVENGADO.

**Y.** CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A QUE SU PERSONAL DEBERÁ **PORTAR IDENTIFICACIÓN VISIBLE** QUE LO ACREDITE COMO EMPLEADO DEL PROVEEDOR.

**Z.** **PRESENTAR CONSTANCIA DE VISITA** FIRMADA Y SELLADA POR LA UNIDAD MÉDICA.

**AA.** CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD **EN LA QUE MANIFIESTE** QUE CONOCE LOS DOMICILIOS Y LA INFRAESTRUCTURA DEL AREA DE LABORATORIO CLINICO DE LAS UNIDADES MÉDICAS.

**BB.** CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A **ENTREGAR LOS INSUMOS** ESPECIFICADOS EN EL **ANEXO 2, 2 A, 3, 11 y 13**DEL PRESENTE ANEXO TÉCNICO DE **ACUERDO A LAS NECESIDADES** DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.

**CC.** EL PROVEEDOR **ENTREGARÁ CON SU PROPUESTA** TÉCNICA, ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA DEL **OFICIO DE ALTA DE UNIDAD Y/O RESPONSABLE DE TECNOVIGILANCIA EMITIDO POR LA COFEPRIS** DE CADA FABRICANTE, ASI COMO COPIA SIMPLE, PARA ACREDITAR QUE DA CUMPLIMIENTO A LA NOM-240-SSA1-2012, "INSTALACIÓN Y OPERACIÓN DE LA TECNOVIGILANCIA". CON LA FINALIDAD DE TENER UNA MAYOR VISIÓN DE LOS INCIDENTES QUE PUEDAN PRESENTARSE A NIVEL GLOBAL PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

**DD.** CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO **AL CUMPLIMIENTO DE LAS SIGUIENTES NORMAS PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE LABORATORIO CLINICO**

- REGLAMENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD.
- NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2012, PROTECCIÒN AMBIENTAL-SALUD AMBIENTAL-RESIDUOS PELIGROSOS-BIOLÒGICO-INFECCIOSOS. CLASIFICACIÒN Y ESPECIFICACIONES DE MANEJO.
- NOM-137-SSA1-2012, INFORMACIÓN REGULATORIA, ESPECIFICACIONES GENERALES DE ETIQUETADO QUE DEBERÁN OSTENTAR LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS, TANTO DE MANUFACTURA NACIONAL COMO PROCEDENCIA EXTRANJERA.
- NOM-007-SSA3-2011, PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS LABORATORIOS CLÍNICOS.

**EE.** CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO AL **PROCESAMIENTO DE LAS MUESTRAS DEL PAQUETE O PAQUETES INTEGRALES ADJUDICADOS DURANTE LA TRANSICION** Y PUESTA EN MARCHA DE SUS EQUIPOS ANALITICOS Y SISTEMA INFORMATICO, TENIENDO EN CUENTA EL TRASLADO Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS, EN SU CASO **A UN LABORATORIO CLINICO SUBROGADO** CERTIFICADO **TANTO PARA LAS PRUEBAS DE URGENCIA Y DE RUTINA** DE LA RED DE HOSPITALES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO.

**FF.** CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A **ENTREGAR LOS RESULTADOS DE LAS MUESTRAS PROCESADAS DE URGENCIAS Y RUTINA DURANTE LA TRANSICION Y PUESTA EN MARCHA DE LOS NUEVOS EQUIPOS, EN SU CASO MEDIANTE UN LABORATORIO CLINICO CERTIFICADO SUBROGADO** TENIENDO COMO **TIEMPO MAXIMO DE ENTREGA DE RESULTADOS DE URGENCIA DE 4 A 6 HORAS Y DE LAS MUESTRAS DE RUTINA UN MAXIMO DE 24 HORAS** A CADA UNIDAD HOSPITALARIA.

**GG.** EL PROVEEDOR **ENTREGARÁ CON SU PROPUESTA** TÉCNICA, ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA POR NOTARIO PUBLICO Y COPIA SIMPLE PARA COTEJO DEL **CERTIFICADO ISO-9001-2015** VIGENTE EN EL QUE SE SEÑALE QUE ESTA ACREDITADO PARA **REALIZAR SERVICIOS INTEGRALES DE LABORATORIO CLINICO.**

**HH.** AL PROVEEDOR ADJUDICADO DEL PAQUETE INTEGRAL II, PRESENTARA EN SU PROPUESTA TECNICA CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO **A ENTREGAR EQUIPOS DE COMUNICACION MOVIL** SEÑALADOS EN LA FICHA TECNICA Y ANEXOS TECNICOS A EN UN PLAZO NO MAYOR A 15 DIAS DE LA FECHA DE ADJUDICACIÓN.

**PARA EL CASO DEL PAQUETE VI**

EL PROVEEDOR DEBERA DE PRESENTAR UNA CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD DE QUE NO TIENE CONFLICTO DE INTRESES CON LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES.

EL PROVEEDOR DEBERA INTEGRAR A SU PROPUESTA TECNICA DOS CONTRATOS EN LOS QUE SE DETALLE EL SERVICIO OFERTADO.

**LA PROPUESTA TÉCNICA NO DEBERÁ INDICAR NINGÚN PRECIO.**

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

| ELABORA | SUPERVISA | AUTORIZA |
|---|---|---|
| ING. REBECA RODRÍGUEZ ROBLES<br>JUD DE EQUIPOS, INSUMOS DE LABORATORIO E IMAGEN | ING. CLAUDIA PATRICIA QUIROZ FLORES<br>SUBDIRECTORA DE TECNOLOGIA E INSUMOS | QFB. HECTOR SALGADO SCHOELLY<br>DIRECTOR DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGIA E INSUMOS |

## CIFRAS ESTIMADAS PROMEDIO DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL OCTUBRE-DICIEMBRE 2020

| CLAVE | PAQUETE INTEGRAL | | SUBPARTIDAS | UNIDAD DE MEDIDA | MENSUAL | 3 MESES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PROMEDIO | PROMEDIO |
| S/C | | 1 | QUIMICA CLINICA | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 371,200 | 1,113,600 |
| S/C | | 2 | QUIMICA ESPECIAL | PRUEBA EFECTIVA REALIZA | 28,575 | 85,725 |
| | | | Hemoglobina Glicosilada | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 2,910 | 8,730 |
| | | | Microproteinas | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 560 | 1,680 |
| | | | Antiestreptolisina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 555 | 1,665 |
| | | | Factor Reumatoide | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 480 | 1,440 |
| | | | Proteina C Reactiva de Alta Sensibilidad | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 9,970 | 29,910 |
| | | | Microalbúmina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 2,100 | 6,300 |
| | | | Cistatina C | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 3,260 | 9,780 |
| | | | Hierro | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 60 | 180 |
| | | | Transferrina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 60 | 180 |
| | | | Capacidad de fijación de hierro | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 60 | 180 |
| | | | Acetaminofen | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 80 | 240 |
| | | | Acido Valproico | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 220 | 660 |
| | 1 | | Alcohol | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 1,500 | 4,500 |
| | | | Anfetaminas | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 900 | 2,700 |
| | | | Barbituricos | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 900 | 2,700 |
| | | | Benzodiazapinas | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 900 | 2,700 |
| | | | Canabinoides | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 900 | 2,700 |
| | | | Carbamazepina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 100 | 300 |
| | | | Cocaina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 900 | 2,700 |
| | | | Colinesterasa | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 80 | 240 |
| | | | Digoxina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 80 | 240 |
| | | | Fenitoina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 100 | 300 |
| | | | Fenobarbital | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 100 | 300 |
| | | | Opiaceos | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 900 | 2,700 |
| | | | Drogas de Abuso Prueba Rápida | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 900 | 2,700 |
| S/C | | 3 | ELECTROLITOS | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 23,800 | 71,400 |
| | | | SUBTOTAL | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 423,575 | 1,270,725 |
| S/C | | 4 | GASES SANGUINEOS | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 41,280 | 123,840 |
| | | | Gasometria | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 20,640 | 61,920 |
| | 2 | | Lactato | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 20,640 | 61,920 |
| S/C | | 5 | BIOMETRIA HEMATICA | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 35,200 | 105,600 |
| | | | SUBTOTAL | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 76,480 | 229,440 |
| S/C | | 6 | COAGULACION | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 51,150 | 153,450 |
| | | | Tiempo de Protrombina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 22,300 | 66,900 |
| | | | Tiempo de Tromboplastina Parcial Activada | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 22,300 | 66,900 |
| | 3 | | Fibrinógeno | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 5,100 | 15,300 |
| | | | Dímero D | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 1,450 | 4,350 |
| S/C | | 7 | UROANALISIS | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 14,690 | 44,070 |
| | | | SUBTOTAL | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 65,840 | 197,520 |

## CIFRAS ESTIMADAS PROMEDIO DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL OCTUBRE-DICIEMBRE 2020

| CLAVE | PAQUETE INTEGRAL | | SUBPARTIDAS | UNIDAD DE MEDIDA | MENSUAL | 3 MESES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PROMEDIO | PROMEDIO |
| S/C | | 8 | BACTERIOLOGIA | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 5,250 | 15,750 |
| S/C | | 9 | BACTERIOLOGÍA ESPECIAL | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 8,565 | 25,695 |
| | | | Coaglutinación | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 56 | 168 |
| | | | Perfil de Prueba E. coli Serotipos A,B,C | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 36 | 108 |
| | | | Perfil de Prueba Salmonella A (Hasta I mas VI) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 16 | 48 |
| | | | Perfil de Prueba Shigella Serotipos A,B,C y D | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 16 | 48 |
| | | | Hemocultivo y Líquidos Esteriles Primoaislamiento (hasta 2 Botellas) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 1,597 | 4,791 |
| | | | Perfil de Medios para Muestreo de Zonas Esteriles e Inertes. | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 514 | 1,542 |
| | | | Identificación y Sensibilidad de Micoplasma y Ureaplasma | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 190 | 570 |
| | | | Procalcitonina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 6,140 | 18,420 |
| S/C | | 10 | MICROBIOLOGÍA SANITARIA | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 348 | 1,044 |
| | | | Alimentos Crudos | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 62 | 186 |
| | 4 | | Alimentos Cocidos | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 62 | 186 |
| | | | Agua Preparada | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 31 | 93 |
| | | | Formulas Lacteas | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 38 | 114 |
| | | | Agua de uso comun | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 93 | 279 |
| | | | Jabón, Desinfectante y Antiséptico | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 62 | 186 |
| S/C | | 11 | DIAGNOSTICO MOLECULAR | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 840 | 2,520 |
| | | | Virus de Papiloma Humano | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | Chlamydia trachomatis | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | Neisseria gonorrhoeae | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | Micobacterium tuberculosis | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | Panel Respiratorio ( 20 Patógenos Respiratorios) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 500 | 1,500 |
| | | | Panel Gastrointestinal (22 Microorganismos) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 90 | 270 |
| | | | Panel Meningitis/Encefalitis (14 patógenos) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 90 | 270 |
| | | | SUBTOTAL | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 15,003 | 45,009 |
| S/C | | 12 | HORMONAS Y MARCADORES INMUNOLÓGICOS | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 15,470 | 46,410 |
| | | | Hormona Folículo Estimulante (Fsh) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 390 | 1,170 |
| | | | Prolactina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 390 | 1,170 |
| | | | Testosterona | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 390 | 1,170 |
| | | | Estradiol | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 390 | 1,170 |
| | | | Progesterona | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 390 | 1,170 |
| | | | Hormona Luteinizante (LH) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 390 | 1,170 |
| | | | Hormona Gonadotrofina Corionica Humana Cuantitativa | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 340 | 1,020 |
| | | | Tiroxina (T4) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 1,100 | 3,300 |
| | | | Tiroxina Libre (Ft4) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 1,100 | 3,300 |
| | | | Tryodotironina (T3) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 1,100 | 3,300 |
| | | | Tryodotironina Libre (Ft3) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 1,100 | 3,300 |
| | | | T Uptake (T fijacion) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 1,000 | 3,000 |

## CIFRAS ESTIMADAS PROMEDIO DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL OCTUBRE-DICIEMBRE 2020

| CLAVE | PAQUETE INTEGRAL | | SUBPARTIDAS | UNIDAD DE MEDIDA | MENSUAL | 3 MESES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PROMEDIO | PROMEDIO |
| | | | Hormona Estimulante de Tiroides (TSH) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 1,100 | 3,300 |
| | | | Cortisol | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 180 | 540 |
| | | | Insulina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 350 | 1,050 |
| | | | Hormona Paratiroidea (PTH) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 380 | 1,140 |
| | | | Antigeno Prostático Especifico (PSA) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 380 | 1,140 |
| | | | Antigeno Prostático Especifico Libre (PSA Libre) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 380 | 1,140 |
| | | | CA 15.3 | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 190 | 570 |
| | | | CA 19.9 | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 200 | 600 |
| | | | CA 125 | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 200 | 600 |
| | | | AlfaFetoproteína | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 230 | 690 |
| | | | Antigeno Carcigenoembrionario | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 200 | 600 |
| | | | Ig E | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 210 | 630 |
| | | | IgA | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 70 | 210 |
| | | | IgM | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 70 | 210 |
| | | | Ferritina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 3,200 | 9,600 |
| | | | Folatos | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 50 | 150 |
| S/C | | 13 | PERFIL CARDIOPULMONAR | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 17,850 | 53,550 |
| | | | Mioglobina Cuantitativa Prueba Rápida | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 2,770 | 8,310 |
| | | | Troponina I Cuantitativa Prueba Rápida | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 2,770 | 8,310 |
| | | | Péptido Natiurético (BNP) Cuantitativa Prueba Rápida | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 2,990 | 8,970 |
| | | | Dimero D Cuantitativa Prueba Rápida | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 6,550 | 19,650 |
| | | | CK-MB Masa Cuantitativa Prueba Rápida | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 2,770 | 8,310 |
| S/C | 5 | 14 | PERFIL DE TORCH | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 400 | 1,200 |
| | | | Toxoplasma IgG | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | Toxoplasma IgM | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | Rubeola IgG | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | Rubeola IgM | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | Citomagalovirus IgG | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | Citomegalovirus IgM | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | Herpes Simple tipo1 IgG | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | Herpes Simple tipo1 IgM | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | Herpes Simple tipo2 IgG | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | Herpes Simple tipo2 IgM | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |

## CIFRAS ESTIMADAS PROMEDIO DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL OCTUBRE-DICIEMBRE 2020

| CLAVE | PAQUETE INTEGRAL | | SUBPARTIDAS | UNIDAD DE MEDIDA | MENSUAL | 3 MESES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PROMEDIO | PROMEDIO |
| S/C | | 15 | PERFIL DE AUTOANTICUERPOS | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 610 | 1,830 |
| | | | Anticuerpos Antinucleares (ANA) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | Anticuerpos Anti-DNA | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | Anticuerpos Anticardiolipinas (ACL) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | C3 | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | C4 | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | Anti-Ro (SS-A) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | Anti-La (SS-B) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | Anti Sm | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | Anticoagulante Lúpico (AL) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | Anticuerpos Anticitoplasma de Neutrofilos (ANCA) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | Anticuerpos IgA de gliadina deaminada | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 30 | 90 |
| | | | Anticuerpos IgG de gliadina deaminada. | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 30 | 90 |
| | | | Anticuerpos IgA de transglutaminasa tisular. | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 30 | 90 |
| | | | Anticuerpos IgG de transglutaminasa tisular. | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 30 | 90 |
| | | | Autoanticuerpo tiroideo antiperoxidasa (TPOAb) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 30 | 90 |
| | | | Autoanticuerpo antitiroglobulina (TgAb) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 30 | 90 |
| | | | Autoanticuerpo antireceptor de hormona tiroidea | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 30 | 90 |
| S/C | | 16 | CARIOTIPO HUMANO | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 40 | 120 |
| | | | SUBTOTAL | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | 34,370 | 103,110 |
| | | | TOTAL DE PRUEBAS | | 615,268 | 1,845,804 |

**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-279-2020**

# ANEXO 2 FICHA TÉCNICA

**ANEXO 2**

**FICHAS TÉCNICA**

| UNIDAD DE GOBIERNO: **SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO** | |
|---|---|
| A SOLICITANTE: **DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS** | PARTIDA PRESUPUESTAL: **3993** |

**DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SERVICIO:**

SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO.

EN EL PRESENTE SERVICIO LOS PROVEEDORESPODRAN OFERTAR POR LOS PAQUETES EN FORMA INDIVIDUAL.

PARA LA CONTRATACIÓN DEL PAQUETE INTEGRALES DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO (QUIMICA CLINICA, QUIMICA ESPECIAL, GASOMETRIAS, ELECTROLITOS, BIOMETRIA HEMATICA, BACTERIOLOGIA, COAGULACION, UROANALISIS, HORMONAS Y MARCADORES INMUNOLOGICOS, BACTERIOLOGIA ESPECIAL, PERFIL DE PRUEBAS CARDIOPULMONAR, DIAGNOSTICO MOLECULAR, MICROBIOLOGIA SANITARIA, PERFIL DE TORCH, PERFIL DE AUTOANTICUERPOS, PRUEBAS DE CARIOTIPO HUMANO SISTEMA INORMATICO QUE INCLUYA LA INSTALACIÓN DE EQUIPOS AUTOMATIZADOS EN CADA UNA DE LAS AREAS DE OPERACION, ADECUACION DE AREAS DE LOS DIFERENTES LABORATORIOS CLINICOS EN CASO NECESARIO AL MOMENTO DE INSTALACION DE EQUIPOS, CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DESIGNADO POR LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO PARA LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO, MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE TODOS EQUIPOS AUTOMATIZADOS Y OPERATIVOS, DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y PROGRAMAS ASOCIADOS (SOFTWARE), ASÍ COMO LA DOTACIÓN DE EQUIPO BASICO DE APOYO OPERATIVO, INSUMOS OPERATIVOS Y CONTROLES DE CALIDAD INTERNOS.

**DESCRIPCION DE LOS PAQUETES INTEGRALES.**

**1.- PAQUETE INTEGRAL I AREAS DE LABORATORIO QUE COMPRENDE:**

**QUIMICA CLINICA.**
**QUÌMICA ESPECIAL.**
**ELECTROLITOS.**

**2.- PAQUETE INTEGRAL II AREAS DE LABORATORIO QUE COMPRENDE:**

**GASOMETRIAS.**
**BIOMETRIA HEMATICA.**

**3.- PAQUETE INTEGRAL III AREAS DE LABORATORIO QUE COMPRENDE:**

**COAGULACION.**
**UROANALISIS.**

**4.- PAQUETE INTEGRAL IV AREAS DE LABORATORIO QUE COMPRENDE:**

**BACTERIOLOGIA.**
**BACTERIOLOGIA ESPECIAL.**
**MICROBIOLOGIA SANITARIA.**
**DIAGNOSTICO MOLECULAR.**

**5.- PAQUETE INTEGRAL V AREAS DE LABORATORIO QUE COMPRENDE:**

**HORMONAS Y MARCADORES INMUNOLOGICOS.**
**PERFIL DE PRUEBAS CARDIOPULMONAR.**
**PERFIL DE TORCH.**
**PERFIL DE AUTOANTICUERPOS.**
**CARIOTIPO HUMANO.**

**NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:**

REGLAMENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD.

1. NOM-064-SSA1-1993, QUE ESTABLECE LAS ESPECIFICACIONES SANITARIAS DE LOS EQUIPOS DE REACTIVOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO.
2. NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2012, PROTECCIÒN AMBIENTAL-SALUD AMBIENTAL-RESIDUOS PELIGROSOS-BIOLÒGICO-INFECCIOSOS. CLASIFICACIÒN Y ESPECIFICACIONES DE MANEJO.
3. NOM-137-SSA1-2012, INFORMACIÓN REGULATORIA, ESPECIFICACIONES GENERALES DE ETIQUETADO QUE DEBERÁN OSTENTAR LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS, TANTO DE MANUFACTURA NACIONAL COMO PROCEDENCIA EXTRANJERA.
4. NOM-007-SSA3-2011 PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LABORATORIOS CLINICOS.

| | |
|---|---|
| **EVALUACIÓN TÉCNICA A REALIZAR:** LA EVALUACIÓN TÉCNICA SE REALIZARÁ DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ANEXO TÉCNICA<br>a) DOCUMENTACIÓN TÉCNICA PRESENTADA EN LA PROPUESTA TÉCNICA, DEBIDAMENTE REFERENCIADA.<br>b) EVALUACIÓN DE LOS DOCUMENTOS DE CALIDAD Y COFEPRIS DEBIDAMENTE REGISTRADOS DE ACUERDO A LO SOLICITADO EN LAS BASES.<br>c) VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA JUNTO CON LA PROPUESTA TÉCNICA DE TODAS Y CADA UNA DE LAS CARTAS BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD FIRMADAS POR EL REPRESENTANTE LEGAL SOLICITADAS EN LAS PRESENTES BASES. | **RESULTADOS MÍNIMOS ESPERADOS DE LA EVALUACIÓN** TÉCNICA: CUMPLIMIENTO DE TODOS LOS PUNTOS DE LA DESCRIPCIÓN TÉCNICA, APROBACIÓN DE LOS PARÁMETROS DE CALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA DE CALIDAD SOLICITADA. |

| | | |
|---|---|---|
| **CALENDARIO DE SUMINISTRO:** ENTREGA INMEDIATA A SOLICITUD | **EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 90 DÍAS:** NO APLICA | **EXISTENCIAS MÍNIMAS PARA 180 DÍAS:** NO APLICA |

| | |
|---|---|
| **CADUCIDAD DEL BIEN:** EL BIEN A ENTREGAR DEBERÁ TENER UNA CADUCIDAD MÍNIMA DE 6 MESES.<br>DETERMINADA POR EL FABRICANTE EN APROBACIÓN CON LA SSA E INDICADA EN EL CERTIFICADO DE ANÁLISIS DE PRODUCTO TERMINADO Y EN EL ENVASE PRIMARIO Y SECUNDARIO | **CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:** INDICADAS POR EL FABRICANTE, EN EL MARBETE DE PRODUCTO TERMINADO AUTORIZADO Y EN EL ENVASE PRIMARIO Y SECUNDARIO. |

**ENTREGAS:**
**EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE CADA UNA. EL CONTEO DE PRUEBAS SE REALIZARA DEL DÍA 01 AL DÍA ÚLTIMO DE CADA MES O EL SIGUIENTE DÍA HÁBIL, SI NO ES LABORAL.**

# PAQUETE INTEGRAL I

## DESCRIPCION TECNICA LABORATORIO CLINICO

### 1.- AREA DE QUÍMICA CLÍNICA

**MENU DE PRUEBAS**

| | |
|---|---|
| 1.ACIDO ÚRICO | 13. CK TOTAL |
| 2. ALT | 14. CREATININA |
| 3.ALBUMINA | 15. LDH |
| 4.AMILASA | 16. FOSFATASA ALCALINA |
| 5. AST | 17. FOSFORO |
| 6.BILIRRUBINA DIRECTA | 18. GGT |
| 7.BILIRRUBINA TOTAL | 19. GLUCOSA |
| 8. CALCIO TOTAL | 20. LIPASA |
| 9.COLESTEROL TOTAL | 21. MAGNESIO |
| 10.-COLESTEROL LDL | 22 PROTEÍNAS TOTALES |
| 11.-COLESTEROL HDL | 23. TRIGLICÉRIDOS |
| 12. CK – MB | 24. UREA |

**1.1.- Especificaciones Técnicas del Equipo**

Equipos automatizados con velocidad mínima de 900 pruebas por hora, para los Hospitales de Especialidades Dr. B. Domínguez, Generales: Dr. Enrique Cabrera, Ticomán, Rubén Leñero, Xoco,Balbuena, Iztapalapa, Dra. Matilde Montoya (Tláhuac) y Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza.

Equipos automatizados con velocidad mínima de 600 pruebas por hora para los Hospitales Generales: La Villa,Gregorio Salas, Milpa Alta, Dra. Obdulia Rodríguez (Ajusco Medio), Clínica Hospital Emiliano Zapata; Materno Infantiles, Pediátricos, Materno Pediátrico Xochimilco y Hospital General Torre Médica Tepepan.

TODOS LOS EQUIPOS DEBEN CONTAR CON: Sistema de acceso aleatorio de carga continua (Random Access) que permita el proceso de pruebas de urgencias en cualquier momento. Control de calidad integrado mínimo en dos niveles (normal y anormal), almacenamiento en memoria de diferentes lotes y niveles de control, que realicen graficas de Levey-Jennings y reglas de Westgard.

Todos los equipos deben contar con sistema de refrigeración para reactivos a bordo. Con capacidad de imprimir resultados (que no sea en papel térmico) por paciente, con memoria de un mínimo de cien mil resultados de pacientes. Capacidad para usar copas pediátricas; incluir respaldo de energía UPS mínimo de 15 minutos para los equipos; debiendo garantizar además que los reactivos entregados permitan efectuar las



Calle Altadena 23, 3er piso. Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
Tel. 51321250 ext. 1032

pruebas de acuerdo a lo establecido en los insertos y manuales de procedimientos. Incluir contador de pruebas en todos los equipos y software en español.

Para la realización de las pruebas efectivas de laboratorio; el 95% de los reactivos deberán ser de la misma marca del equipo propuesto, 90% líquidos listos para su uso; para esta subpartida se debe incluir para Bilirrubinas, el calibrador y su control.

Se requieren todos los insumos necesarios para la realización de las pruebas de química clínica, incluyendo copas pediátricas y de adulto, y agua grado reactivo o donde aplique sistema de purificación de agua grado reactivo sin costo para la Secretaría.

La Secretaría se reserva el derecho de realizar pruebas de campo (en condiciones de rutina de los laboratorios) a fin de comprobar las características de técnicas de los equipos ofertados.

**2.- AREA DE QUÌMICA ESPECIAL**

**MENU DE PRUEBAS**

| **TODAS LAS UNIDADES MEDICAS*** | **CLÍNICA HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TOXICOLÓGICAS VENUSTIANO CARRANZA, CENTRO TOXICOLÓGICO XOCHIMILCO, HOSPITALES PEDIÁTRICOS: LEGARIA E IZTAPALAPA*** |
|---|---|
| 1. HB GLICOSILADA | 1.- ACETOMINOFEN |
| 2.- MICRO PROTEÍNAS | 2. ACIDO VALPROICO |
| 3.- ANTIESTREPTOLISINAS | 3. ALCOHOL |
| 4.-FACTOR REUMATOIDE | 4.- ANFETAMINAS |
| 5.- PROTEINA C REACTIVA DE ALTA SENSIBILIDAD | 5. BARBITÚRICOS |
| 6.- MICROALBUMINA | 6. BENZODIACEPINAS |
| 7.- CISTATINA C | 7. CANABINOIDES |
| 8.- HIERRO | 8.CARBAMAZEPINA |
| 9.- TRANSFERRINA | 9. COCAÍNA |
| 10.- CAPACIDAD DE FIJACIÓN DE HIERRO | 10. COLINESTERASA |
| | 11. DIGOXINA |
| | 12. FENITOINA |
| | 13. FENOBARBITAL |
| | 14. OPIÁCEOS |
| | 15. DROGAS DE ABUSO PRUEBA RÁPIDA |

Nota: * De acuerdo al anexo 10

2.1.- **Especificaciones Técnicas del Equipo**

Los equipos automatizados para determinar pruebas de Química Especial, los cuales deben cumplir con las siguientes características:

Equipos automatizados con velocidad mínima de 900 pruebas por hora, para los Hospitales de Especialidades Dr. B. Domínguez, Generales: Dr. Enrique Cabrera, Ticomán, Rubén Leñero, Xoco, Balbuena, Iztapalapa, Dra. Matilde Montoya (Tláhuac) y Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza.

Equipos automatizados con velocidad mínima de 600 pruebas por hora para los Hospitales Generales: La Villa, Gregorio Salas, Milpa Alta, Dra. Obdulia Rodríguez (Ajusco Medio), Clínica Hospital Emiliano Zapata; Materno Infantiles, Pediátricos, Materno Pediátrico Xochimilco y Hospital General Torre Médica Tepepan

TODOS LOS EQUIPOS DEBEN CONTAR CON: Sistema de acceso aleatorio de carga continua (Random Access) que permita el proceso de pruebas de urgencias en cualquier momento. Control de calidad integrado mínimo en dos niveles (normal y anormal); almacenamiento en memoria de diferentes lotes y niveles de control, que realicen graficas de Levey-Jennings y reglas de Westgard.

Todos los equipos deben contar con sistema de refrigeración para reactivos a bordo. Con capacidad de imprimir resultados (que no sea en papel térmico) por paciente con memoria de un mínimo de cien mil resultados de pacientes. Capacidad para usar copas pediátricas, incluir respaldo de energía UPS mínimo de 15 minutos para los equipos, debiendo garantizar además que los reactivos entregados permitan efectuar las pruebas de acuerdo a lo establecido en los insertos y manuales de procedimientos. Incluir contador de pruebas en todos los equipos y software en español.

Para la realización de las pruebas efectivas de laboratorio, el 95% de los reactivos deberán ser de la misma marca del equipo propuesto, 90% los reactivos deben de ser líquidos listos para su uso.

Las pruebas de Química Especial deberán realizarse en los equipos de Química Clínica.

Se requieren todos los insumos necesarios para la realización de las pruebas de química especial, incluyendo copas pediátricas y de adulto, y agua grado reactivo o donde aplique sistema de purificación de agua grado reactivo sin costo para la Secretaría.

**Para el Centro Toxicológico Xochimilco:**

Se requiere de pruebas rápidas de Drogas de Abuso (Prueba rápida) en orina por inmunoensayo cualitativo para detectar diferentes drogas y/o sus metabolitos en orina humana de acuerdo a puntos de corte específicos en un solo ensayo. Para cada tipo de droga le corresponderá un resultado independiente, el cual debe ser visible fácilmente. Las pruebas no deben requerir refrigeración, que los resultados se generen en menos de 12 minutos.



Calle Altadena 23, 3er piso. Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
Tel. 51321250 ext. 1032

Se deberá dotar de todos los insumos necesarios tanto para la recolección de muestras, como para su realización.

La Secretaría se reserva el derecho de realizar pruebas de campo (en condiciones de rutina de los laboratorios) para comprobar las características de técnicas de los equipos ofertados.

**3. ELECTROLITOS**

**3.1 DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN PERMANENTE**

**MENÚ DE PRUEBAS**

| |
|---|
| 1.Sodio |
| 2.Potasio |
| 3.Cloro y/o Calcio |

Se solicita para Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, Hospitales Generales, Clínica Hospital Emiliano Zapata, Hospitales Pediátricos, Hospitales Materno Infantiles, Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza y Hospital General Torre Médica Tepepan.

Se solicita equipo para determinación de electrolitos (no gasómetro) que determine Sodio, Potasio, Cloro y/o Calcio en sangre completa, plasma, suero y orina, utilice volumen de muestra hasta 150 microlitros en sangre, plasma y suero.

Electrodos libres de mantenimiento sin necesidad de cambiar membranas ni recarga de electrolitos, impresor integrado, calibración automática, control de calidad en mínimo dos niveles, respaldo de energía UPS, incluir contador de pruebas en todos los equipos o por medio de la interface.

Incluir por prueba reactivos, controles en mínimo dos niveles, calibradores, e insumos para obtener un resultado impreso. Una prueba efectiva incluye: sodio, potasio, calcio y/o cloro.

Los electrolitos podrán realizarse en los equipos de Química Clínica.

La Secretaría se reserva el derecho de realizar pruebas de campo (en condiciones de rutina de los laboratorios) para comprobar las características de técnicas de los equipos ofertados.

# PAQUETE INTEGRAL II

## 4. GASOMETRIAS

### 4.1. DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN PERMANENTE

Descripción del Equipo en Demostración Permanente durante la vigencia del contrato.

1.- Se solicita para Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, Hospitales Generales, Clínica Hospital Emiliano Zapata, Hospitales Pediátricos (excepto Azcapotzalco y San Juan de Aragón), Materno Infantil Inguarán, Materno Pediátrico Xochimilco.

En respuesta a la contingencia por COVID-19 se solicita un gasómetro adicional para los Hospitales Generales: Enrique Cabrera, Ticomán, Tláhuac, Torre Médica Tepepan; Hospitales Pediátricos: Coyoacán, Iztapalapa, Peralvillo, Tacubaya, Villa; Hospital Materno Infantil Inguarán; Hospital Materno Pediátrico Xochimilco.

Equipo de mesa, con opción a permanecer en áreas prioritarias de hospitalización, de fácil manejo, que utilice calibraciones líquidas, electrodos con o sin cambio de membranas, calibraciones automáticas de uno y dos puntos, software en español, con respaldo de energía UPS.

Que utilice volúmenes de muestra entre 40 a 150 microlitros, que mida pH, PCO2, PO2, Lactato, Hemoglobina o Hematocrito y Saturación de Oxigeno y que imprima resultados.

Incluir contador de pruebas en todos los equipos o por medio de la interfase. Así como control de calidad en dos niveles mínimo, realizar gráficas de Levey-Jennings, incluir por prueba reactivos, además deberá suministrar sistema de recolección de muestras para gasometría (capilar con heparina de litio), e insumos para realizar la prueba e imprimir resultados.

2.- Se solicita para Hospitales Pediátricos: Azcapotzalco y San Juan de Aragón; Hospitales Materno Infantiles: Topilejo, Magdalena Contreras, Cuautepec, Tláhuac y Nicolás M. Cedillo; Clínica Hospital Emiliano Zapata, Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza, Centro Toxicológico Xochimilco y Hospital General Torre Médica Tepepan.

En respuesta a la contingencia por COVID-19 se solicita un gasómetro adicional para: Hospital Pediátrico San Juan de Aragón; Hospitales Materno Infantil: Cuautepec y Nicolás M. Cedillo.

Equipo portátil de fácil manejo, que utilice cartucho, casette o tarjetas de medición. Electrodos u optodos sin cambio de membranas, casete reutilizable de Control de Calidad óptico; calibraciones de un punto de forma automática en cada prueba, software en español, con respaldo de energía con batería integrada.

Que utilice volúmenes de muestra entre 100 a 200 microlitros, que mida pH, PCO2, PO2, Lactato, Hemoglobina o Hematocrito y Saturación de Oxigeno e imprima resultados.

Almacenamiento de reactivos a temperatura de refrigeración, incluir por prueba los reactivos e insumos, además deberá suministrar sistema de recolección de muestras para gasometría (capilar con heparina de litio), e insumos para realizar la prueba e imprimir resultados. Incluir memoria para 100 resultados como mínimo en todos los equipos o por medio de la interfase.

La Secretaría se reserva el derecho de realizar pruebas de campo (en condiciones de rutina de los laboratorios) para comprobar las características de técnicas de los equipos ofertados.

**4.2 CONTINGENCIA COVID-19**

1. Para la fase 2 de contingencia se deberá instalar un gasómetro adicional con la tecnología requerida en este anexo técnico, para las siguientes Unidades Hospitalarias:
    - Hospital General Enrique Cabrera
    - Hospital General Ticomán
    - Hospital General Tláhuac
    - Hospital General Torre Médica Tepepan
    - Hospital Pediátrico Coyoacán
    - Hospital Pediátrico Iztapalapa
    - Hospital Pediátrico Peralvillo
    - Hospital Pediátrico San Juan de Aragón
    - Hospital Pediátrico Tacubaya
    - Hospital Pediátrico Villa
    - Hospital Materno Infantil Inguaran
    - Hospital Materno Pediátrico Xochimilco
2. Para la fase 3 de contingencia se deberá instalar un gasómetro adicional con la tecnología requerida en este anexo técnico, para las siguientes Unidades Hospitalarias:
    - Hospitales Materno Infantil Coatepec
    - Materno Infantil Nicolás M. Cedillo.

**5. BIOMETRÍA HEMÁTICA**

**5.1. DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN PERMANENTE.**

**1.-** Equipo automatizado con velocidad mínima de 100 Pruebas por hora, que cuente con mínimo tres principios de medición: Volumen, Conductividad y Dispersión de luz láser; con automuestreador integrado, perforador automático de tapón de hule del tubo de recolección de sangre y agitador, capacidad mínima de 140 tubos de manera simultánea, volumen máximo de muestra de 320 microlitros en modo cerrado y capacidad para determinar 24 parámetros como mínimo; realice análisis extendido de muestras citopénicas con posibilidad de procesar otros líquidos corporales, con capacidad para determinar reticulocitos totalmente automatizados sin preparación previa y normoblastos en % y número sin reactivos extra. Para los Hospitales de Especialidades "Dr. Belisario Domínguez", Hospitales Generales: Xoco, Balbuena, "Dr. Rubén Leñero", "Dr. Enrique Cabrera", Ticomán, Dra. Matilde Montoya (Tláhuac), Hospital Materno Infantil Inguarán y Hospital Pediátrico Peralvillo.

**2.-** Equipo automatizado con velocidad mínima de 70 Pruebas por hora, que cuente con mínimo dos principios de medición: Citometría, Impedancia y citoquímica de absorbancia; con automuestreador integrado, perforador automático de tapón de hule del tubo de recolección de sangre y agitador, capacidad mínima de 80 tubos de manera simultánea, volumen máximo de muestra de 60 microlitros en modo cerrado y capacidad para determinar mínimo 24 parámetros como mínimo. Para los Hospitales Generales: La Villa, Iztapalapa y Dra. Obdulia Rodríguez (Ajusco Medio).

**3.-** Equipo automatizado con velocidad de 60 Pruebas por hora que cuente con mínimo dos principios de medición: Impedancia y citoquímica de absorción; volumen máximo de muestra de 60 microlitros y capacidad para determinar mínimo 24 parámetros, con reporte de linfocitos atípicos y células inmaduras en porcentaje y número absoluto, para Hospitales Generales: Milpa Alta, Gregorio Salas, Clínica Hospital Emiliano Zapata, Torre Médica Tepepan; Hospitales Materno Infantiles (excepto Materno Infantil Inguarán), Hospitales Pediátricos (excepto Hospital pediátrico Peralvillo), Materno Pediátrico Xochimilco y Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza.

Todos los equipos, deben realizar la cuenta diferencial en cinco poblaciones de leucocitos, lavado entre muestra y muestra, contar con control de calidad en tres niveles con gráficas de Levey-Jennings, reporte en pantalla y en forma impresa por paciente o muestra analizada, capacidad de memoria con un mínimo de diez mil muestras.

Software en español, incluir respaldo de energía UPS mínimo de 30 minutos para los equipos, contador de pruebas en todos los equipos. El proveedor ganador deberá entregar agitador externo tipo cama para uso de todos y cada uno de los laboratorios. Así mismo deberá, proporcionar los insumos necesarios para la realización de las pruebas.

La Secretaría se reserva el derecho de realizar pruebas de campo (en condiciones de rutina de los laboratorios) para comprobar las características de técnicas de los equipos ofertados.

## PAQUETE INTEGRAL III

**6.- COAGULACION**

**MENÚ DE PRUEBAS**

| |
|---|
| 1.Tiempo de Protrombina |
| 2.Tiempo de Tromboplastina Parcial Activada |
| 3.Fibrinógeno |
| 4.Dímero D |

**6.1. DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN PERMANENTE.**

1.- Se solicita para Hospitales de Especialidades "Dr. Belisario Domínguez", Hospitales Generales:"Dr. Enrique Cabrera", Ticomán, "Dr. Rubén Leñero", Xoco, La Villa, Balbuena, Iztapalapa, "Dra. Matilde Montoya" (Tláhuac) y "Dra. Obdulia Rodríguez" (Ajusco Medio).Se requiere equipo automatizado que permita realizar las pruebas de coagulación de rutina, cromogénicas e inmunológicas; TP, TTP, Fibrinógeno y Dímero D, con velocidad mínima de 50 pruebas por hora, deben incluir: memoria aleatoria entre las pruebas de TP y TTP en una misma corrida.

Reporte en segundos, porcentajes, mg/dl, INR. El reactivo para TP debe tener ISI no mayor de 1.2, sistema de refrigeración para reactivos a bordo, uso de tubo de muestra primario, copa o microcopa, software en español, imprimir resultados por paciente, control de calidad mínimo en dos niveles, realizar graficas de Levey-Jennings.

Respaldo de energía UPS mínimo de 30 minutos. Incluir contador de pruebas para el equipo. Se deberá proporcionar todos los insumos necesarios para la realización de las pruebas efectivas.

2.- Para los hospitales Generales: Gregorio Salas, Clínica Hospital Emiliano Zapata, Milpa Alta, Hospitales Pediátricos, Hospitales Materno Infantiles, Materno Pediátrico Xochimilco, Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza y Hospital General Torre Medica Tepepan.

Se requiere equipo automatizado, que permita realizar las pruebas de coagulación de rutina TP, TTP, Fibrinógeno y Dímero D, con velocidad mínima de 50 pruebas por hora.

Reporte en segundos, porcentajes, mg/dl, INR. El reactivo para TP debe tener ISI no mayor de 1.2, sistema de incubación de muestras y reactivos, uso de tubo de muestra primario, copa o microcopa, software en español o en su idioma de origen, imprimir resultados por paciente, control de calidad mínimo en dos niveles, realizar graficas de Levey-Jennings, respaldo de energía UPS mínimo de 30 minutos.

Se deberá proporcionar todos los insumos necesarios para la realización de las pruebas efectivas.

La Secretaría se reserva el derecho de realizar pruebas de campo (en condiciones de rutina de los laboratorios) para comprobar las características de técnicas de los equipos ofertados.

**7. UROANÁLISIS.**

**7.1. DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN PERMANENTE.**

Se solicita para Hospital de Especialidades "Dr. Belisario Domínguez", Hospitales Generales, Clínica Hospital Emiliano Zapata, Hospitales Pediátricos, Hospitales Materno Infantiles, Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza y Hospital General Torre Médica Tepepan.

Analizador semiautomático para la determinación de 10 analitos como mínimo en orina, por método de fotometría de reflectancia utilizando tira reactiva; así como tiras calibradoras y orina control en dos niveles, incluir contador de muestra en todos los equipos, incluida en el equipo o través de un sistema de interfase. Capacidad de interfasar a una PC, incluir software de fácil manejo, a través de iconos gráficos, respaldo de



Calle Altadena 23, 3er piso. Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
Tel. 51321250 ext. 1032

energía UPS mínimo de 60 minutos. Se deberá proporcionar todos los insumos necesarios para la realización e impresión de las pruebas efectivas.

La Secretaría se reserva el derecho de realizar pruebas de campo (en condiciones de rutina de los laboratorios) para comprobar las características de técnicas de los equipos ofertados.

## PAQUETE INTEGRAL IV

### 8.- BACTERIOLOGIA

### 8.1.- DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN PERMANENTE:

Se requiere para todos los Hospitales de: Especialidades "Dr. Belisario Domínguez", Generales, Clínica Hospital Emiliano Zapata, Materno Infantiles, Pediátricos, Materno Pediátrico Xochimilco y Hospital General Torre Medica Tepepan, equipo para la determinación de Bacteriología.

El suministro de material y reactivos para el procesamiento de los diferentes cultivos se requiere en dos fases.

**-Primo aislamiento:** para el 100% de las muestras, incluye medio de transporte con un hisopo de rayón para toma de muestras faríngeas y nasales, con dos hisopos de rayón o dacrón para toma de muestras vaginales y uretrales, para coprocultivos medio de transporte Cary Blair con un hisopo de rayón, medios preparados en placa para el desarrollo bacteriano. La cantidad y tipo de medios de cultivo proporcionados por unidad se entregará según listado anexo.

**-Identificación y Antibiograma:** para el 40% de total de las muestras, se requieren tarjetas para identificación de microorganismos Gram Negativos, Gram Positivos, levaduras y microorganismos fastidiosos, el antibiograma para Gram positivos, Gram negativos y Levaduras deberá determinarse por Concentración Mínima Inhibitoria (MIC), en tarjeta individual. Se requiere lector automatizado para las tarjetas, que presente los resultados en pantalla y en forma impresa y que tenga administrador de datos y memoria de resultados de pacientes.

Deberá incluir software en español con actualización continua y que incluya manejo epidemiológico de los resultados de microorganismos aislados, así como sensibilidad y resistencia bacteriana, resiembras de cepas ATCC (resiembras en TSA) para control de calidad. Además, respaldo de energía *no break* mínimo de 30 minutos para los equipos, así como respaldar los resultados en medios electrónicos (Floppy, USB, CD).

La Secretaría se reserva el derecho de realizar pruebas de campo (en condiciones de rutina de los laboratorios) para comprobar las características de técnicas de los equipos ofertados.

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México
Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias
Dirección Ejecutiva de Atención Hospitalaria

**Medios de Cultivo para Marchas Bacteriológicas 2019**

| | Agar CDC Anaerobio | Medio de Transporte de Stuart | Medio de Transporte de Cary Blair | Medio de Transporte de EMBS | Ordoz Sangre de Carnero | Ordoz Cuarto | Ordoz Chocolate | Tayer Martin | Mac Conkey | Sals y Verdet | Agar Dextrosa Sabouraud | Caldo Tioglicolato | Salmonella Shigella | Medio Hierro con Polisacaridos/Lactosa | Sulfito de Bismuto | Verde Brillante | Caldo Tetrationato | Caldo BHI | Cromogénico para Candida | Agar CLED | Ordoz Agar Odontológico | Caldo TSB | Agar TSI (picos o bajo) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Coprocultivo | ✓ | | ✓ | | | | | | ✓ | ✓ | | | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | | ✓ |
| Cultivo de Absceso | ✓ | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | |
| Cultivo de Escara. | | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | |
| Cultivo de Herida | | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | |
| Cultivo de Ler | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | | | | | | ✓ | | |
| Cultivo de Liquidos de Drenaje Corporal | | | | | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | |
| Cultivo de Liquido Peritoneal | ✓ | | | | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | |
| Cultivo de Liquido Pleural | ✓ | | | | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | |
| Cultivo de Piel Quemada. | | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | |
| Cultivo de Secredon | | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | |
| Cultivo de Secredon Ocular | | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | |
| Cultivo Otico | | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | |
| Cultivo Punta Cateter | | | | | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | |
| Exudado Faringeo | | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | |
| Exudado Nasal | | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | | ✓ | | |
| Exudado Uretral (Esperma) | | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ | | | | | | | ✓ | | |
| Exudado Vaginal y/o Vulvar | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | ✓ | | |
| Hemocultivo | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | ✓ | | |
| Urocultivo | | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | ✓ | | ✓ | | |
| | | | | | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | | |

## 9.- BACTERIOLOGIA ESPECIAL.

## 9. (DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN PERMANENTE

**(TODAS ESTAS PRUEBAS SON DE REALIZACION MANUAL)**

| |
|---|
| Se requiere de los reactivos que a continuación se describen: |
| **9.1. Coaglutinación.** **(SE REQUIERE PARA LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DESCRITAS EN EL ANEXO 10.)** |
| Reacción de coaglutinación para líquido cefalorraquídeo. Para mínimo 10 pruebas. RTC. |
| **9.2. Perfil de Prueba E. coli Serotipos A, B, C.** **(SE REQUIERE PARA LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DESCRITAS EN EL ANEXO 10.)** |
| Antisuero E. coli O Polivalente A. RTC. |
| Antisuero E. coli O Polivalente B. RTC. |
| Antisuero E. coli O Polivalente C. RTC |
| **9.3. Perfil de Prueba Salmonella A (Hasta I más VI).** **(SE REQUIERE PARA LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DESCRITAS EN EL ANEXO 10.)** |
| Antisuero Salmonella. Polivalente A, Hasta I más VI. RTC. |
| **9.4. Perfil de Prueba Shigella Serotipos A, B, C y D.** **(SE REQUIERE PARA LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DESCRITAS EN EL ANEXO 10.)** |
| Antisuero Shigella. Polivalente A. RTC. |
| Antisuero Shigella. Polivalente B. RTC. |
| Antisuero Shigella. Polivalente C. RTC. |
| Antisuero Shigella. Polivalente D. RTC. |
| **9.5 Hemocultivo y Líquidos Estériles Primo aislamiento** (hasta 2 botellas pediátricas y/o adultos de acuerdo a las necesidades del hospital). **A.** Para los laboratorios de mediano rendimiento, el proveedor ganador deberá entregar a todas las unidades hospitalarias. |

| | |
|---|---|
| B. Equipo lector de crecimiento e incubación | |
| A. Medio de cultivo enriquecido con soya caseína, con CO2 y resinas inhibidoras de antibióticos, para cultivo de aerobios en muestras pediátricas de líquidos corporales de origen estéril como sangre, LCR, líquido pleural, líquido sinovial. | |
| B. Botella con caldo soya tripticaseina (TSB) para cultivo de aerobios y anaerobios en muestras de líquidos corporales de origen estéril como sangre, LCR, líquido pleural, líquido sinovial etc. Volumen de muestra de 1 a 3 ml. | |
| **9.6. Perfil de Medios para Muestreo de Zonas Estériles e Inertes. (SE REQUIERE PARA LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DESCRITAS EN EL ANEXO 10.)** El proveedor deberá entregar todos los materiales e insumos para la realización correcta de esta prueba. (Podrá entrega el paquete A o B para la identificación de los microorganismos de zonas inertes y estériles) | |
| A | Placa con medio de cultivo deshidratado para el recuento de enterobacterias. Incluye un hisopo de rayón para muestreo de superficie con medio de transporte (caldo letheen) por placa. |
| | Placa con medio deshidratado para el recuento de aerobios, incluye un hisopo de rayón para muestreo de superficie con medio de transporte (caldo letheen) por placa. |
| | Placa con medio deshidratado para el recuento de hongos y levaduras, incluye un hisopo de rayón para muestreo de superficie con medio de transporte (caldo letheen) por placa. |
| | Placa con medio deshidratado para el recuento de microorganismos coliformes, incluye un hisopo de rayón para muestreo de superficie con medio de transporte (caldo letheen) por placa. |
| | Placa con medio deshidratado para el recuento de S. aureus, incluye un hisopo de rayón para muestreo de superficie con medio de transporte (caldo letheen) por placa. |
| B | Placa con medio preparado de agar soya Tripticaseina con lecitina y polisorbato 80 el recuento de mesofílicos aerobios para muestreo de superficies. Incluir Hisopo con medio de transporte para la toma de muestra de superficies de difícil acceso con 4 agentes neutralizantes. |
| | Placa con medio preparado de agar Dextrosa sabouraud con lecitina y polisorbato 80 el recuento de Hongos y levaduras para muestreo de superficies. Incluir Hisopo con medio de transporte para la toma de muestra de superficies de difícil acceso con 4 agentes neutralizantes. |

**9.7 IDENTIFICACIÓN Y SENSIBILIDAD DE MYCOPLASMA Y UREAPLASMA**
**(SE REQUIERE PARA LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DESCRITAS EN EL ANEXO 10.)**
Se requiere para los hospitales descritos en los anexos técnicos

La charola de 20 pozos comprende 4 partes:

| Pozos | Propósito |
|---|---|
| 1 al 3 | Cuantificación de *Ureaplasmaurealyticum.* entre $10^3$ y $\geq 10^5$ CCU/ml |
| 4 al 6 | Patrón de antibióticos de *Mycoplasmahominis* y *Ureaplasmaurealyticum*. identificación vía resistencia o de sensibilidad a lincomicina (L), trimetropim/sulfametoxazol (SXT) y eritromicina (E) |
| 7 | Cuantificación de *Mycoplasmahominis*: $\geq 10^4$ CCU/ml |
| 8 al 20 | Prueba de susceptibilidad a los antibióticos para *Mycoplasmahominis* y *Ureaplasmaurealyticum*de conformidad con las recomendaciones del Instituto de Normas Clínicas y de Laboratorio (CLSI). Levofloxacino (LVX) 1-2-4 mg/ml,Moxifloxacina (MXF) 0.25-2 mg/ml, Eritromicina (E) 8-16mg/ml, Clindamicina (CM) 0.25 – 0.5 mg/ml, Tetraciclina (TE) 1-2-4-8 mg/ml. |

**Antibiogramas:***Levofloxacino, Moxifloxacina, Eritromicina, Clindamicina y Tetraciclina.*
Tipo de muestra: Cérvico-vaginal, uretral, esperma, orina y líquidos gástricos
Componentes:

- Medio de transporte: Conserva la muestra de 20 (18-25°C) a 56 (2-8°C) hrs.
- Charola de reacción con medio de crecimiento para micoplasmas en los 20 pocillos (Blister con pocillos para cuantificación, identificación

y antibiograma)

- Factor activador de crecimiento de *Mycoplasmahominis*
- Tapa para cerrado de charolas de reacción
- Control para evaluar la calidad del lote del reactivo consiste en: Frasco con cepa clínica adaptada para funcionar como estándar para medios líquidos de *Mycoplasmahominis* y Frasco con cepa clínica adaptada para funcionar como estándar para medios líquidos de *Ureaplasmaurealyticum*

Principio:

- Resultados desde las 24 hrs.
- Cuantificación: *Mycoplasmahominis* y *Ureaplasmaurealyticum* metabolizan la arginina y la urea respectivamente produciendo un cambio de color de amarillo a rojo medido en UCC/ml (Unidades de Cambio de Color) frente a un indicador de pH (rojo de fenol) el cual es directamente proporcional al número de microorganismos en la muestra.

Identificación: Se basa en el comportamiento de *Mycoplasmahominis* y *Ureaplasmaurealyticum* frente a tres antibióticos (Fenotipo de antibiograma) Lincomicina, Trimetoprim-sulfametoxazol y Eritromicina.
Incluir todos los insumos para el proceso y toma de muestras.
El proveedor deberá proporcionar todos los Insumos, materiales y suministros, así como dotar del equipo necesario para la realización de estas pruebas.
La Secretaría se reserva el derecho de realizar pruebas de campo (en condiciones de rutina de los laboratorios) para comprobar las características técnicas de los equipos ofertados. Donde aplique.

El proveedor deberá proporcionar todos los Insumos, materiales y suministros, así como dotar del equipo necesario para la realización de estas pruebas de acuerdo a las unidades descritas en el Anexo 10.

## 9.8 PROCALCITONINA.

**SE REQUIERE PARA LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DESCRITAS EN EL ANEXO 10.**

### Descripción

Examen inmunocromatográfico para la determinación de PCT (Procalcitonina) en suero o plasma. Cantidad de muestra: 200 µL. Tiempo de incubación: 30 minutos a temperatura ambiente (18-30°C). Resultados: Semi-cuantitativos o cuantitativos. Rango de medida: <0,5 ng/mL, 0,5-2 ng/mL, y 2-10 ng/mL, >10 ng/mL.

El proveedor deberá proporcionar todos los Insumos, materiales y suministros, así como dotar del equipo necesario para la realización de estas pruebas

## 10. PRUEBAS EFECTIVAS DE MICROBIOLOGÍA SANITARIA.

### MENÚ DE PRUEBAS

| |
|---|
| 1.Alimentos Crudos |
| 2.Alimentos Cocidos |
| 3.Agua Preparada |
| 4.Fórmulas Lácteas |
| 5.Agua de uso común |
| 6.Jabón, Desinfectante y Antiséptico (de las áreas hospitalarias) |

Se solicita para los Hospitales de Especialidades Dr. B. Domínguez, Hospitales Generales, Clínica Hospital Emiliano Zapata; Hospitales Materno Infantiles, Hospitales Pediátricos, Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza.

El proveedor deberá hacerse cargo del proceso de este tipo de muestras, en un laboratorio de referencia en microbiología sanitaria.

Las muestras se tomarán de acuerdo a la siguiente tabla

| Muestras | Periodicidad |
|---|---|
| 1.Alimentos Crudos | Mensual |
| 2.Alimentos Cocidos | Bimestral |
| 3.Agua Preparada | Bimestral |
| 4.Fórmulas Lácteas | Mensual |
| 5.Agua de usocomún | Mensual |
| 6.Jabón, Desinfectante y Antiséptico (de las áreas hospitalarias) | Bimestral |

Los servicios que propone el proveedor serán supervisados por la Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias, con el objeto de verificar el control de calidad y la sustitución de materiales que así lo requieran.

## 11. DIAGNÓSTICO MOLECULAR.

La instalación de los equipos se hará en el Hospital de Especialidades "Dr. Belisario Domínguez", Hospital General "Dr. Enrique Cabrera", Hospital General Ajusco Medio, Hospital General Tláhuac y Hospital Pediátrico Iztapalapa, de acuerdo a lo programado en Anexo 10.

**MENÚ DE PRUEBAS**

Virus de Papiloma Humano
*Chlamydia trachomatis*
*Neisseria gonorrhoeae*
*Mycobacterium tuberculosis*

**DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN PERMANENTE**

Sistema de Biología Molecular para PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) en Tiempo Real completamente automatizado.
Sistema que integra la extracción, purificación, amplificación y detección de ácidos nucléicos en un solo cartucho.
Equipo con módulos totalmente independientes que permite el acceso aleatorio para diferentes pruebas (múltiples patógenos) al mismo tiempo, eliminando la necesidad de trabajar las muestras por lote.
Cartucho con tecnología patentada de único uso y desechable.
No requiere áreas específicas de Biología Molecular, ni reactivos adicionales; equipamiento extra, ni kits para extracción de ácidos nucléicos; Los cartuchos contienen todo lo necesario para el ensayo, lo que minimiza la contaminación cruzada.

**MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN**

**Virus de Papiloma Humano**

1. Prueba cualitativa in-vitro para la detección de la región E6/E7 del genoma del ADN vírico del virus del papiloma humano (HPV) de alto riesgo en muestras de pacientes.
2. Es una prueba automatizada para la detección y diferenciación cualitativas de ADN de VPH.
3. Realiza una amplificación multiplex del ADN diana mediante la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real de 14 tipos de virus de alto riesgo en un único análisis.
4. Identifica específicamente los tipos de HPV 16 y HPV 18/45 en dos canales de detección diferentes e informa de la presencia o ausencia de otros 11 tipos de alto riesgo (31, 33, 35, 39, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68) en un resultado combinado.
5. Incluye un control de adecuación de muestra que detectan la presencia de un gen humano de una sola copia y determina si la muestra contiene cantidades adecuadas de células humanas para realizar una evaluación cualitativa, y un control de comprobación de sonda.
6. Los seis canales de color contienen cebadores y sondas para la detección de los genotipos específicos o resultados combinados.
7. Los cartuchos y reactivos se almacenan a una temperatura entre 2°C a 28°C.

***Chlamydia trachomatis***
***Neisseria gonorrhoeae***

1. Es una prueba de PCR cualitativa in-vitro en tiempo real, para la detección automatizada y la diferenciación del ADN genómico de Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae.
2. Para el análisis emplea orina femenina o masculina, hisopados endocervical o hisopado vaginal.
3. El ensayo incluye reactivos para la detección en tiempo real de la exonucleasa 5´.
4. El cartucho incluye los reactivos necesarios para la detección de un control de procesamiento de muestra, un control de idoneidad de la muestra (CIM) quien detecta la presencia de un gen humano de una sola copia y controlan que la muestra tenga DNA humano, y un control de comprobación de la sonda.
5. Se detecta una diana para Chlamydia trachomatis y dos dianas distintas para Neisseria gonorrhoeae.
6. En aproximadamente 90 minutos se obtienen los resultados resumidos y detallados de la prueba y se muestra en formato tubular y gráfico.
7. Los cartuchos y reactivos se almacenan a una temperatura entre 2 a 28 grados centígrados

***Mycobacterium tuberculosis***

1. Prueba para diagnóstico in-vitro del complejo de Mycobacterium tuberculosis en PCR semicuantitativa, integrada y en tiempo real.
2. Detección de mutaciones del gen rpoB asociadas a resistencia a rifampicina en muestras de pacientes.
3. Incluye reactivos para la detección de MTB y la resistencia a Rifampicina así como un control de procesamiento de muestra y un control de comprobación de sonda.
4. Contiene cebadores que amplifican una parte del gen rpoB que contiene la región central de 81 pares de bases.
5. Las sondas son capaces de distinguir entre la secuencia natural conservada y las mutaciones en la región central que se asocian con resistencia a rifampicina.
6. Contiene un reactivo de la muestra compuesto de hidróxido de sodio e isopropanol.
7. Los cartuchos y reactivos se almacenan a una temperatura entre 2°C a 28°C.

Mycobacterium tuberculosis ultra

1. Prueba para diagnóstico in-vitro de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real, anidada y semicuantitativa, para la detección del ADN del complejo de Mycobacterium tuberculosis (MTB)
2. Amplifican una parte del gen rpoB que contiene la región «central» de 81 pares de bases y partes de las secuencias diana de los elementos de inserción IS1081 y IS6110 multicopia.
3. El análisis de fusión con cuatro sondas de rpoB es capaz de distinguir entre la secuencia natural conservada y las mutaciones de la región central que están asociadas a resistencia a RIF. Las dos sondas de elementos de inserción refuerzan la detección del complejo Mycobacterium tuberculosis gracias a las secuencias diana de los elementos de inserción multicopia en la mayoría de las cepas TB.
4. El ensayo MTB/RIF Ultra incluye reactivos para la detección de MTB y resistencia a RIF, así como un control de procesamiento de muestras (simple processing control, SPC) para controlar el procesamiento adecuado de las bacterias diana y monitorizar la presencia de inhibidores en la reacción PCR y posterior detección del pico de fusión.
5. El límite de detección puntual estimado para M. tuberculosis es de 11,8 UFC/ml.
6. Los cartuchos y reactivos se almacenan a una temperatura entre 2°C a 28°C.



Calle Altadena 23, 3er piso. Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
Tel. 51321250 ext. 1032

**MENU:**

**Panel Respiratorio (20 Patógenos Respiratorios)**
**Panel Gastrointestinal (22 Microorganismos)**
**Panel Meningitis/Encefalitis (14 patógenos)**

**DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN PERMANENTE.**

Equipo semiautomatizado de diagnóstico *in vitro* (IVD) diseñado para realizar en una sola estación de reactivos al vacío, la extracción, purificación, amplificación y detección de múltiples ácidos nucléicos contenidos en muestras clínicas de manera simultánea. Es un sistema cerrado basado en PCR múltiple anidada, donde los productos resultantes se evalúan mediante análisis de fusión de DNA. El software debe interpretar los resultados automáticamente y producir un informe de la prueba de fácil comprensión. Los resultados se obtienen en alrededor de 1hora (es decir el total de determinaciones de un panel se obtienen en una hora).

No requiere ser colocado en áreas con características especiales (piso epóxido, flujo de aire específico, esquinas redondeadas, etc.) ni equipos y/o instrumentos adicionales (como centrifuga, campana de flujo laminar, micropipetas, entre otros).

**Panel Respitatorio (20 Patógenos Respiratorios)**

Microorganismos a Identificar:

| | | |
|---|---|---|
| **Virus** | • Adenovirus<br>• Coronavirus HKU1<br>• Coronavirus NL63<br>• Coronavirus 229E<br>• Coronavirus OC43<br>• Metapneumovirus humano<br>• Rinovirus/enterovirus humano<br>• Influenza A<br>• Influenza A/H1<br>• Influenza A/H1-2009 | • Influenza A/H3<br>• Influenza B<br>• Virus parainfluenza 1<br>• Virus parainfluenza 2<br>• Virus parainfluenza 3<br>• Virus parainfluenza 4<br>• Virus sincitialrespiratorio |
| **Bacterias** | • *Bordetellapertussis*<br>• *Chlamydia pneumoniae*<br>• *Mycoplasmapneumoniae* | |

**Panel Gastrointestinal (22 Microorganismos)**

Microorganismos a Identificar:

| | | |
|---|---|---|
| **Bacterias** | • *Campylobacter (jejuni, coli y upsaliensis)*<br>• *Clostridiumdifficile*(toxina A/B)<br>• *Plesiomonasshigelloides*<br>• *Salmonella*<br>• *Yersiniaenterocolitica*<br>• *Vibrio (parahaemolyticus, vulnificus y cholerae)*<br>• *Vibrio cholerae* | • ***E. coli/Shigelladiarrogénica***<br>• *E. coli*enteroagregativa (EAEC)<br>• *E. coli*enteropatogénica (EPEC)<br>• *E. coli*enterotoxigénica (ETEC) *lt/st*<br>• *E. coli*productora de toxinas tipo Shiga (STEC) *stx1/stx2*<br>• *E. coli*O157<br>• *Shigella/E. coli*enteroinvasiva (EIEC) |
| **Parásitos** | • *Cryptosporidium*<br>• *Cyclosporacayetanensis*<br>• *Entamoebahistolytica*<br>• *Giardialamblia* | |
| **Virus** | • Adenovirus F 40/41<br>• Astrovirus<br>• Norovirus GI/GII<br>• Rotavirus A<br>• Sapovirus (I, II, IV y V) | |

**Panel Meningitis/Encefalitis (14 patógenos)**

Microorganismos a Identificar:

| | |
|---|---|
| **Bacterias** | • *Escherichiacoli K1*<br>• *Haemophilusinfluenzae*<br>• *Listeria monocytogenes*<br>• *Neisseriameningitidis*<br>• *Streptococcusagalactiae*<br>• *Streptococcuspneumoniae* |
| **Hongos** | • *Cryptococcusneoformans/gattii* |
| **Virus** | • Cytomegalovirus (CMV)<br>• Enterovirus<br>• Herpes simplex virus 1 (HSV-1)<br>• Herpes simplex virus 2 (HSV-2)<br>• Human herpesvirus 6 (HHV-6)<br>• Human parechovirus<br>• Varicella zoster virus (VZV) |

# PAQUETE INTEGRAL V

## 12. HORMONAS Y MARCADORES INMUNOLOGICOS

### MENÚ DE PRUEBAS*

| | |
|---|---|
| 1.Hormona Folículo Estimulante (FSH) | 15.Insulina |
| 2.Prolactina | 16.Hormona Paratiroidea (PTH) |
| 3.Testosterona | 17.Antígeno Prostático Específico (PSA) |
| 4.Estradiol | 18.Antígeno Prostático Específico Libre (PSA Libre) |
| 5.Progesterona | 19.CA 15.3 |
| 6.Hormona Luteinizante (LH) | 20.CA 19.9 |
| 7.Hormona Gonadotrofina Coriónica Humana Cuantitativa | 21.CA 125 |
| 8.Tiroxina (T4) | 22.AlfaFetoproteína |
| 9.Tiroxina Libre (Ft4) | 23.Antígeno Carcigenoembrionario |
| 10.Triyodotironina (T3) | 24.Ig E Total |
| 11.Triyodotironina Libre (FT3) | 25.IgA |
| 12.T Uptake (T fijación) | 26.IgM |
| 13.Hormona Estimulante de Tiroides (TSH) | 27.Ferritina |
| 14.Cortisol | 28.Folatos |

**Nota:** * De acuerdo al anexo 10

### 12.1. DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN PERMANENTE

Se requiere para el Hospital de Especialidades "Dr. Belisario Domínguez", para los Hospitales Generales: "Dr. Enrique Cabrera", Balbuena, "Dra. Matilde Montoya" (Tláhuac).

Equipo automatizado con tecnología de Quimioluminiscencia, con velocidad de 100 pruebas por hora mínimo, sistema de acceso aleatorio, reactivos listos para su uso, calibración automática estable mínimo 28 días para la mayoría de los ensayos, control de calidad integrado en dos niveles como mínimo, que realice graficas de Levey-Jennings. Así como respaldar resultados en medios electrónicos (USB, CD). Deberá incluir software en español además respaldo de energía UPS mínimo de 60 minutos para los equipos. Se deberá proporcionar todos los insumos necesarios para la realización e impresión de las pruebas efectivas.

Se requiere para Hospitales Generales: Ticomán, Milpa Alta, Dra. Obdulia Rodríguez" (Ajusco Medio) y Pediátrico San Juan de Aragón.

Equipo semiautomatizado con tecnología de Quimioluminiscencia o Inmunoensayo enzimático fluorescente, velocidad de proceso de 30 muestras por hora, que acepte muestras de tubo primario, copa o copilla. Presentación de reactivos unicopa, identificación de muestras y reactivos por códigos de barras, puesto de comunicación para interfase, monitor o pantalla e impresora integrados, regulador de voltaje y batería de



Calle Altadena 23, 3er piso. Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
Tel. 51321250 ext. 1032

respaldo, capacidad de almacenamiento de 300 resultados, estabilidad de la curva de calibración de al menos 30 días para todos los ensayos.

La Secretaría se reserva el derecho de realizar pruebas de campo (en condiciones de rutina de los laboratorios) para comprobar las características de técnicas de los equipos ofertados.

**13. PRUEBAS EFECTIVAS DE PERFIL CARDIOPULMONAR.**

**MENÚ DE PRUEBAS**

| |
|---|
| 1.Mioglobina Cuantitativa |
| 2.Troponina I Cuantitativa |
| 3.Péptido Natiurético (BNP) Cuantitativa |
| 4.Dímero D Cuantitativa |
| 5.CK-MB masa Cuantitativa |

Se solicita para Hospitales de Especialidades "Dr. Belisario Domínguez", Hospitales Generales: "Dr. Enrique Cabrera", Ticomán, "Dr. Rubén Leñero", Xoco, La Villa, Balbuena, Iztapalapa, Milpa Alta, "Dra. Matilde Montoya" (Tláhuac), "Dra. Obdulia Rodríguez" (Ajusco Medio), "Gregorio Salas", "Torre Médica Tepepan" y Hospital Pediátrico Villa.

Equipo portátil para ensayos cuantitativos de biomarcadores cardio-pulmonares, con lectura por inmunofluorescencia, volumen de muestra 300 micro litros, que realice el perfil de 3 o5 pruebas en una sola corrida, así como corridas individuales libre de mantenimiento que emplee muestra sangre total y con EDTA. Tiempo de respuesta máximo 15 minutos, calibración electrónica, control de calidad electrónico.

El proveedor deberá proporcionar todos los insumos, materiales y suministros, así como dotar del equipo necesario para la realización de estas pruebas.

La Secretaría se reserva el derecho de realizar pruebas de campo (en condiciones de rutina de los laboratorios) a fin de comprobar las características de técnicas de los equipos y reactivos ofertados.
Los servicios que propone el proveedor serán supervisados por la Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias, con el objeto de verificar el control de calidad y la sustitución de materiales que así lo requieran.

## 14. PRUEBAS EFECTIVAS DE PERFIL DE TORCH

**MENÚ DE PRUEBAS**

| |
|---|
| 1.Toxoplasma IgG |
| 2.Toxoplasma IgM |
| 3.Rubeola IgG |
| 4.Rubeola IgM |
| 5.CitomagalovirusIgG |
| 6.CitomegalovirusIgM |
| 7.Herpes Simple tipo 1 IgG |
| 8.Herpes Simple tipo 1 IgM |
| 9.Herpes Simple tipo 2 IgG |
| 10.Herpes Simple tipo 2 IgM |

**Podrán efectuarse en los siguientes equipos:**

Equipo automatizado para determinación del Perfil TORCH, para el Hospital General "Dra. Matilde Montoya" (General Tláhuac).

A) Equipo para procesar placas mediante la técnica de Quimioluminiscencia, Electroquimioluminiscencia o ELISA con identificación positiva de muestra y reactivo, detección de coágulos durante la aspiración de la muestra, sensor de nivel de líquidos, mediante puntas desechables, que cuente con control de calidad que incluyan gráficos de Levey-Jennings.

Sistema interfasable, con lectura fotométrica, cinética y a punto. Detección de coágulos durante la aspiración de la muestra, sensor de nivel de líquidos, sistema interfasable.

B) Equipo para procesar pruebas Autoinmunidad (Autoanticuerpos) y reactivos para la detección de pruebas de autoinmunidad con principio de Inmunoensayo Lineal (LIA), los antígenos deben incluirse en línea sobre una membrana de nitrocelulosa, debe utilizar peroxidasa de rábano unida al anticuerpo secundario para la interpretación de los resultados

Deberá de proporcionar software de interpretación de resultados así mismo deberá de incluir un lector y lavador de ELISA para las pruebas que requieran de estas técnicas.

Se debe de ofertar el menú completo, en el instrumento ofertado o en los diferentes equipos que instale el proveedor.

El proveedor deberá proporcionar todos los Insumos, materiales y suministros, así como dotar del equipo necesario para la realización de estas pruebas.

La Secretaría se reserva el derecho de realizar pruebas de campo (en condiciones de rutina de los laboratorios) a fin de comprobar las características de técnicas de los equipos y reactivos ofertados.

**15. PRUEBAS EFECTIVAS DE PERFIL AUTOANTICUERPOS.**

**MENÚ DE PRUEBAS***

| |
|---|
| 1.Anticuerpos Antinucleares (ANA) |
| 2.Anticuerpos Anti-DNA |
| 3.Anticuerpos Anticardiolipinas (ACL) |
| 4.C3 |
| 5.C4 |
| 6.Anti-Ro (SS-A) |
| 7.Anti-La (SS-B) |
| 8.Anti Sm |
| 9.Anticuerpos Anticitoplasma de Neutrófilos (ANCA) |
| 10.Anticuerpos Antifosfolípidos (AFL) |
| 11.Anticuerpos IgA de GliadinaDeaminada |
| 12.Anticuerpos IgG de GliadinaDeaminada |
| 13.Anticuerpos IgA de TransglutaminasaTisular |
| 14.Anticuerpos IgG de TransglutaminasaTisular |
| 15.Autoanticuerpo Tiroideo Anti-peroxidasa (TPOAb) |
| 16.Autoanticuerpo Anti-tiroglobulina (TgAb) |
| 17.Autoanticuerpo Anti-receptor de HormonaTiroidea |

**NOTA:** *Según anexo 10

Se solicita para los Hospitales General Balbuena y Pediátrico San Juan de Aragón.

Equipo para procesar pruebas Autoinmunidad (Autoanticuerpos) y reactivos para la detección de pruebas de autoinmunidad con principio de Inmunoensayo Lineal (LIA), los antígenos deben incluirse en línea sobre una membrana de nitrocelulosa, debe utilizar peroxidasa de rábano unida al anticuerpo secundario para la interpretación de los resultados.

Deberá de proporcionar software de interpretación de resultados así mismo deberá de incluir un lector y lavador de ELISA para las pruebas que requieran de esta técnica.

Se debe de ofertar el menú completo, en el instrumento ofertado o en los diferentes equipos que instale el proveedor.

El proveedor deberá proporcionar todos los Insumos, materiales y suministros, así como dotar del equipo necesario para la realización de estas pruebas.

La Secretaría se reserva el derecho de realizar pruebas de campo (en condiciones de rutina de los laboratorios) a fin de comprobar las características de técnicas de los equipos y reactivos ofertados.

**16. CARIOTIPO HUMANO.**

Se solicita para el Hospital Pediátrico San Juan de Aragón.

El proveedor deberá hacerse cargo del proceso de este tipo de muestras en un laboratorio de referencia en Genética Humana, incluyendo el transporte de las mismas y proporcionará todos los materiales e insumos necesarios para la recolección de las muestras.

Los servicios que propone el proveedor serán supervisados por la Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias, con el objeto de verificar el control de calidad y la sustitución de materiales que así lo requieran.

**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-279-2020**

# ANEXO 2A CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO

## ANEXO 2 A CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO

| | |
|---|---|
| Unidad de Gobierno: Secretaría de Salud de la Ciudad de México | |
| Área Solicitante Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias | |
| Clave CAMBS: | Partida Presupuestal: 3993 |

Descripción Técnica del servicio: **CLAVE SAICA:**

**SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO.**

PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO (QUIMICA CLINICA, QUIMICA ESPECIAL, GASOMETRIAS, ELECTROLITOS, BIOMETRIA HEMATICA, BACTERIOLOGIA, COAGULACION, UROANALISIS, HORMONAS Y MARCADORES INMUNOLOGICOS, BACTERIOLOGIA ESPECIAL, PERFIL DE PRUEBAS CARDIOPULMONAR, DIAGNOSTICO MOLECULAR, MICROBIOLOGIA SANITARIA, PERFIL DE TORCH, PERFIL DE AUTOANTICUERPO, PRUEBAS DE CARIOTIPO HUMANO, SISTEMA INFORMATICO, QUE INCLUYA LA INSTALACIÓN DE EQUIPOS AUTOMATIZADOS EN CADA UNA DE LAS AREAS DE OPERACION, ADECUACION DE AREAS DE LOS DIFERENTES LABORATORIOS CLINICOS EN CASO NECESARIO AL MOMENTO DE INSTALACION DE EQUIPOS, CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DESIGNADO POR LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO PARA LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO, MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE TODOS EQUIPOS AUTOMATIZADOS Y OPERATIVOS, DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y PROGRAMAS ASOCIADOS (SOFTWARE), ASÍ COMO LA DOTACIÓN DE EQUIPO BASICO DE APOYO OPERATIVO, INSUMOS OPERATIVOS Y CONTROLES DE CALIDAD INTERNOS.

Los insumos a suministrar, así como los equipos analíticos y de apoyo operativo a instalar, para llevar a cabo el "Servicio Integral de Pruebas de Laboratorio Clínico", deberán ser compatibles entre sí y corresponderán a los niveles de calidad necesarios para obtener resultados precisos y confiables. Por lo que se deberán anexar los certificados de calidad requeridos durante la vigencia del contrato, para equipos e insumos.

El proveedor deberá ofertar el 100 % del volumen total demandado de los paquetes integrales en los que participe.

El suministro de insumos y equipos para realizar el "Servicio Integral de Pruebas de Laboratorio Clínico", por su propia naturaleza requieren, sin costo adicional, cada vez que se requiera y durante la vigencia del contrato: refacciones nuevas y originales con instalación, equipos adecuados y de personal competente para brindar el servicio de mantenimiento preventivo o correctivo, así como la asistencia técnica, asesoría permanente y proporcionar la capacitación del personal de Laboratorio.

La Secretaria de Salud de la Ciudad de México en coordinación con el proveedor o proveedores, podrá realizar durante la vigencia del contrato, evaluaciones técnicas de los reactivos y equipos ofertados cuando el programa de control de calidad interno y/o externo se encuentre fuera de las desviaciones establecidas.

El proveedor o proveedores se comprometen a que, sólo retirará los equipos instalados en las Unidades Médicas hasta la conclusión del contrato, y solo mediante escrito emitido por la Secretaria de Salud de la Ciudad de México.

El proveedor o proveedores se comprometen a que, proporcionará la inscripción, sin costo alguno, a un Programa de Control de Calidad Externo que tenga calendario de acuerdo a la vigencia del contrato para el envío de muestras y resultados. La inscripción a estos programas estará en vigor durante la vigencia del contrato. Para garantizar este compromiso, el proveedor acepta **que, en caso de incumplimiento, se proceda a la aplicación de la garantía de cumplimiento de contrato.**

El proveedor o proveedores se comprometen a proporcionar el equipo analítico, reactivo e insumos necesarios para el proceso de las muestras desde la adjudicación hasta la conclusión del contrato.

**1.- DE LOS INSUMOS**

La caducidad de los materiales, reactivos, controles y calibradores (al momento de la entrega) deberá ser de seis meses como mínimo, comprometiéndose por medio de carta compromiso, el proveedor, sustituirá el reactivo que no se haya consumido y esté próximo a caducar, con 10 días previos a la fecha de caducidad.

En el caso de controles y calibradores de hematología la vigencia debe ser de al menos de un mes, y el canje con al menos una semana antes de caducar.

En función de la productividad, que se indica en los **Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,10, 11,12 y 13** se requiere que la presentación de los **insumos** corresponda a equipos automatizados, semiautomatizados y pruebas manuales (según se describe en las cédulas de las especificaciones técnicas de cada prueba).

Se entiende por el término de automatización el proceso en el que el reactivo listo para su uso, y muestra del paciente son tomados automáticamente, mezclados, incubados, leídos y emitido un resultado en forma impresa por un instrumento que tenga la capacidad de trabajar en forma de acceso aleatorio, (salvo el caso del proceso de orinas, pruebas de bacteriología especial e identificación y sensibilidad de Micoplasma y Ureaplasma; en donde no aplica la aspiración de las muestras). La muestra deberá ser tomada automáticamente desde un tubo primario y capaz de

guardar en memoria curvas o factores de calibración y que puede ser programable.

Los insumos, deberán otorgarse en la suficiente cantidad y en relación directa con el rendimiento requerido por las Unidades Médicas de la Red Hospitalaria, conforme a las Cédulas de las Especificaciones Técnicas de cada prueba.

El proveedor o proveedores deberán considerar que los calibradores y controles que se proporcionen dentro de los insumos necesarios para la validación del proceso, incluyendo el propio reactivo, son adicionales a los requeridos para obtener el rendimiento expresado en la cantidad de pruebas solicitadas en las Cédulas de las Especificaciones Técnicas de cada prueba.

Durante la vigencia del contrato, el proveedor o proveedores, se comprometen a que, cuando por causas imputables a él, la Unidad Médica no pueda atender su productividad, se hará cargo de recoger, enviar y procesar las muestras con personal técnico a su cargo, en los Laboratorios de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, sin que dicho proceso afecte la propia productividad del laboratorio donde decida realizar el procesamiento, y una vez que obtenga los resultados los entregará a la Unidad Médica solicitante. Este procedimiento se realizará en un máximo de 8 horas hábiles a partir de la notificación vía telefónica, En el caso de no cumplir en el tiempo establecido se hará acreedor a las penas convencionales a que se haga acreedor, ya que se tomarán como pruebas no realizadas.

Se define como validación inicial al proceso de verificar en cada equipo la precisión, linealidad, reproducibilidad, sensibilidad, exactitud, para cada una de las pruebas de la partida y obtener un resultado confiable empleando la cantidad que sea necesaria de insumos para la realización del control de calidad, calibraciones, repeticiones de corridas y diluciones de muestras. Si por razones inherentes al proceso de validación se gastan insumos destinados para la realización de las pruebas, el proveedor o proveedores se obligan a reponerlos. Este material será solicitado por el Jefe del Servicio por escrito con copia a la Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias y a la Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos, para ser repuesto en un plazo máximo de 3 días hábiles, este faltante se entregará, con nota de remisión sin cargo. En el escrito se reportará la causa que originó dichas repeticiones, anexando hoja del reporte del equipo que respalde dicha información. Para corroborar lo anterior se le proporcionará al proveedor:

a) Reporte impreso de la pantalla de control de calidad y calibraciones efectuadas en el equipo, cuando la validación de rutina no es aceptada.
b) Reporte de solicitud de mantenimiento correctivo del equipo, elaborado por el Jefe de Laboratorio y hoja de servicio efectuado por el proveedor, cuando la repetición en la validación o procesamiento de muestras de pacientes fue ocasionado por una falla del equipo.

c) Registro de los mantenimientos de rutina (diario, semanal y mensual) del equipo, que hayan sido realizados por el operador.
d) Referencia de fecha y hora en que se utilizó el insumo para proceso de validación en todos los equipos, a través de la Bitácora al efecto implementada por cada Jefe del Servicio.
e) Registro por software o hardware, del número de pruebas realizadas en el equipo.

Los insumos necesarios para la determinación de las Pruebas de Laboratorio, que se procesan en los laboratorios deberán corresponder a los niveles de calidad necesarios para obtener resultados confiables y exactos, de acuerdo a lo autorizado por la NOM, FDA, o a los indicados en los Certificados de Libre Venta expedidos por los países pertenecientes a la CCEE o el organismo que emita el documento, en la inteligencia de que no se aceptaran insumos de procedencia China, Pakistán, Corea, Taiwán e India.

El proveedor entregará directamente en los laboratorios clínicos de las Unidades Médicas, por cada lote suministrado: UN CERTIFICADO DE CALIDAD, en papel membretado de la Empresa Fabricante que contenga todas las especificaciones técnicas del insumo, los límites establecidos para cada una, así como los resultados obtenidos en cada caso (expresado en el Sistema Internacional de Unidades) y demás datos, entre ellos Domicilio, teléfono y fax, nombre genérico y comercial del reactivo, número y tamaño del lote fabricado, fecha de fabricación y de caducidad, firmado por el responsable de Control de calidad.

El proveedor deberá anexar en su propuesta técnica la fecha del registro ante la SSA, en copia fotostática, de los reactivos ofertados.

## 2.- DE LOS EQUIPOS

Los equipos que se propongan deberán satisfacer las demandas físicas (espacio, humedad, voltaje, temperatura e instalaciones hidrosanitarias), así como la capacidad para cubrir la productividad de las Unidades Médicas. Todos deberán tener contador de pruebas interno.

Los equipos que se propongan deberán se nuevos o funcionalmente nuevos, con tecnología de punta, aceptándose como fecha de fabricación máxima cinco años. El proveedor deberá incluir en su propuesta técnica carta bajo protesta de decir verdad, donde se compromete a la instalación de equipos con antigüedad no menor a 2015 presentarán a la firma del contrato el certificado de origen en el que se señale la fecha de fabricación del equipo, así como el pedimento. Dicha documentación deberá ser presentada en original para cotejo y copia simple.
Al término de la instalación, el o los proveedores adjudicados deberán entregar a la Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos (DMTI) y a la Dirección General de Administración y Finanzas, (DGAF) los documentos que avalen las fechas de fabricación de los equipos instalados por Unidad Hospitalaria, así como



Calle Av. Insurgentes Nte. 423, piso 21. Colonia San Simón Tolnahuac, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06900, Ciudad de México. Tel. 51321250 ext. 1373

un resumen de dicho listado. La DMTI entregará a la Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias (DGPSMU) el listado en comento para que ésta, a través de los responsables de las Unidades Hospitalarias, valide la correspondencia de la información entregada por el Proveedor.

El proveedor o proveedores deberán anexar en su propuesta técnica la fecha del registro ante la SSA, en copia fotostática, del equipo ofertado. Se puede incluir certificado de la FDA y/o CCCE de libre venta y/o el pedimento del equipo que cumpla con las características señaladas. En la inteligencia de que no se aceptaran equipos de procedencia China, Pakistán, Corea, Taiwán e India.

No se aceptarán propuestas de equipos reconstruidos, ni correspondientes a saldos o remanentes que ostenten las **leyendas *"only export"* ni *"only investigation"*, descontinuados, por descontinuarse,** o que no se autorice su uso en el país de origen, que hayan sido motivo de alertas médicas o de sanciones por parte de las Autoridades Mexicanas o de cualquier otro país.

Las características tecnológicas mínimas que deberán cumplir los equipos analíticos para el "Servicio Integral de Pruebas de Laboratorio Clínico" y complementos requeridos, se describen en el **Anexo 2,** por lo que el proveedor o proveedores en su propuesta técnica deberá adjuntar dichas Cédulas, describiendo las características de los equipos propuestos que formaran parte de dicha propuesta técnica, anexando en original **o copia de** catálogos y folletos referenciados, acorde a las especificaciones técnicas, es decir, nombre del catálogo, folleto, número de página respectivo, en idioma español, (**Así mismo podrán presentar** Manuales de Procedimiento de Operación de equipos **e insertos para corroborar las especificaciones**) tomando en cuenta que estos equipos deberán satisfacer la demanda de servicios en la producción de Pruebas de Laboratorio.

Los equipos propuestos por el proveedor para la realización de las Pruebas de Laboratorio deberán cumplir con características de Tecnología de Avanzada, debiendo contar con la autorización de la Secretaría de Salud a través del Registro Sanitario correspondiente.

Los equipos que se oferten deberán haber sido probados en México, deberán cumplir con las condiciones barométricas de dicha ciudad, para lo cual el proveedor deberá anexar como mínimo 3 cartas en papel membretado y sello de las empresas donde hayan sido instalados y que garanticen su perfecto funcionamiento. Dichas cartas deberán estar firmadas en original por el Director del Hospital o su equivalente, además de señalar domicilio y número telefónico para constatar su veracidad, solo aplica para los equipos analíticos.

Los equipos propuestos por el proveedor o proveedores, para procesar Pruebas de Laboratorio, deberán cumplir con certificación NOM. (Norma Oficial Mexicana), en caso de ser aplicable, y como obligatorio los certificados ISO-9001 o equivalentes vigentes, otorgada por las autoridades competentes en el país de origen, debiendo contar con Certificado de Autorización de libre venta por las Autoridades Sanitarias de su país, solo aplica para los equipos analíticos.
El proveedor o proveedores deberán identificar los equipos para el suministro del paquete al amparo del Contrato, mediante un material adecuado que resista las condiciones ambientales de los Laboratorios, con las leyendas de: "EQUIPO PROPIEDAD DE --"; datos de los proveedores, (razón

social, domicilio, teléfono, R.F.C., Etc.).

**3.- FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO.**

Es obligación del proveedor mantener el equipo proporcionado por él en óptimas condiciones de funcionamiento, a efecto de la Secretaria de Salud de la Ciudad de México este en posibilidad de realizar las Pruebas requeridas en cada una de las Unidades Médicas, particularmente en los aspectos de linealidad, reproducibilidad, exactitud y calibración de las pruebas.

El proveedor deberá considerar que si el equipo está funcionando de manera permanente y en óptimas condiciones. La Secretaria de Salud de la Ciudad de México consumirá los insumos en la cantidad suficiente y necesaria para sus procesos de operación; por lo contrario, si los equipos se encuentran descompuestos no se realizarán pruebas, en consecuencia, no se generarán pagos al proveedor.

Bajo esta premisa, es obligación del proveedor mantener en óptimas condiciones de funcionamiento el equipo analítico y de apoyo operativo y cuando se presenten fallas repararlas de inmediato, por lo que en caso de que el equipo no funcione el personal operativo procederá a:

- Reportar la falla vía telefónica
- Aceptar el apoyo técnico vía telefónica
- En caso de no repararse la falla con las instrucciones recibidas por vía telefónica el Ingeniero de Servicio del proveedor deberá acudir personalmente, en un plazo no mayor de dos horas a partir del reporte inicial de la falla.
- El proveedor deberá proporcionar un número de reporte incluyendo fecha, hora y nombre completo de quién recibe el reporte de la falla, con la finalidad de contar con el control del tiempo de respuesta y atención a las fallas o substitución de los equipos reportados.
- El proveedor deberá proporcionar un equipo de comunicación móvil o Nextel a cada servicio de laboratorio clínico de cada unidad médica, a la Dirección Ejecutiva de Atención Hospitalaria y a la Coordinación de Laboratorios Clínicos de la red hospitalaria que se encuentra adscrita a la Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias y a la Jefatura de Unidad Departamental de Equipos, Insumos de Laboratorio e Imagen adscrita a la Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos, con el fin de tener comunicación continua sobre alguna falla que pudiera surgir.

En cada ocasión en que para mantener la funcionalidad del equipo se realiza mantenimiento preventivo calendarizado y/o correctivo, el proveedor presentará formatos donde se establezca la verificación del funcionamiento del equipo, con validación correcta en cuanto a corrimiento de controles y calibración de cada una de las pruebas que se realizan en dicho equipo.

Si el equipo no funciona en un período de tres días naturales por causas imputables al mismo, el proveedor deberá instalar otro equipo de características iguales. **En caso de no ser así, se considerará como causa de rescisión de contrato y se procederá conforme a la normatividad vigente.**

El tiempo de respuesta del proveedor en proporcionar apoyo técnico vía telefónica para el mantenimiento correctivo deberá ser inmediato; si la falla no es corregida por este medio, el tiempo de respuesta del proveedor para el mantenimiento correctivo en la unidad médica (evaluación del problema) no deberá de exceder de un plazo máximo de 2 horas y la corrección deberá realizarse máximo en 4 horas, a partir del reporte inicial de falla del equipo al proveedor hasta que éste deje el equipo en óptimas condiciones de operación y funcionamiento.

En caso de no corregirse la falla del equipo en un plazo máximo de 4 horas a partir del reporte inicial de la misma, el proveedor se compromete a trasladar y procesar las muestras en un laboratorio de la red, obtener y entregar resultados de las muestras a la Unidad solicitante, en un tiempo que no excederá de 10 horas a partir del reporte inicial de la falla, **Anexo 5** Formatos e Instructivos de Conteos para Pruebas, solo aplica para los equipos analíticos.

En caso de muestras de carácter urgente el proveedor procederá a trasladar y procesar las muestras de manera inmediata, para lo cual no debe de exceder de 2 horas a la entrega de resultados a la unidad solicitante.

El reporte por parte del personal operativo del laboratorio será por teléfono y/o fax, el primero para que sea válido, deberá tener el número de reporte otorgado por el proveedor y nombre completo de la persona quién recibe el reporte, el segundo deberá de ser mediante hoja de reporte de falla de equipo.

El proveedor deberá entregar un número de reporte por cada servicio de mantenimiento correctivo que tenga que efectuar.

Los servicios de laboratorio aceptarán el apoyo del mantenimiento correctivo por medio de llamadas telefónicas, siempre y cuando las fallas, sean factibles de resolver de acuerdo a lo establecido en el manual de operación de cada equipo.

**4.- DEL SISTEMA DE CONTROL Y ADMINISTRACIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO.**

Los equipos para procesar Pruebas de Laboratorio propuestos por el proveedor deberán estar complementados en forma adicional y sin costo extra, con Sistema de Control y Administración de Laboratorio, cuyas especificaciones técnicas mínimas, que deberá reunir se describen en el **Anexo 3.**

a) La relación de Unidades con equipos para Pruebas de Laboratorio que requieren Interfase integrada al sistema informático, para la programación de estudios, así como la obtención en línea de los resultados, se indica en el **Anexo 3.**

b) **Se** requiere para el Paquete, el uso en sus Unidades Médicas de equipos de informática (estaciones de trabajo compuestas por: una PC, impresora y No-brake), impresoras de alto rendimiento, lector magnético para la lectura de la banda magnética de las tarjetas de afiliación, impresoras para etiquetas de código de barras, cuyas características tecnológicas se indican en el **Anexo 3** de (Descripción Técnica del SCAL) de estas Bases, estas estaciones de trabajo deberán contar con conexión al Sistema de Control y Administración de Laboratorio, los cuales se indican en el numeral 2.3.3. De la Descripciones Técnicas del SCAL contenidas en el **Anexo 3** de estas Bases, para la introducción de resultados fuera de línea, así como de obtención de resultados.

## 5.- SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD

a) Cada proveedor debe ofertar un Sistema de Control de Calidad que utilice materiales de control multiparamétricos, que sea reconocido mundial y/o internacionalmente durante el tiempo que dure el contrato y/o contratos sucesivos.

b) El Sistema de Control de Calidad deberá proporcionar informes mensuales de comparación interlaboratorios CON INFORMES EN LINEA para los instrumentos interfasadas que lo permitan para la evaluación del desempeño de cada una de las pruebas.

c) Como parte del Sistema de Calidad, se deberá proveer un programa calendarizado de análisis de la información obtenida y capacitación continua por lo menos 1 vez al año en todo el grupo de laboratorios de las unidades médicas.

d) La fecha de inicio del programa de Control de Calidad no deberá rebasar los 40 días naturales a partir de la firma del contrato.

e) La inscripción a estos programas continuara hasta la terminación del contrato en los laboratorios de las unidades médicas.

f) En caso de bacteriología se deberá entregar muestras de 3 cepas diferentes ATCC (resiembras en TSA) mensuales. Este Sistema de Calidad deberá proporcionar informes mensuales de comparación interlaboratorios de la Secretaria de Salud de la Ciudad de México.

g) Cuadro de Pruebas donde aplica el sistema de Control de Calidad.

| AREAS PARA EL SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD | |
|---|---|
| No de Prueba | Nombre de la prueba |
| 1 | Química Clínica |
| 2 | Química Especial |
| 3 | Gasometrías |
| 4 | Electrolitos |
| 5 | Biometría Hemática |
| 6 | Bacteriología |
| 7 | Coagulación |
| 8 | Uroanálisis. |
| 9 | Hormonas y Marcadores Tumorales |

## 6.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y ACCIONES CORRECTIVAS

El proveedor, proporcionará durante la vigencia del contrato, el mantenimiento preventivo y las acciones correctivas pertinentes con mano de obra especializada, refacciones nuevas y originales, lubricantes y demás actividades que en su caso fuesen necesarios para la correcta operación de los equipos analíticos; así mismo proporcionará el mantenimiento preventivo y acciones correctivas del Sistema de Informática así como del Sistema de Control y Administración de Laboratorio para cada equipo instalado en cada Unidad Médica, mediante carta compromiso que presentará en el sobre de la oferta técnica.

Para el caso de fallas en los equipos el proveedor deberá presentarse en un plazo máximo de 2 horas partir del reporte inicial de la falla, realizado por la Unidad Médica, las 24 horas del día durante la vigencia del contrato, incluso sábados, domingos y días festivos para efectuar las reparaciones necesarias. A fin de asegurar lo anterior, el proveedor se compromete mediante carta compromiso que presentará en el sobre de la oferta técnica. Por tal motivo los proveedores deberán proporcionar a la Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos, el nombre de las personas que serán designadas para recibir los reportes, así como números telefónicos, radiolocalizadores, fax, etc., donde puedan ser localizados de manera inmediata.

El proveedor se compromete a que sustituirá el equipo en tres días hábiles por otro funcionalmente nuevo, en caso de que el equipo presente tres fallas que ameriten mantenimiento correctivo, repetitivas y atribuibles al equipo en un periodo de 30 días naturales o en caso de que este no pueda ser reparado durante los tres primeros días hábiles después del reporte inicial de la falla.

**7.- ASISTENCIA TÉCNICA.**

El proveedor se compromete, mediante carta-compromiso, a proporcionar la asistencia técnica que se requiera para el manejo y funcionamiento de los equipos para procesar Pruebas de Laboratorio y sistema informático, deberá integrar en su propuesta técnica los nombres, profesión, teléfonos, fax, celular y radiolocalizador del personal profesional avalado por el fabricante (Ingenieros, Químicos, Administradores, etc.) que destinará para atención del servicio.

El proveedor se compromete realizar visitas periódicas mensuales y programadas, de 9:00 a 13:00 horas en días hábiles, a las Unidades Médicas de la Red de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, informando por escrito de las anomalías y observaciones que en su caso detecte en cada visita, avalado por el jefe del servicio, dentro de los primeros cinco días hábiles posteriores a la visita, a la Dirección General de Administración y Finanzas, con copia a la Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos.

**8.- RECEPCIÓN DE LOS EQUIPOS E INSUMOS.**

El Jefe o encargado del servicio, verificará que los insumos correspondan a lo solicitado en el contrato, como son: marca, presentación, fecha de caducidad y lote, nombre del proveedor.

A fin de garantizar lo anterior, el proveedor deberá identificar de manera clara y visible el contenido de los mismos.

Cuando en la recepción de los insumos, se detecte que no cumplen con las características solicitadas, éstos serán motivo de devolución para canje; en cuyo caso, los proveedores deberán realizar la reposición de los mismos, dentro de las 24 horas, contadas a partir de la fecha de notificación por parte de las Unidades Médicas sobre las deficiencias detectadas en los insumos, situación que deberá ser notificada a la Dirección General de Administración y Finanzas, con copia a la Dirección General de Prestación Servicios Médicos y Urgencias y a la Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos, quedando los proveedores obligados a resolver la demanda de las Pruebas de Laboratorio, independientemente de las penas convencionales que en su caso resulten.

Los envases primarios y secundarios serán los que determine el proveedor, en la inteligencia que deberán garantizar que los insumos se conserven en condiciones óptimas de empaque y embalaje durante el transporte y almacenaje, y que la calidad de los insumos se mantenga durante el periodo de vida útil, y de acuerdo a la Ley General de Salud.

El jefe o encargado del servicio verificará que los equipos para procesar Pruebas de Laboratorio y

sistema informático correspondan a los requerimientos técnicos establecidos en el contrato; así mismo que contenga etiqueta de identificación.

**9.- CONDICIONES DE ENTREGA Y PLAZO DE ENTREGA**

La instalación y puesta en funcionamiento de los equipos analíticos y sistemas informáticos de los mismos **deberá ser dentro de los 40 días naturales a partir de la firma del contrato**, para lo cual el proveedor deberá presentar el programa de trabajo correspondiente dentro del sobre de su propuesta técnica.

La instalación y puesta en funcionamiento del equipo de informática y de Control y Administración de Laboratorio (SCAL) de los mismos **deberá ser dentro de los 60 días naturales a partir de la firma del contrato**, para lo cual el proveedor deberá presentar el programa de trabajo correspondiente dentro de su propuesta técnica.

La Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias será la encargada de la supervisión de la transición y seguimiento del contrato, en el cambio de proveedor o proveedores de los Paquetes Integrales ofertados.

El proveedor se compromete a que para la primera entrega suministrará los insumos necesarios en cantidad doble de la cantidad mensual según se establece en las Cédulas de las Especificaciones Técnicas de cada subpartida y a la distribución de los **Anexos 1,10 y 11**

En las subsecuentes entregas, el proveedor suministrará los insumos que en forma previa y de conformidad con el Jefe o encargado del Laboratorio **Anexo 1,10 y 11**, se determinen que son necesarios para mantener la productividad de los Laboratorios Clínicos, vigilando no rebasar el máximo total general de Pruebas contratadas.

En caso de requerirse una cantidad superior de pruebas al máximo total general contratado, se deberá contar con la autorización por escrito de la Dirección General de Administración y Finanzas y con el visto bueno de Dirección General de Prestación Servicios Médicos y Urgencias y de la Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal.

El conteo de las pruebas se efectuará el día ultimo de cada mes antes de iniciar la jornada matutina (considerando que el período de conteo de Pruebas es del día 01 del mes pasado hasta el día ultimo del mes del corte) asentándose dicha información en los formatos denominado "Conteo de Pruebas", indicado en el **Anexo 5**. Dicho documento deberá ser firmado por los Servidores Públicos de la Unidad Médica, conforme al catálogo de firmas autorizadas que se le entregará al proveedor al momento del contrato, así como la firma del proveedor.

Con el objeto de estar en condiciones de hacer efectivo el pago al proveedor, el formato "conteo de pruebas" **Anexo 5**, deberá ser requisitado y anexado a la factura correspondiente. Se emitirá un original que deberá anexarse a la factura. La primera copia será para la administración de la unidad hospitalaria; la segunda copia para los servicios de Laboratorio de la Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias; la tercera copia para la Dirección de Medicamentos Tecnología e Insumos, y la cuarta copia para el proveedor, así mismo deberá entregar una informe desglosado por unidad médica a la Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias. Es indispensable que se emita un sólo original con firmas autógrafas y que las copias señalen claramente en el encabezado la palabra "COPIA".

Una vez firmado el formato de "Conteo de Pruebas" **Anexo 5**, la factura no requiere ser firmada, por lo que la Dirección General de Administración procederá a su pago, quedando bajo la estricta responsabilidad de los Servidores Públicos de cada Unidad Médica de la Red de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, los pagos que la Secretaria de Salud de la Ciudad de México realice en exceso o las penas convencionales que no puedan ser determinadas.

**10.- LUGAR DE ENTREGA**

Las direcciones de los lugares (destino final) para la entrega de los equipos para procesar Pruebas de Laboratorio, sistema informático e insumos que se indican en el **Anexo 4**. **(Aplicable también para sistemas informáticos SCAL.)**

La entrega de los equipos para procesar Pruebas de Laboratorio Clínico, sistema informático e insumos será en días hábiles de lunes a viernes de 8:00 a 13:00 horas, en las Unidades Médicas de la Red, relacionadas en el **Anexo 4** debiendo firmar el responsable del laboratorio y el Administrador la remisión y la carta custodia correspondiente.

La Secretaria de Salud de la Ciudad de México otorgará al proveedor los **Anexos 1,10 y 11**, el consumo promedio estimado mensual por Unidad Médica de la Red de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México para la distribución de insumos. En el entendido de que su distribución puede variar conforme a las necesidades de cada Unidad Médica de la Red de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, siempre y cuando no se rebase el número total general de Pruebas contratadas.

**11.- EMPAQUE Y TRANSPORTE**

La forma de empaque que se deberá utilizar es la que garantice a la Secretaria de Salud de la Ciudad de México que los equipos e insumos no sufran daño y/o avería alguna durante las maniobras de

carga, descarga, transporte terrestre, marítimo o aéreo y descarga en el Servicio de la Unidad Médica, cuando aplique deberán ser transportados en Red Fría o sistema similar, que asegure la identidad, calidad y seguridad de los productos, sin cargo.

**12.- PATENTES, MARCAS O DERECHOS DE AUTOR**

El proveedor a quien se adjudique el o los contratos, asumirá la responsabilidad total en el caso de que, infrinja patentes, marcas o derechos de autor u otros derechos exclusivos durante la vigencia del Contrato, sin responsabilidad para la Secretaria de Salud de la Ciudad de México.

**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-279-2020**

# ANEXO 3
# DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SCAL

# ANEXO 3

## 1. Descripción Técnica del SCAL.

2020

# A.- DESCRIPCION TECNICA DEL SCAL.

1. **Condiciones Generales.**

1.1. **Descripción.** En este anexo se considera el Sistema de Control y Administración de Laboratorio (SCAL), el cual será instalado por el proveedor ganador del servicio integral de laboratorio solicitado en las presentes bases y deberá sujetarse a las siguientes especificaciones. Dichos sistemas se instalarán en todos los laboratorios de las unidades médicas de la Secretaría.

1.2. **Experiencia.** El participante deberá mostrar fehacientemente su experiencia en la implementación de este tipo de sistemas para laboratorios, así como la realización de interfaces de su sistema con los instrumentos de las diferentes casas comerciales y deberá ser compatible al 100% con el Sistema de Administración Médica e Información Hospitalaria SAMIH

1.3. **Soporte Técnico**. Deberá probar que cuenta con una estructura de servicio con el personal técnico suficiente para cubrir oportunamente cualquier requerimiento de servicio al momento en que se solicite.

1.4. **Idioma**. El sistema deberá estar en idioma español, así como los manuales de operación.

1.5. **Manuales.** Los manuales de operación deberán entregarse en medio magnético.

1.6. **Ayudas.** Los sistemas deben de contar con ayuda en pantalla en los diferentes procesos.

1.7. **Adaptación.** El sistema necesariamente deberá adaptarse a las necesidades de los diferentes laboratorios clínicos de la red.

1.8. **Arquitectura.** Deberá estar diseñado en la arquitectura tipo cliente-Servidor con interface gráfica y contar con una aplicación basada en WEB para la consulta y comunicación en tiempo real entre las diferentes unidades hospitalarias, de la red descritas en estos anexos.

1.9. **Sistema Operativo**. Preferentemente Linux, RedHat o Mandrake en caso de ser un sistema operativo propietario (Unix, Windows XP service pack 3, Windows 2003 Enterprise, etc.), deberá proporcionar todas las licencias de uso respectivas para servidores y/o estaciones de trabajo. No se aceptan sistemas bajo MS-DOS.

1.10. **Tipo de Bases de datos**. Deberá usar bases de datos relacionales tipo SQL de preferencia basadas en el manejador de bases de datos relacional postgre SQL. En caso de utilizar un manejador de bases propietario (Oracle, Informix, Microsoft SQL, etc.), deberá proporcionar todas las licencias de uso respectivas para servidores y/o estaciones de trabajo.

1.11. **Tipo de Resultados**. Deberá manejar datos multimedia, es decir, los datos deberán ser numéricos, texto, según sea el caso.

1.12. **Tipo de Red**. Topología Ethernet y Protocolo TCP/IP e IPX, con velocidad mínima de 100 Mbps.

1.13. **Auditable.** Deberá contar con la capacidad ser auditado, rastreando los procesos con una bitácora de fecha, hora y operador de cada alta, modificación, o cancelación de pacientes, y de estudios.

1.14. **Reimpresión.** Contar con esta posibilidad en cualquiera de los reportes que emita el sistema.

1.15. **Instalación**. El proveedor ganador, contara con un plazo máximo de 45 días hábiles posteriores al fin de la puesta en marcha de los equipos de laboratorio para la instalación, capacitación y operación del sistema de control y administración respectivo.

1.16. **Especificaciones del equipo de cómputo**. Las especificaciones técnicas del equipo deberán ser las idóneas para permitir un flujo adecuado y ágil en el intercambio, distribución, almacenamiento y manejo de la información entre sus diferentes módulos o componentes del sistema propuesto, por lo que el proveedor deberá proporcionar la infraestructura de cómputo y red local acorde a su sistema.
Si durante la vigencia del contrato se presentan problemas o lentitud en el desarrollo operativo de los procesos informáticos, deberá efectuar la adecuación o actualización del equipo por otros de mayor capacidad y velocidad.

1.17. **Respaldo.** Cada equipo instalado deberá considerar de acuerdo a las necesidades de su sistema las protecciones de energía eléctrica (reguladores, no-break, etc), de respaldos (unidades de cinta, CD y DVD, etc.) necesarios para su operación, quedará bajo responsabilidad del proveedor ganador el prejuicio al sistema por falta de algunos de estos elementos unos u otros no indicados para su protección o su correcta operación.
Para los mecanismos de respaldo deberán contar con operaciones automatizadas de copias de seguridad, tanto de información de pacientes como de la configuración del sistema, así como la opción de recuperación total o parcial de la información respaldada.

1.18. **Seguridad.** Definición de niveles de acceso por usuario, solo usuarios autorizados podrán tener acceso a ciertas partes del sistema, además de contar con contraseña segura. Debe contar con la capacidad para auditar la operación de un usuario durante un periodo determinado.

1.19. **Exportación.** Deberá contar con una opción para poder exportar e importar la base de datos de y a otros sistemas, así como generación de datos estadísticos en formatos: xls, txt, etc.

1.20. **Migración.** Al finalizar el contrato, en común acuerdo entre el proveedor ganador y el proveedor saliente, deberán de migrar los datos propiedad de la Secretaria, del sistema actual al próximo que el proveedor ganador haya contratado, una vez concluida esta operación, se deberán vaciar los equipos de cómputo antes de ser retirados de la Secretaría.

1.21. **Derechos de autor.** Deberán proporcionar todos los elementos legales para el uso del sistema, es decir, no se permitirá la operación del sistema o de alguno de sus componentes que no cuente con las licencias de uso respectivas en cada equipo de cómputo.

1.22. **Consulta de resultados, control de calidad, inventarios de almacén y estadísticas por medio de la WEB en tiempo real** para aquellos usuarios con permiso de hacerlo; publicación de reportes estadísticos en períodos determinados por unidad hospitalaria, así como concentrados por tipo de unidad (Generales, pediátricos, Materno pediátrico, Materno Infantiles y especialidades), por zona geográfica (Norte, Sur, Oriente y poniente).



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

## 2. SCAL.

### 2.1. Características Generales.

a) El proveedor ganador del paquete integral 1 (uno) de laboratorio será el que establezca el **SCAL** así como los estándares para enlace de los equipos a través de sus interfaces.
b) Solo existirá un SCAL por toda la red por lo que los participantes deberán considerar las siguientes partidas a interfasar dentro delos paquetes integrales de laboratorio: 1)Química Clínica, Química Especial y Electrolitos, 2) Biometría Hemática y Gases Sanguíneos, 3) Coagulación, Uroanálisis, 4) Bacteriología, Bacteriología Especial, Microbiología Sanitaria y Diagnóstico Moleculary 5)Hormonas y Marcadores Inmunológicos, Perfil de Pruebas Cardiopulmonar,Perfil de TORCH, Perfil de Autoanticuerpos y Cariotipo Humano; así mismo deberán proporcionar todas las especificaciones para que el **SCAL** pueda integrarse con las interfaces de sus equipos, así mismo será responsable del costo que implique el Hardware y Software correspondiente.
c) El software propuesto por el proveedor ganador deberá tener la capacidad de interfasar los diferentes equipos propuestos en los paquetes integrales 1) Química Clínica, Química Especial y Electrolitos, 2) Biometría Hemática y Gases Sanguíneos, 3) Coagulación, Uroanálisis, 4) Bacteriología, Bacteriología Especial, Microbiología Sanitaria y Diagnóstico Moleculary 5) Hormonas y Marcadores Inmunológicos, Perfil de Pruebas Cardiopulmonar,Perfil de TORCH, Perfil de Autoanticuerpos y Cariotipo Humano;
d) El SCAL deberá ser compatible al 100% con el Sistema de Administración Médica e Información Hospitalaria SAMIH

### 2.2. Características particulares.

#### 2.2.1. Programación de citas, admisión de pacientes y hojas de trabajo.

a) Programación de citas. El sistema deberá proporcionar las herramientas necesarias y de validación de fechas o en función a catálogos, para poder registrar citas de los pacientes, así como la posibilidad de modificar, cancelar, confirmar y consultar los registros.
b) El sistema sugerirá fechas alternas para la cita de laboratorio de acuerdo a la agenda de cada laboratorio.
c) Deberá poder programar citas a través del WEB en los laboratorios de una unidad médica (laboratorio origen) a otra (laboratorio destino), en los casos en los que el laboratorio origen no realice las pruebas solicitadas al laboratorio destino y apegándose a los parámetros de citas de los laboratorios destino e incluir croquis de la dirección y localización del hospital.
d) Al momento de registrar el expediente del paciente se pueda ingresar una cita o una admisión sin necesidad de cambiar de pantalla.
e) Capacidad de programación de límite de citas por días de la semana, día específico o por estudio en cierto día de la semana con alarmas visuales y códigos de colores además del porcentaje de capacidad de recepción de citas para el día en que se requiera otorgar el servicio, esto para que no sea sobrepasado el límite programado.
f) Información requerida para realizar estudios: registros de los datos demográficos del paciente (nombre, dirección, teléfono, sexo, fecha de nacimiento y/o edad, etc), datos del



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

médico, procedencia (urgencias, unidad médica, cama, etc), clave o código de identificación, campo para observaciones.

g) En el sistema deberá tener las celdas para capturar los datos de folios, afiliación y diferenciar si los pacientes son del programa de gratuidad, seguro popular, exento de pago y pago.
h) Capacidad de reimpresión, consulta y recuperación de los datos del paciente a través de la base de datos del sistema desde cualquier unidad de la red hospitalaria.
i) Para solicitar estudios deberá mostrar un catálogo de todos los estudios que el laboratorio tenga registrados.
j) Calculo de entrega de resultados de forma automática, de acuerdo al tiempo de realización, mismo que el jefe de laboratorio podrá determinar y modificar dependiendo de su capacidad de operación.
k) Impresión de comprobante de cita, con las indicaciones para el paciente, los estudios solicitados, así como datos registrados y el número de cita en código de barras.
l) Visualización de todas las citas del día, en base a una lista de trabajo de citas la cual permita recuperar una cita ya asignada, así como la lista de trabajo completa al día siguiente.
m) Programación e ingresos de estudios por:
   - Nombre abreviado.
   - Selección múltiple de estudios.
   - Perfil o grupo de estudios.
   - Manejo de catálogo de estudios.
   - Modificaciones previo consenso en la reunión mensual de jefes de laboratorio.
n) Posibilidad de consultar o modificar los datos.
o) Admisión de pacientes utilizando el código de las citas o el código de barras del comprobante de citas.
p) Admisión de pacientes sin cita con recuperación de sus datos generales de la base de datos del sistema.
q) Admisión de pacientes de urgencias.
r) Posibilidad de visualizar en pantalla exactamente cuanta y cuales muestras tomar, además de imprimir indicaciones para el paciente en el momento de programar la cita.
s) Vista en pantalla de todas las admisiones en base a una lista de trabajo del día o mes en particular.
t) Opción de indicar al sistema si una muestra no pudo ser tomada o no fue entregada.
u) Manejo de muestras biológicas diversos para un mismo examen.
v) Impresión de etiquetas para tubo(s) de muestra con;
   - Código de barras.
   - Nombre del paciente.
   - Tipo de paciente.
   - Sexo y edad.
   - Fecha y hora de toma.
   - Estudios a realizar.
   - Unidad de atención.
w) Manejo de hojas de trabajo clasificadas por:
   - Áreas o sección del laboratorio.

- Tipo de estudios.
- Tipo de pacientes.
- Mezcla de las anteriores.
- Consulta e impresión de las mismas.
- Con formatos de impresión totalmente configurables según requerimientos del laboratorio.

**2.2.2. Posibilidad de definir el archivo de exámenes con los siguientes datos:**

a) Código único.
b) Nombre completo.
c) Nombre abreviado.
d) Peso estadístico.
e) Material biológico.
f) Especialidad.
g) Método de obtención.
h) Intervalo de realización del mismo estudio nuevamente.
i) Días necesarios para realizarlo.
j) Tipo de examen: sencillo, perfil, servicio, extra.
k) Numero de etiquetas.
l) Tipo de resultado: entero, real, codificado, texto, calculo.
m) Configuración de fórmulas para cálculos.
n) Unidad de media.
o) Valores de referencia: hombres, mujeres, niños, por edad.
p) Valores de referencia por días del ciclo o semanas de embarazo en caso de ser mujeres.
q) Examen con resultados múltiples.
r) Agrupación de exámenes.
s) Asignación de resultados predefinidos.
t) Selección de tipo de validación: analítica, clínica o ambas.

**2.2.3. Captura e ingreso de resultados de los estudios.**

a) Registrados en el sistema.
b) En línea para equipos con interfaces.
c) Con validación de resultados por paciente y por sección.
d) Modificación de los mismos solo con clave autorizada.
e) Mensajes visuales en color rojo de alarma o críticos.
f) Uso de las reglas clínicas.
g) Capturar resultados por un paciente en particular.
h) Capturar resultados por un área de trabajo en particular.
i) Posibilidad de consultar resultados de las visitas anteriores del paciente en forma gráfica y en tabla.
j) Posibilidad de registrar directamente textos precodificados.
k) Capacidad de identificar y guardar los resultados de estudios repetidos.
l) Alarmas sonoras y visuales para valores fuera de rango en función de la edad y/o sexo.

m) Seguimiento en todo momento del estado de un estudio (pendiente, capturado, cancelado, impreso, etc.).
n) Capacidad de registro de resultados con información de quien, cuando y a qué hora los realizaron, en que instrumento y quien realizo la validación.
o) La consulta a pacientes de meses anteriores deberá estar siempre en línea y no deberá ser consultado en un archivo histórico, esto para no disminuir la capacidad de búsqueda de un paciente y la rapidez de búsqueda del mismo.

**2.2.4. Manejo de las Interfaces con Instrumentos:**

a) De manera manual o automática (tanto para la programación del instrumento como para la recepción de resultados).
b) Manejo de interfaces mono o bi-direccional o "host-query"
c) Capacidad de manejo en forma "random" (aleatoria) o secuencial.
d) Validación de resultados recibidos manual o automáticamente.
e) Vista en pantalla de la lista de trabajo para cada área en forma horizontal la cual permita revisar los estudios que serán procesados en cada una de las interfaces y en todas aquellas áreas que no cuenten con interfaz, una vez que los resultados estén procesados o capturados los permita ver, en pantalla los resultados e imprimirlos.
f) Por medio de interfaces del SCAL con los diferentes analizadores (QuímicaClínica, Química Especial, Gases Sanguíneos, Electrolitos, Biometría Hemática, Bacteriología, Coagulación, Uroanalisis, Hormonas y Marcadores Inmunológicos, Perfil Cardiopulmonar, Diagnóstico Molecular, Perfil de Torch, Perfil de Autoanticuerpos

**2.2.5. Consulta e impresión de resultados por:**

a) Paciente (uno, varios seleccionados por usuarios o todos).
b) Tipo de programa de seguridad social a la cual pertenece el paciente (seguro popular, gratuidad, exentos de pago y pago)
c) Pacientes completos validados.
d) Estudio.
e) Unidad.
f) Servicio o Especialidad.
g) Medico.
h) Numero de cama.
i) Sección de laboratorio.
j) Estudios pendientes a reportar o imprimir.
k) Tipo de resultados normales y anormales.
l) Expedientes.
m) Todas las citas.
n) Citas vigentes.
o) Citas canceladas.
p) Cuando se imprime por grupos de pacientes, el sistema deberá imprimir una relación de los pacientes que fueron impresos.
q) El reporte de resultados deberá ser totalmente configurable.
r) En el reporte de resultados se deben diferenciar los casos de alarma o críticos.

s) Impresión de hoja de trabajo diario concentrado por: turno, jornada de trabajo, semana, mes o periodo determinado por el jefe o encargado del servicio.

**2.2.6. Listados de Estadísticas de Pacientes y Estudios por:**

a) Unidad.
b) Tipo de programa de seguridad social a la cual pertenece el paciente (seguro popular, gratuidad, exentos de pago y pago)
c) Servicio o especialidad médica.
d) Servicio a: consulta externa, hospitalización o urgencias.
e) Médico.
f) Sección de laboratorio.
g) Tipo de estudio.
h) Personalizada por acceso directo a la base de datos.
i) Capacidad de calcular, totalizar y reportar:
   - Dentro de un rango de fechas.
   - Por tipo de estudio y el equipo donde se efectuaron.
j) Manejo de estudios pendientes por fecha, sección o todo el laboratorio.
k) Resultados completos de un paciente en particular.
l) Resultados automáticamente cuando todos los estudios de un paciente estén completos.
m) Resultados completos de una fecha en particular.
n) Resultados completos de una procedencia en particular.
o) Todos los listados se configuran en base a las necesidades del laboratorio clínico.

**2.2.7. Manejo de Urgencias con capacidad de:**

Ingresar pacientes, capturar y validar resultados, imprimir resultados; todo desde una sola pantalla, los pacientes de urgencias, así como los pacientes de rutina deberá residir en la misma base de datos.

La consulta a pacientes de meses anteriores deberá estar siempre en línea y no deberá ser consultado en un archivo histórico, esto para no disminuir la capacidad de búsqueda de un paciente.

**2.2.8. Control de calidad.**

a) **En línea para los instrumentos interfasados que lo permitan.**
b) Entrada manual para los resultados de control de calidad por analito, tipo de control y número de lote, para las áreas que no cuentan con interfaces.
c) Hojas de control para cada uno de los estudios que reporta.
d) Capacidad de manejar reglas de Westgard, graficas de Levey-Jennings.
e) Generación e impresión de graficas de Levy-Jennings.
f) Capacidad de revisar todos los resultados desde cualquier unidad de la red hospitalaria. así como de la Dirección Ejecutiva de Atención Hospitalaria

g) Consulta de los resultados de control de calidad por analito, tipo de control y número de lote, incluyendo media, desviación estándar y coeficiente de variación.
h) Consulta del control de calidad a través de la WEB, para aquellos usuarios con permiso de hacerlo en tiempo real.

### 2.2.9. Almacén.

#### 2.2.9.1. Control.

a) Captura de datos generales de los proveedores (nombre, dirección y teléfono).
b) Captura de los datos generales de los insumos y reactivos (nombre, familia, unidad de medida, stock mínimo, stock máximo, número de lote, fecha de caducidad y proveedor).
c) Registro de entradas y salidas por fecha, tipo de reactivo o insumo, marca, número de lote, fecha de caducidad y sección a la que se entrega para su utilización.
d) Registro de traspasos entre almacenes de insumos y reactivos.
e) Control de existencias de insumos y reactivo por área de trabajo.
f) Alarmas visuales para los insumos y reactivo que han alcanzado el punto de reorden (stock mínimo).
g) Inicialización de existencias de insumos y reactivos.
h) Capacidad de crecimiento y adaptación de sistema a las necesidades propias de **"La Secretaría"** en el manejo estadístico y de reportes.
i) Consulta del inventario de insumos y reactivos por la WEB, para aquellos usuarios con permiso de hacerlo; en tiempo real.
j) Uso de lectores de código de barras para agilizar los procesos de entrada y salida de insumos y reactivos.

#### 2.2.9.2. Listados y Estadísticas de:

a) Ordenes.
b) Ordenes vigentes.
c) Ordenes cancelas.
d) Movimientos al almacén.
e) Punto de reorden.
f) Faltantes.
g) Sobrantes.
h) Consolidación.
i) Próximas caducidades.
j) Material caduco.

### 2.2.10. Configuración.

a) Capacidad para configurar parámetros de control del sistema como:
   - Vencimiento de los productos.
   - Activar o desactivar la carga de datos que se consideren necesarios.
   - *Capacidad de intercomunicación entre los laboratorios de La Secretaría.



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

- *Por modem.
- *Envió de resultados vía fax/modem.
- *Otro.

**2.3. Distribución.**

**2.3.1. Equipo.**

El proveedor ganador proporcionara la infraestructura de cómputo para el servicio licitado de acuerdo a las siguientes especificaciones.

Servicios de red para las estaciones de trabajo, incluyendo todo lo que requiera (tarjetas, cableado, Switch, Router, etc,) para la operación de la Red Local de todos los Laboratorios de la Secretaría.

Licencias para Sistemas Operativos, Bases de Datos, programas o sistemas que se requieran para la operación del SCAL, para el Servidor y las estaciones de trabajo, por esto se entiende como el permiso para utilizar uno o varios sistemas o conjunto de programas, para el manejo de pruebas de un paciente y poder emitir un reporte único, así como el almacenamiento y procesamiento de las mismas.

**a) Recepción de Laboratorio.**
Una estación de trabajo que cuente con lector de código de barras para la lectura de códigos impresos en las citas y de control de entradas de almacén. Infraestructura de impresión para código de barras, reportes, hojas de control, etc, relacionados con el SCAL para su completa operación.

**b) Química Clínica y Química Especial**
Una estación de trabajo con Interfase esto deberá ser por equipo instalado.

Cableado de red para las estaciones de trabajo que le correspondan.

**c) Electrolitos:**
Una estación de trabajo con interfase esto deberá ser por equipo instalado.

Conexión de red para las estaciones de trabajo que le correspondan. (en caso de no realizar estas pruebas en el equipo de química clínica)

**d) BiometríaHemática:**
Una estación de trabajo con interfase esto deberá ser por equipo instalado.

Conexión de red para las estaciones de trabajo que le correspondan.



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

**e) Bacteriología:**
Una estación de trabajo con interfase esto deberá ser por equipo instalado.

Conexión de red para las estaciones de trabajo que le correspondan.

**f) Coagulación:**
Una estación de trabajo con Interfase esto deberá ser por equipo instalado.

Cableado de red para las estaciones de trabajo que le correspondan.

**g) Uroanálisis:**
Una estación de trabajo con Interfase esto deberá ser por equipo instalado.

Cableado de red para las estaciones de trabajo que le correspondan (puede compartir la estación de trabajo con alguna otra sección de laboratorio)

**h) Pruebas especiales** (Hormonas y Marcadores Inmunológicos, Perfil de Pruebas Cardiopulmonar, Diagnóstico Molecular, Perfil de Torch, Perfil de Autoanticuerpos). Una estación de trabajo con Interfase esto deberá ser por equipo instalado. (donde corresponda). Cableado de red para las estaciones de trabajo necesarias.

**i) Una estación de trabajo sin interfase** con cableado en red para las estaciones de trabajo que le correspondan. Uso captura de resultados de equipos y pruebas manuales no interfasados

### 2.3.2. Consumibles.

El proveedor ganador del paquete integral 1 deberá contemplar durante el periodo contratado, la dotación de consumibles y accesorios, como toner, cintas o cartuchos de respaldo, papel, etiquetas para rotular los tubos primarios, tóner, etc, o lo requerido para el trabajo de impresión de cualquiera de los reportes que genere el **SCAL;** las etiquetas deberán resistir las velocidades de centrifugación utilizada en los laboratorios y de almacenamiento en refrigeración, sin menoscabo para su capacidad de lectura en los lectores de los equipos interfasados.

## 2.3.3 Descripción de los equipos de cómputo (Hardware) y terminología usada.

El almacenamiento deberá realizarse vía administración remota y deberá mantener la información siempre en línea; y esto será responsabilidad del proveedor ganador del paquete integral 1.

**a) Unidad Remota de Trabajo 1.** (la Dirección Ejecutiva de Atención Hospitalaria). En esta unidad remota deberá instalarse un sistema de internet vía WIFI, cable ó antena a y será con

cargo al proveedor los gastos de instalación y funcionamiento; mismos que deben mantener en conectividad con todos los servidores locales de cada uno de los laboratorios de la red.

- Procesador core i3540 a 3.06 Ghz mínimo.
- 4 GB de memória RAM mínimo.
- Disco duro SATA, con una capacidad mínima de 1TB.
- Monitor LED Full HD 25 pulgadas.
- Teclado.
- Mouse.
- Sistema operativo Windows (capacidad de interconectar con servidores de laboratorio)
- No-Break con regulador integrado de 500 VA.
- Impresora láser de mediano rendimiento.

**Para monitoreo remoto de los laboratorios de la Red Incluir:**

- MonitorLED Ultra HD de 32"
  - Tipo bisel
  - Suministro de alimentación: AC 110 - 120 V 60 Hz
  - Resolución: 1,920 x 1,080 Full HD
  - Entradas:
    - HDMI
    - USB
    - Salida de audio (mini jack)
- Incluir todos los materiales para la conectividad de la pantalla

**b) Unidad Remota de Trabajo 2.** (Dirección Ejecutiva de Atención Hospitalaria)

- Procesador core4 dúo a 2.0 Ghz mínimo
- 1 Gben RAM.
- 1 Disco duro SATA, con una capacidad mínima de 200 Gb,
- 1 Tarjeta de 100 Mbps.
- Teclado.
- Mouse.
- Monitor LCD 25"
- Nobreak con regulador integrado de 500 VA mínimo.
- Sistema operativo Windows XP profesional.

**c) Unidad Remota de Trabajo 3. (JUD. de Equipos, Insumos de Laboratorio e Imagen)**

- Procesador core 4 dúo a 2.0 Ghz mínimo
- 1 Gben RAM.
- 1 Disco duro SATA, con una capacidad mínima de 500 Gb,
- 1 Tarjeta de 100 Mbps.
- Teclado.
- Mouse.
- Monitor LCD 17"
- Nobreak con regulador integrado de 500 VA mínimo.
- Sistema operativo Windows XP profesional.

- Impresora láser de bajo rendimiento.

**d) Servidor Local (Laboratorio de las Unidades Hospitalarias).**

- Procesador Tipo Xeón 2.0 Ghz mínimo.
- 2 GB de memória RAM mínimo.
- 1 Disco duro SATA, con una capacidad mínima de 160 Gb,
- 1 Tarjeta de 100 Mbps.
- Teclado.
- Mouse.
- Monitor LCD o VCR15"
- Sistema operativo del servidor Windows Small Business Server 2003 (mínimo).
- Licencias de uso para la base de datos suficientes para cada estación de trabajo conectada al sistema Local.
- Base de datos relacionales SQL.
- No-Break con regulador integrado de 1 KVA.

**e) Estaciones de trabajo en recepción.**

PC con.

- Procesador de Pentium 4 o superior
- 512 Mb en RAM.
- Tarjeta de red integrada 100 Mbps.
- Disco duro de 80 Gb. Mínimo.
- Monitor LCD 15".
- Mouse.
- Teclado.
- Lector de código de barras.
- Nobreak con regulador integrado de 750 VA mínimo.
- Sistema operativo Windows XPprofesional.o superior
- Equipo para uso como estación de trabajo USB's Limitados o con Candado Electrónico para evitar contaminación de la red.

**f) Estaciones de trabajo en área operativa de rutina (en interfaz y sin interfaz)**

PC con.

- Procesador de Pentium 4 o superior
- 512 Mb en RAM.
- Un puerto serial.
- Tarjeta de red integrada 100 Mbps.
- Disco duro de 80 Gb. Mínimo.
- Monitor LCD 15".
- Mouse.

- Teclado.
- Nobreak con regulador integrado de 500 VA mínimo.
- Sistema operativo Windows XP profesional.

Nota: Una Estación de trabajo por equipo analizador.

**g) Impresoras.**

**Código de barras**

- Interfase serial, paralelo o USB.
- Velocidad de impresión de 2 a6 pulgadas por segundo.
- Con capacidad de manejar múltiples códigos de barras

**Impresora Láser de mediano rendimiento.**

- Impresora que imprima por arriba de 16 ppm.

**Impresora Láser de bajo rendimiento.**

- Impresora que imprima por arriba de 8 ppm.

**h) Switch de comunicación.**

- Switch acorde a las necesidades de cada unidad.

**i) Lector de código de barras.**

- Con capacidad de manejar múltiples bardcodes.
- Interfase USB.
- Con pedestal integrado.

**El servidor debe contemplar**

- Licencia de uso del sistema base.
- Licencias de uso para las bases de datos suficientes para cada estación de trabajo conectadas al sistema central.

**La estación de trabajo con interfase debe contemplar.**

- PC
- No-Break.
- Cableado de red.
- Impresora láser de bajo rendimiento.

**La estación de trabajo sin interfase debe contemplar.**

- PC
- No-Break.
- Cableado de red.

**2.3.3. Laboratorios donde se instalará elSCAL.**

1. Todas las Unidades Médicas, la la Dirección Ejecutiva de Atención Hospitalariay deberán tener comunicación vía Web para la revisión de productividad, estadísticas, solicitud de citas, inventarios, etc.; todo en tiempo real, según requerimientos de la Secretaría.



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-279-2020**

# ANEXO 4
# DIRECTORIO DE HOSPITALES

## ANEXO 4
## DIRECTORIO DE LOS HOSPITALES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO

### HOSPITALES GENERALES

HOSPITAL GENERAL DR. RUBÉN LEÑERO
Año de Fundación: 1943
Plan de San Luis y Díaz Mirón, Col. Casco de Santo Tomás
Alcaldía Miguel Hidalgo C.P. 11340. Teléfono 53 41 17 93

HOSPITAL GENERAL XOCO
Año de Fundación: 1962
Av. México Coyoacán s/n, Esq. Bruno Traven, Col. General Anaya
Alcaldía Benito Juárez C.P. 30340. Teléfono 56 88 91 31

HOSPITAL GENERAL BALBUENA
Año de Fundación: 1962
Cecilio Róbelo y sur No.103, Col. Aeronáutica Militar
Alcaldía Venustiano Carranza C.P. 15900.
Teléfono 55 52 16 02

HOSPITAL GENERAL LA VILLA
Año de Fundación: 1964
Av. San Juan de Aragón No 285, Col. Granjas Modernas.
Alcaldía Gustavo A. Madero C.P. 07460. Teléfono 55 77 88 67

HOSPITAL GENERAL DR. GREGORIO SALAS FLORES
Año de Fundación: 1969
Carmen No. 41, Col. Centro
Alcaldía Cuauhtémoc C.P 06020. Teléfono 57 02 03 72

HOSPITAL GENERAL MILPA ALTA
Año de Fundación: 1970
Carretera Milpa Alta Chalco Km. 2.5, Col. Villa Milpa Alta
Alcaldía Milpa Alta .C.P. 12000. Teléfono 22 11 58 39

HOSPITAL GENERAL TICOMÁN
Año de Fundación: 1979
Plan de San Luis S/n, Col. Ticomán
Alcaldía Gustavo A. Madero. C.P. 07330.
Teléfono 57 54 39 79

HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA C.E.E.
Año de Fundación: 1989
Av. Ermita Iztapalapa No. 3018, Col. Citlalli
Alcaldía Iztapalapa. C.P. 09660. Teléfono 54 29 32 10

HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA
Año de Fundación: 2007
Av. Centenario, esquina prolongación 5 de mayo, Col. Ex hacienda de Tarango
Alcaldía Álvaro Obregón Teléfono 12 85 29 54

HOSPITAL GENERAL TLAHUAC.
Av. Gabriela Mistral No 655, Col. Villa Centroamericana y del Caribe
Alcaldía Tláhuac

HOSPITAL GENERAL AJUSCO MEDIO
Calle Encino No 41, Col. Ampliación Miguel Hidalgo
Alcaldía Tlalpan.

HOSPITAL GENERAL EMILIANO ZAPATA.
Calle Cuco Sánchez No 171 Mza 143 Lt. 1
Col. Ampliación Emiliano Zapata
Alcaldía Iztapalapa

HOSPITAL GENERAL TORRE MEDICA TEPEPAN.
Av. La Joya S/N Col. Valle Escondido.
Alcaldía Tlalpan C.P.16020

**HOSPITALES PEDIATRICOS**

HOSPITAL PEDIÁTRICO AZCAPOZALCO
Año de Fundación: 1958
Av. Azcapotzalco No. 731, Col. Azcapotzalco
C.P. 0200. Teléfono 55 61 28 54

HOSPITAL PEDIÁTRICO VILLA
Año de Fundación: 1960
Avenida Cantera, Esq. Hidalgo S/n, Col. Estanzuela
Alcaldía Gustavo A. Madero C.P. 07050. Teléfono 57 81 20 69

HOSPITAL PEDIÁTRICO IZTAPALAPA
Año de Fundación: 1960
Calzada Ermita Iztapalapa No. 780, Col. Granjas San Antonio
Alcaldía Iztapalapa C.P. 09070. Teléfono 56 85 94 16

HOSPITAL PEDIÁTRICO TACUBAYA
Año de Fundación: 1961
Calle Carlos Lazo No.25, Esq. Gaviota, Col. Tacubaya
Alcaldía Miguel Hidalgo C.P. 11870. Teléfono 55 15 79 20

HOSPITAL PEDIÁTRICO MOCTEZUMA
Año de Fundación: 1961
Oriente 158 No. 189, Col. Moctezuma 2da. Sección
Alcaldía Venustiano Carranza C.P. 15530.
Teléfono 55 71 40 57

HOSPITAL PEDIÁTRICO IZTACALCO
Año de Fundación: 1962
Avenida Coyuya y Terraplén de Río Frío S/n, Col. La Cruz
Alcaldía Iztacalco C.P. 08310. Teléfono 56 57 93 75

HOSPITAL PEDIÁTRICO PERALVILLO
Año de Fundación: 1962
Tolnahuac No. 14, Col. San Simón
Alcaldía Cuauhtémoc C.P. 06920. Teléfono 55 83 41 80

HOSPITAL PEDIÁTRICO COYOACÁN
Año de Fundación: 1962
Moctezuma No. 18, Col. Del Carmen Coyoacán
Alcaldía Coyoacán C.P. 0400. Teléfono 55 54 28 60

HOSPITAL PEDIÁTRICO LEGARIA
Año de Fundación: 1963
Calzada Legaría 371, Col. México Nuevo
Alcaldía Miguel Hidalgo C. P. 11260. Teléfono 50 82 76 42

HOSPITAL PEDIÁTRICO SAN JUAN DE ARAGÓN
Año de Fundación: 1964
Av. 506 entre calle 517 y 521, Col. San Juan de Aragón 1a. Sección
Alcaldía Gustavo A. Madero C.P. 07969. Teléfono 55 51 00 03

**HOSPITALES MATERNOS**

HOSPITAL MATERNO INFANTIL INGUARÁN
Año de Fundación: 1963
Estaño No. 307, Esq. Congreso de la Unión, Col. Felipe Ángeles
Alcaldía Venustiano Carranza C.P 15310. Teléfono 57 95 67 64

HOSPITAL MATERNO INFANTIL TOPILEJO
Año de Fundación: 1970
Calzada Santa Cruz No. 1, Col. San Miguel Topilejo
Alcaldía Tlalpan C.P. 14500. Teléfono 58 48 08 70

HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC
Año de Fundación: 1970
Emiliano Zapata No 17, Col. Cuautepec Barrio Bajo
Alcaldía Gustavo A. Madero C.P. 07200. Teléfono 53 06 21 90

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR. NICOLÁS M. CEDILLO
Año de Fundación: 1971
Gustavo J. S/n, Esq. Víctor Hernández Covarrubias, Col. Unidad Francisco Villa
Alcaldía Azcapotzalco C.P. 02400. Teléfono 53 94 05 65

HOSPITAL MATERNO INFANTIL TLÁHUAC
Año de Fundación: 1977
Av. Tláhuac Chalco No. 231, Col. La Habana
Alcaldía Tláhuac C.P. 13050. Teléfono 58 42 36 01

HOSPITAL MATERNO INFANTIL MAGDALENA CONTRERAS
Año de Fundación: 1982
Av. Luís Cabrera No. 619, Col. San Jerónimo Lídice
Alcaldía Magdalena Contreras C.P. 10200.
Teléfono 56 83 50 94

HOSPITAL MATERNO INFANTIL XOCHIMILCO
Año de Fundación: 1963
Prolongación 16 de Septiembre y Calzada Nativitas, Barrio Xaltocán
Alcaldía Xochimilco C.P. 16090. Teléfono 56 76 49 93

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ
Año de Fundación: 2005
Av. Tlahuac No. 4866, Esq. Zacatlan, Col. San Lorenzo Tezonco
Alcaldía Iztapalapa C.P. 09790. Teléfono 58 50 00 02

CLINICA HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TOXICOLOGICAS VENUSTIANO CARRANZA.
Calle Ernesto Uruchurtu S/N
Esquina prolongación Rio Churubusco
Col. Adolfo López Mateos

CENTRO TOXICOLOGICO XOCHIMILCO.
Av. Prolongación División del Norte, Esq. Av. México. S/N
Xochimilco, Huichapan CP 16030 CDMX.



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-279-2020**

# ANEXO 5
# FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

Abastecimiento, registro, guarda, control y rendimiento de reactivos para procesar muestras del Laboratorio Clínico.

| Día | Mes | Año |
|---|---|---|
| | | |



| Formato | Coteo de Pruebas con cargo al proveedor |
|---|---|

**Instructivo**

| Dice | No. | Debe anotarse |
|---|---|---|
| Unidad Médica de referencia | 1 | Nombre completo de la Unidad Médica a la que pertenecen las muestras del Servicio de Laboratorio Clínico. |
| Unidad Médica que procesa muestras | 2 | Nombre completo de la Unidad Médica que realiza las pruebas de Laboratorio Clínico. |
| Partida y proveedor | 3 | Nombre completo de la partida y del proveedor que suministrará el reactivo para procesar muestras de Laboratorio |
| No de Contrato | 4 | Número de contrato asignado al proveedor por la Dirección General de Administración para la Adquisición de Pruebas de Laboratorio Clínico con Suministro de Equipo y Sistema Informático |
| Fecha y hora | 5 | Indicar la hora y fecha (con dos dígitos el día, mes y año) en que se entregan las muestras de laboratorio por parte de la Unidad Médica de referencia al proveedor. Así como la entrega de resultados por el proveedor a la Unidad Médica de referencia. |
| Causa por las que se procesa en otra unidad médica | 6 | Indicar la causa debida a la que no se procesan pruebas de laboratorio en la Unidad médica de referencia. Así como, el número de reporte y la fecha de notificación al proveedor. |

| | | |
|---|---|---|
| No. progresivo | 7 | Número progresivo de las muestras que se entregan al proveedor. |
| Nombre del paciente | 8 | Nombre completo del paciente al que pertenecen las muestras de laboratorio. |
| Pruebas a realizar | 9 | Número total de pruebas a realizar a la muestra del paciente. |
| Pruebas efectivas realizadas | 10 | Número total de pruebas a la muestra del paciente. |
| Observaciones | 11 | En caso de ser necesario se anotará brevemente las aclaraciones pertinentes, respecto al conteo de pruebas. |
| Nombre | 12 | Nombre completo de las personas que aparecen en la columna de cargo y validan el conteo de pruebas. |
| Firma | 13 | Firma de las personas que aparecen en la columna de cargo y validan el conteo de pruebas. |

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**QUIMICA CLÍNICA.**

**UNIDAD MÉDICA:** (1)

**No DE LICITACIÓN:** (2) **No. DE CONTRATO:** (3)

**PROVEEDOR:** (4) **EQUIPO:** (5)

**PARTIDA:** (6) **No. CONS CONTEO:** (7)

**FECHA DE ELABORACIÓN:** (8)

**PERIODO DEL CONTEO: DEL:** (9) **AL:**

| CONCEPTO | NÚMERO |
|---|---|
| A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO | (10) |
| B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO | (11) |
| C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS (B-A) | (12) |
| D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS | (13) |
| E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR. | (14) |
| F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS PARA PAGO (C-(D + E) | (15) |

**OBSERVACIONES:** (16)

**VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN**

| CARGO | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| Jefe o Encargado de laboratorio clínico. | (17) | (18) |
| *Encargado de la Administración. | | |
| *Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica. | | |
| Proveedor. | | |

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

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**

**QUIMICA CLÍNICA**

**UNIDAD MÉDICA:** _____

| DESCRIPCIÓN | PRUEBAS |
|---|---|
| ACIDO URICO | |
| ALANINA AMINOTRANSFERASA (ALT) | |
| ALBÚMINA | |
| AMILASA | |
| ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) | |
| BILIRRUBINA DIRECTA | |
| BILIRRUBINA TOTAL | |
| CALCIO TOTAL | |
| COLESTEROL TOTAL | |
| COLESTEROL HDL | |
| COLESTEROL LDL | |
| CREATINACINASA FRACCIÓN MB | |
| CREATINACINASA TOTAL | |
| CREATININA | |
| DESHIDROGENASA LÁCTICA | |
| FOSFATASA ALCALINA | |
| FÓSFORO | |
| GAMMAGLUTAMILTRANSPEPTIDASA GGT | |
| GLUCOSA | |
| LIPASA | |
| MAGNESIO | |
| PROTEÍNAS TOTALES | |
| TRIGLICÉRIDOS | |
| UREA | |
| TOTAL DE PRUEBAS | |

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

( _____ )

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**QUIMICA ESPECIAL.**

**UNIDAD MÉDICA:** (1)

**No DE LICITACIÓN:** (2) **No. DE CONTRATO:** (3)

**PROVEEDOR:** (4) **EQUIPO:** (5)

**PARTIDA:** (6) **No. CONS CONTEO:** (7)

**FECHA DE ELABORACIÓN:** (8)

**PERIODO DEL CONTEO: DEL:** (9) **AL:**

| CONCEPTO | NÚMERO |
|---|---|
| A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO | (10) |
| B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO | (11) |
| C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS (B-A) | (12) |
| D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS | (13) |
| E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR. | (14) |
| F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS PARA PAGO (C-(D + E) | (15) |

**OBSERVACIONES:** (16)

**VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN**

| CARGO | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| Jefe o Encargado de laboratorio clínico. | (17) | (18) |
| *Encargado de la Administración. | | |
| *Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica. | | |
| Proveedor. | | |

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

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**QUIMICA ESPECIAL**

**UNIDAD MÉDICA:** _____

| DESCRIPCIÓN | PRUEBAS |
|---|---|
| HEMOGLOBINA GLICOSILADA | |
| MICROPROTEINAS | |
| ANTIESTREPTOLISINA | |
| FACTOR REUMATOIDE | |
| PROTEINA C REACTIVA DE ALTA SENSIBILIDAD | |
| MICROALBÚMINA | |
| CISTATINA C | |
| HIERRO | |
| TRANSFERRINA | |
| CAPACIDAD DE FIJACIÓN DE HIERRO | |
| ACETAMINOFEN | |
| ACIDO VALPROICO | |
| ALCOHOL | |
| ANFETAMINAS | |
| BARBITURICOS | |
| BENZODIAZAPINAS | |
| CANABINOIDES | |
| CARBAMAZEPINA | |
| COCAINA | |
| COLINESTERASA | |
| DIGOXINA | |
| FENITOINA | |
| FENOBARBITAL | |
| OPIACEOS | |
| DROGAS DE ABUSO PRUEBA RÁPIDA | |
| **TOTAL DE PRUEBAS** | |

**ANOTAR CON LETRA EL NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS.**

( _____ )

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**

**GASES**

**UNIDAD MÉDICA:** (1)

**No DE LICITACIÓN:** (2) **No. DE CONTRATO:** (3)

**PROVEEDOR:** (4) **EQUIPO:** (5)

**PARTIDA:** (6) **No. CONS CONTEO:** (7)

**FECHA DE ELABORACIÓN:** (8)

**PERIODO DEL CONTEO: DEL:** (9) **AL:**

| CONCEPTO | NÚMERO |
|---|---|
| A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO | (10) |
| B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO | (11) |
| C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS (B-A) | (12) |
| D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS | (13) |
| E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR. | (14) |
| F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS PARA PAGO (C-(D + E) | (15) |

**OBSERVACIONES:** (16)

**VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN**

| CARGO | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| Jefe o Encargado de laboratorio clínico. | (17) | (18) |
| *Encargado de la Administración. | | |
| *Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica. | | |
| Proveedor. | | |

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

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**GASES**

**UNIDAD MÉDICA:** _____

| DESCRIPCIÓN | PRUEBAS |
|---|---|
| GASOMETRIA | |
| LACTATO | |
| **TOTAL DE PRUEBAS** | |

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

( f )

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**ELECTROLITOS (Na, K, Cl Y/O Ca)**

**UNIDAD MÉDICA:** _____

**No DE LICITACIÓN:** (2) _____ **No. DE CONTRATO:** (3) _____

**PROVEEDOR:** (4) _____ **EQUIPO:** (5) _____

**PARTIDA:** (6) _____ **No. CONS CONTEO:** (7) _____

**FECHA DE ELABORACIÓN:** (8) _____

**PERIODO DEL CONTEO: DEL:** (9) _____ **AL:** _____

| CONCEPTO | NÚMERO |
|---|---|
| A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO | (100) |
| B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO | (11) |
| C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS (B-A) | (12) |
| D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS | (13) |
| E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR. | (14) |
| F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS PARA PAGO (C-(D + E) | (15) |

**OBSERVACIONES:** (16) _____

**VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN**

| CARGO | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| Jefe o Encargado de laboratorio clínico. | (17) | (18) |
| *Encargado de la Administración. | | |
| *Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica. | | |
| Proveedor. | | |

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

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**ELECTROLITOS**

**UNIDAD MÉDICA:** _____

| DESCRIPCIÓN | PRUEBAS |
|---|---|
| Na, K, Cl y/o Ca | |
| **TOTAL DE PRUEBAS** | |

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

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**

**BIOMETRÍA HEMATICA DE CINCO POBLACIONES DE LEUCOCITOS**

**UNIDAD MÉDICA:** (1)

**No DE LICITACIÓN:** (2) **No. DE CONTRATO:** (3)

**PROVEEDOR:** (4) **EQUIPO:** (5)

**PARTIDA:** (6) **No. CONS CONTEO:** (7)

**FECHA DE ELABORACIÓN:** (8)

**PERIODO DEL CONTEO: DEL:** (9) **AL:**

| CONCEPTO | NÚMERO |
|---|---|
| F) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO | (10) |
| G) CONTADOR FINAL DEL PERIODO | (11) |
| H) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS (B-A) | (12) |
| I) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS | (13) |
| J) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR. | (14) |
| F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS PARA PAGO (C-(D + E) | (15) |

**OBSERVACIONES:** (16)

**VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN**

| CARGO | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| Jefe o Encargado de laboratorio clínico. | (17) | (18) |
| *Encargado de la Administración. | | |
| *Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica. | | |
| Proveedor. | | |

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

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**BIOMETRIA HEMATICA**

**UNIDAD MÉDICA:** _____

| DESCRIPCIÓN | PRUEBAS |
|---|---|
| BIOMETRIA HEMATICA DE CINCO POBLACIONES DE LEUCOCITOS | |
| **TOTAL DE PRUEBAS** | |

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

( _____ )

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**BACTERIOLOGIA**

**UNIDAD MÉDICA:** (1)

**No DE LICITACIÓN:** (2) **No. DE CONTRATO:** (3)

**PROVEEDOR:** (4) **EQUIPO:** (5)

**PARTIDA:** (6) **No. CONS CONTEO:** (7)

**FECHA DE ELABORACIÓN:** (8)

**PERIODO DEL CONTEO: DEL:** (9) **AL:**

| CONCEPTO | NÚMERO |
|---|---|
| A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO | (10) |
| B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO | (11) |
| C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS (B-A) | (12) |
| D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS | (13) |
| E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR. | (14) |
| F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBA PARA PAGO (C-(D + E) | (15) |

**OBSERVACIONES:** (16)

**VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN**

| CARGO | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| Jefe o Encargado de laboratorio clínico. | (17) | (18) |
| *Encargado de la Administración. | | |
| *Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica. | | |
| Proveedor. | | |

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

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**BACTERIOLOGIA**

**UNIDAD MÉDICA:** _____

| DESCRIPCIÓN | PRUEBAS |
|---|---|
| MARCHAS BACTERIOLOGICAS | |
| **TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS** | |

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

( _____ )

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**COAGULACION**

**UNIDAD MÉDICA:** (1) _____

**No DE LICITACIÓN:** (2) _____ **No. DE CONTRATO:** (3) _____

**PROVEEDOR:** (4) _____ **EQUIPO:** (5) _____

**PARTIDA:** (6) _____ **No. CONS CONTEO:** (7) _____

**FECHA DE ELABORACIÓN:** (8) _____

**PERIODO DEL CONTEO: DEL:** (9) _____ **AL:** _____

| CONCEPTO | NÚMERO |
|---|---|
| A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO | (10) |
| B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO | (11) |
| C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS (B-A) | (12) |
| D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS | (13) |
| E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR. | (14) |
| F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS PARA PAGO (C-(D + E) | (15) |

**OBSERVACIONES:** (16) _____

**VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN**

| CARGO | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| Jefe o Encargado de laboratorio clínico. | (17) | (18) |
| *Encargado de la Administración. | | |
| *Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica. | | |
| Proveedor. | | |

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

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**COAGULACION**

**UNIDAD MÉDICA:** _____

| DESCRIPCIÓN | PRUEBAS |
|---|---|
| TP | |
| TTP | |
| FIBRINOGENO | |
| DIMERO D | |
| **TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS** | |

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

( _____ )



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**UROANALISIS**

**UNIDAD MÉDICA:** (1)

**No DE LICITACIÓN:** (2) **No. DE CONTRATO:** (3)

**PROVEEDOR:** (4) **EQUIPO:** (5)

**PARTIDA:** (6) **No. CONS CONTEO:** (7)

**FECHA DE ELABORACIÓN:** (8)

**PERIODO DEL CONTEO: DEL:** (9) **AL:**

| CONCEPTO | NÚMERO |
|---|---|
| K) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO | (10) |
| L) CONTADOR FINAL DEL PERIODO | (11) |
| M) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS (B-A) | (12) |
| N) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS | (13) |
| O) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR. | (14) |
| F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS PARA PAGO (C-(D + E) | (15) |

**OBSERVACIONES:** (16)

**VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN**

| CARGO | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| Jefe o Encargado de laboratorio clínico. | (17) | (18) |
| *Encargado de la Administración. | | |
| *Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica. | | |
| Proveedor. | | |

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



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**UROANALISIS**

**UNIDAD MÉDICA:** _____

| DESCRIPCIÓN | PRUEBAS |
|---|---|
| PRUEBAS DE UROANALISIS | |
| **TOTAL DE PRUEBAS** | |

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

( _____ )



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**HORMONAS Y MARCADORES INMUNOLOGICOS**

**UNIDAD MÉDICA:** (1)

**No DE LICITACIÓN:** (2) **No. DE CONTRATO:** (3)

**PROVEEDOR:** (4) **EQUIPO:** (5)

**PARTIDA:** (6) **No. CONS CONTEO:** (7)

**FECHA DE ELABORACIÓN:** (8)

**PERIODO DEL CONTEO: DEL:** (9) **AL:**

| CONCEPTO | NÚMERO |
|---|---|
| F) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO | (10) |
| G) CONTADOR FINAL DEL PERIODO | (11) |
| H) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS (B-A) | (12) |
| I) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS | (13) |
| J) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR. | (14) |
| F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS PARA PAGO (C-(D + E) | (15) |

**OBSERVACIONES:** (16)

**VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN**

| CARGO | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| Jefe o Encargado de laboratorio clínico. | (17) | (18) |
| *Encargado de la Administración. | | |
| *Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica. | | |
| Proveedor. | | |

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

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**HORMONAS Y MARCADORES INMUNOLOGICOS**

**UNIDAD MÉDICA:** _____

| DESCRIPCIÓN | PRUEBAS |
|---|---|
| HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH) | |
| PROLACTINA | |
| TESTOSTERONA | |
| ESTRADIOL | |
| PROGESTERONA | |
| HORMONA LUTEINIZANTE (LH) | |
| HORMONA GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA CUANTITATIVA | |
| TIROXINA (T4) | |
| TIROXINA LIBRE (FT4) | |
| TRYODOTIRONINA (T3) | |
| TRYODOTIRONINA LIBRE (FT3) | |
| T UPTAKE (T FIJACION) | |
| HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES (TSH) | |
| CORTISOL | |
| INSULINA | |
| HORMONA PARATIROIDEA (PTH) | |
| ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECIFICO (PSA) | |
| ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECIFICO LIBRE (PSA LIBRE) | |
| CA 15.3 | |
| CA 19.9 | |
| CA 125 | |
| ALFAFETOPROTEÍNA | |
| ANTIGENO CARCIGENOEMBRIONARIO | |
| IG E | |
| IGA | |
| IGM | |
| FERRITINA | |
| FOLATOS | |
| **TOTAL DE PRUEBAS** | |

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

( _____ )

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**BACTERIOLOGIA ESPECIAL**

**UNIDAD MÉDICA:** (1)

**No DE LICITACIÓN:** (2) **No. DE CONTRATO:** (3)

**PROVEEDOR:** (4) **EQUIPO:** (5)

**PARTIDA:** (6) **No. CONS CONTEO:** (7)

**FECHA DE ELABORACIÓN:** (8)

**PERIODO DEL CONTEO: DEL:** (9) **AL:**

| CONCEPTO | NÚMERO |
|---|---|
| F) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO | (10) |
| G) CONTADOR FINAL DEL PERIODO | (11) |
| H) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS (B-A) | (12) |
| I) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS | (13) |
| J) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR. | (14) |
| F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS PARA PAGO (C-(D + E) | (15) |

**OBSERVACIONES:** (16)

**VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN**

| CARGO | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| Jefe o Encargado de laboratorio clínico. | (17) | (18) |
| *Encargado de la Administración. | | |
| *Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica. | | |
| Proveedor. | | |

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



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**BACTERIOLOGIA ESPECIAL**

**UNIDAD MÉDICA:** _____

| DESCRIPCIÓN | PRUEBAS |
|---|---|
| COAGLUTINACIÓN | |
| PERFIL DE PRUEBA E. COLI SEROTIPOS A,B,C | |
| PERFIL DE PRUEBA SALMONELLA A (HASTA I MAS VI) | |
| PERFIL DE PRUEBA SHIGELLA SEROTIPOS A,B,C Y D | |
| HEMOCULTIVO Y LÍQUIDOS ESTERILES PRIMOAISLAMIENTO (HASTA 2 BOTELLAS) | |
| PERFIL DE MEDIOS PARA MUESTREO DE ZONAS ESTERILES E INERTES. | |
| IDENTIFICACIÓN Y SENSIBILIDAD DE MICOPLASMA Y UREAPLASMA | |
| PROCALCITONINA | |
| **TOTAL DE PRUEBAS** | |

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

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**PERFIL CARDIOPULMONAR**

**UNIDAD MÉDICA:** (1) _____

**No DE LICITACIÓN:** (2) _____ **No. DE CONTRATO:** (3) _____

**PROVEEDOR:** (4) _____ **EQUIPO:** (5) _____

**PARTIDA:** (6) _____ **No. CONS CONTEO:** (7) _____

**FECHA DE ELABORACIÓN:** (8) _____

**PERIODO DEL CONTEO: DEL:** (9) _____ **AL:** _____

| CONCEPTO | NÚMERO |
|---|---|
| K) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO | (10) |
| L) CONTADOR FINAL DEL PERIODO | (11) |
| M) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS (B-A) | (12) |
| N) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS | (13) |
| O) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR. | (14) |
| F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS PARA PAGO (C-(D + E) | (15) |

**OBSERVACIONES:** (16) _____

**VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN**

| CARGO | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| Jefe o Encargado de laboratorio clínico. | (17) | (18) |
| *Encargado de la Administración. | | |
| *Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica. | | |
| Proveedor. | | |

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



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**CARDIOPULMONAR**

**UNIDAD MÉDICA:** _____

| DESCRIPCIÓN | PRUEBAS |
|---|---|
| MIOGLOBINA CUANTITATIVA PRUEBA RÁPIDA | |
| TROPONINA I CUANTITATIVA PRUEBA RÁPIDA | |
| PÉPTIDO NATIURÉTICO (BNP) CUANTITATIVA PRUEBA RÁPIDA | |
| DIMERO D CUANTITATIVA PRUEBA RÁPIDA | |
| CK-MB MASA CUANTITATIVA PRUEBA RÁPIDA | |
| **TOTAL DE PRUEBAS** | |

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

( _____ )

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**DIAGNOSTICO MOLECULAR**

**UNIDAD MÉDICA:** (1)

**No DE LICITACIÓN:** (2) **No. DE CONTRATO:** (3)

**PROVEEDOR:** (4) **EQUIPO:** (5)

**PARTIDA:** (6) **No. CONS CONTEO:** (7)

**FECHA DE ELABORACIÓN:** (8)

**PERIODO DEL CONTEO: DEL:** (9) **AL:**

| CONCEPTO | NÚMERO |
|---|---|
| P) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO | (10) |
| Q) CONTADOR FINAL DEL PERIODO | (11) |
| R) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS (B-A) | (12) |
| S) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS | (13) |
| T) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR. | (14) |
| F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS PARA PAGO (C-(D + E) | (15) |

**OBSERVACIONES:** (16)

**VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN**

| CARGO | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| Jefe o Encargado de laboratorio clínico. | (17) | (18) |
| *Encargado de la Administración. | | |
| *Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica. | | |
| Proveedor. | | |

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

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**DIAGNOSTICO MOLECULAR**

**UNIDAD MÉDICA:** _____

| DESCRIPCIÓN | PRUEBAS |
|---|---|
| VIRUS DE PAPILOMA HUMANO | |
| CHLAMYDIA TRACHOMATIS | |
| NEISSERIA GONORRHOEAE | |
| MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS | |
| PANEL RESPIRATORIO ( 20 PATÓGENOS RESPIRATORIOS) | |
| PANEL GASTROINTESTINAL (22 MICROORGANISMOS) | |
| PANEL MENINGITIS/ENCEFALITIS (14 PATÓGENOS) | |
| **TOTAL DE PRUEBAS** | |

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

( _____ )

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**MICROBIOLOGIA SANITARIA**

**UNIDAD MÉDICA:** (1)

**No DE LICITACIÓN:** (2) **No. DE CONTRATO:** (3)

**PROVEEDOR:** (4) **EQUIPO:** (5)

**PARTIDA:** (6) **No. CONS CONTEO:** (7)

**FECHA DE ELABORACIÓN:** (8)

**PERIODO DEL CONTEO: DEL:** (9) **AL:**

| CONCEPTO | NÚMERO |
|---|---|
| U) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO | (10) |
| V) CONTADOR FINAL DEL PERIODO | (11) |
| W) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS (B-A) | (12) |
| X) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS | (13) |
| Y) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR. | (14) |
| F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS PARA PAGO (C-(D + E) | (15) |

**OBSERVACIONES:** (16)

**VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN**

| CARGO | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| Jefe o Encargado de laboratorio clínico. | (17) | (18) |
| *Encargado de la Administración. | | |
| *Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica. | | |
| Proveedor. | | |

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

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**MICROBIOLOGIA SANITARIA**

**UNIDAD MÉDICA:** _____

| DESCRIPCIÓN | PRUEBAS |
|---|---|
| ALIMENTOS CRUDOS * | |
| ALIMENTOS COCIDOS ** | |
| AGUA PREPARADA ** | |
| FORMULAS LACTEAS * | |
| AGUA DE USO COMUN * | |
| JABÓN, DESINFECTANTE Y ANTISÉPTICO ** | |
| **TOTAL DE PRUEBAS** | |

**(TOMA DE MUESTRA: *MUESTRA MENSUAL, **MUESTRA BIMESTRAL)**
**ANOTAR CON LETRA EL NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS:**

(_____)

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**PERFIL DE TORCH**

**UNIDAD MÉDICA:** (1)

**No DE LICITACIÓN:** (2) **No. DE CONTRATO:** (3)

**PROVEEDOR:** (4) **EQUIPO:** (5)

**PARTIDA:** (6) **No. CONS CONTEO:** (7)

**FECHA DE ELABORACIÓN:** (8)

**PERIODO DEL CONTEO: DEL:** (9) **AL:**

| CONCEPTO | NÚMERO |
|---|---|
| Z) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO | (10) |
| AA) CONTADOR FINAL DEL PERIODO | (11) |
| BB) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS (B-A) | (12) |
| CC) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS | (13) |
| DD) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR. | (14) |
| F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS PARA PAGO (C-(D + E) | (15) |

**OBSERVACIONES:** (16)

**VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN**

| CARGO | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| Jefe o Encargado de laboratorio clínico. | (17) | (18) |
| *Encargado de la Administración. | | |
| *Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica. | | |
| Proveedor. | | |

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



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**PERFIL DE TORCH**

**UNIDAD MÉDICA:** _____

| DESCRIPCIÓN | PRUEBAS |
|---|---|
| TOXOPLASMA IGG | |
| TOXOPLASMA IGM | |
| RUBEOLA IGG | |
| RUBEOLA IGM | |
| CITOMAGALOVIRUS IGG | |
| CITOMEGALOVIRUS IGM | |
| HERPES SIMPLE TIPO1 IGG | |
| HERPES SIMPLE TIPO1 IGM | |
| HERPES SIMPLE TIPO2 IGG | |
| HERPES SIMPLE TIPO2 IGM | |
| **TOTAL DE PRUEBAS** | |

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

( _____ )

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**PERFIL DE AUTOANTICUERPOS**

**UNIDAD MÉDICA:** (1)

**No DE LICITACIÓN:** (2) **No. DE CONTRATO:** (3)

**PROVEEDOR:** (4) **EQUIPO:** (5)

**PARTIDA:** (6) **No. CONS CONTEO:** (7)

**FECHA DE ELABORACIÓN:** (8)

**PERIODO DEL CONTEO: DEL:** (9) **AL:**

| CONCEPTO | NÚMERO |
|---|---|
| EE) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO | (10) |
| FF) CONTADOR FINAL DEL PERIODO | (11) |
| GG) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS (B-A) | (12) |
| HH) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS | (13) |
| II) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR. | (14) |
| F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS PARA PAGO (C-(D + E) | (15) |

**OBSERVACIONES:** (16)

**VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN**

| CARGO | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| Jefe o Encargado de laboratorio clínico. | (17) | (18) |
| *Encargado de la Administración. | | |
| *Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica. | | |
| Proveedor. | | |

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

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**PERFIL DE AUTOANTICUERPOS**

**UNIDAD MÉDICA:** _____

| DESCRIPCIÓN | PRUEBAS |
|---|---|
| ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA) | |
| ANTICUERPOS ANTI-DNA | |
| ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS (ACL) | |
| C3 | |
| C4 | |
| ANTI-RO (SS-A) | |
| ANTI-LA (SS-B) | |
| ANTI SM | |
| ANTICOAGULANTE LÚPICO (AL) | |
| ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTROFILOS (ANCA) | |
| ANTICUERPOS IGA DE GLIADINA DEAMINADA | |
| ANTICUERPOS IGG DE GLIADINA DEAMINADA. | |
| ANTICUERPOS IGA DE TRANSGLUTAMINASA TISULAR. | |
| ANTICUERPOS IGG DE TRANSGLUTAMINASA TISULAR. | |
| AUTOANTICUERPO TIROIDEO ANTIPEROXIDASA (TPOAB) | |
| AUTOANTICUERPO ANTITIROGLOBULINA (TGAB) | |
| AUTOANTICUERPO ANTIRECEPTOR DE HORMONA TIROIDEA | |
| **TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS** | |

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

(_____)

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**CARIOTIPO HUMANO**

**UNIDAD MÉDICA:** (1)

**No DE LICITACIÓN:** (2) **No. DE CONTRATO:** (3)

**PROVEEDOR:** (4) **EQUIPO:** (5)

**PARTIDA:** (6) **No. CONS CONTEO:** (7)

**FECHA DE ELABORACIÓN:** (8)

**PERIODO DEL CONTEO: DEL:** (9) **AL:**

| CONCEPTO | NÚMERO |
|---|---|
| JJ) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO | (10) |
| KK) CONTADOR FINAL DEL PERIODO | (11) |
| LL) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS (B-A) | (12) |
| MM) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS | (13) |
| NN) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR. | (14) |
| F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS PARA PAGO (C-(D + E) | (15) |

**OBSERVACIONES:** (16)

**VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN**

| CARGO | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| Jefe o Encargado de laboratorio clínico. | (17) | (18) |
| *Encargado de la Administración. | | |
| *Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica. | | |
| Proveedor. | | |

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



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

ANEXO 5 FORMATO DE CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO

**CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO**
**CARIOTIPO HUMANO**

**UNIDAD MÉDICA:** _____

| DESCRIPCIÓN | PRUEBAS |
|---|---|
| CARIOTIPO HUMANO | |
| **TOTAL DE PRUEBAS** | |

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

_____



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

## INSTRUCTIVO CONTEO DE PRUEBAS DE LABORATORIO

**ANEXO 5**

| **Formato** | **Coteo de Pruebas de Laboratorio Clínico** |
|---|---|
| **Instructivo** | |

| **Dice** | **No.** | **Debe anotarse** |
|---|---|---|
| Unidad Médica | 1 | Nombre completo de la Unidad Médica a la que se encuentra adscrito el Servicio de Laboratorio Clínico. |
| No de Contrato | 2 | Número de contrato asignado al proveedor ganador por la Dirección General de Administración para la Adquisición de Pruebas de Laboratorio Clínico. |
| Proveedor | 3 | Nombre completo del proveedor que suministrará el reactivo para procesar muestras de Laboratorio. |
| Equipo | 4 | Marca del equipo propuesto por el proveedor ganador para procesar muestras de Laboratorio. |
| Partida | 5 | Nombre de la partida a la que corresponde la prueba de laboratorio |
| No. Cons. del conteo | 6 | Número consecutivo del conteo correspondiente a la partida |
| Fecha de elaboración | 7 | Fecha de elaboración del formato denominado conteo de pruebas. |
| Periodo del conteo | 8 | Indicar con dos dígitos el día, mes y año en que inicia y termina el periodo del conteo |
| Contador inicial del periodo | 9 | Número que tiene el contador del equipo al iniciar el periodo del conteo de pruebas |

| | | |
|---|---|---|
| Contador final del periodo | 10 | Número que tiene el contador del equipo al finalizar el periodo del conteo de pruebas |
| Número total de pruebas realizadas | 11 | Diferencia entre el contador final e inicial del periodo de conteo de pruebas |
| Controles, calibradores y blancos. | 12 | Total de controles, calibradores y blancos realizados durante el periodo de conteo. |
| Pruebas procesadas de apoyo a otra unidad médica con cargo al proveedor. | 13 | Total de pruebas (muestras, diluciones, controles, calibradores y blancos) realizados durante el periodo de conteo. |
| Número total de pruebas para pago | 14 | Número total de pruebas realizadas restando controles, calibradores, blancos y pruebas procesadas de apoyo a otra unidad médica con cargo al proveedor (si aplica) realizados durante el periodo de conteo |
| Observaciones | 15 | En caso de ser necesario se anotará brevemente las aclaraciones pertinentes, respecto al conteo de pruebas efectivas por parte del responsable de laboratorio o proveedor. |
| Nombre | 16 | Nombre completo de las personas que aparecen en la columna de cargo y validan el conteo de pruebas. |
| Firma | 17 | Firma de las personas que aparecen en la columna de cargo y validan el conteo de pruebas. |
| Pruebas | 18 | Número de pruebas realizadas en el periodo desglosado por analítico; sin considerar controles calibradores y blancos (Si aplica). |

**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-279-2020**

# ANEXO 5A
# CONTEO DE PRUEBAS CON CARGO AL PROVEEDOR

# CONTEO DE PRUEBAS CON CARGO AL PROVEEDOR QUE NO SE REALIZARON EN LA UNIDAD MEDICA

ANEXO 5A

UNIDAD MÉDICA DE REFERENCIA (1) _____

UNIDAD MÉDICA QUE PROCESA MUESTRAS: (2) _____ (4)

| | |
|---|---|
| NOMBRE DE LA SUBPARTIDA Y PROVEEDOR: (3) | No. DE CONTRATO: (5) / No. DE LICITACIÓN: |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ENTREGA DE MUESTRAS PARA PROCESAR | FECHA: (6) | HORA: | |
| ENTREGA DE RESULTADOS | FECHA: | HORA: | |

| CAUSAS POR LAS QUE SE PROCESA EN OTRA UNIDAD MEDICA (7) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.- Descompostura del equipo No y Fecha de Reporte | | 2.- Falta de suministro de insumos No y Fecha de Reporte | | Otra | |

OBSERVACIONES: (8)

| PRUEBAS PROCESADAS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| No Prog (9) | Nombre del Paciente (10) | Pruebas a realizar (11) | Pruebas (12) | Observaciones (13) |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

# CONTEO DE PRUEBAS CON CARGO AL PROVEEDOR

# QUE NO SE REALIZARON EN LA UNIDAD MEDICA

**ANEXO 5A**

| PRUEBAS PROCESADAS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| No Prog | Nombre del Paciente | Pruebas a realizar | Pruebas | Observaciones |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

| CARGO | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| Jefe o Encargado de laboratorio clínico de la Unidad Médica en que el proveedor procesa las muestras. | 14 | 15 |
| Representante del proveedor que recibe, procesa y entrega resultados. | | |
| Jefe o Encargado de laboratorio clínico que solicita apoyo. | | |

**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-279-2020**

# ANEXO 6
# SOLICITUD DE REACTIVO

**ANEXO 6**

**SOLICITUD DE REACTIVO**
**QUÍMICA CLINICA**

**UNIDAD MÉDICA:** _____ **SUBPARTIDA:** _____

**FECHA:** ☐☐☐

**No. DE PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS.** _____

**PERIODO:** _____

| DESCRIPCIÓN | PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS |
|---|---|
| ACIDO URICO | |
| ALANINA AMINOTRANSFERASA (ALT) | |
| ALBÚMINA | |
| AMILASA | |
| ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) | |
| BILIRRUBINA DIRECTA | |
| BILIRRUBINA TOTAL | |
| CALCIO TOTAL | |
| COLESTEROL TOTAL | |
| COLESTEROL HDL | |
| COLESTEROL LDL | |
| CREATINACINASA FRACCIÓN MB | |
| CREATINACINASA TOTAL | |
| CREATININA | |
| DESHIDROGENASA LÁCTICA | |
| FOSFATASA ALCALINA | |
| FÓSFORO | |
| GAMMAGLUTAMILTRANSPEPTIDASA GGT | |
| GLUCOSA | |
| LIPASA | |
| MAGNESIO | |
| PROTEÍNAS TOTALES | |
| TRIGLICÉRIDOS | |
| UREA | |
| TOTAL DE PRUEBAS SOLICITADAS | |

**ENCARGADO DEL SERVICIO**
**Nombre:** _____ **Firma:** _____

***PROVEEDOR***
**Nombre:** _____ **Firma:** _____



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

**ANEXO 6**

**SOLICITUD DE REACTIVO**
**QUÍMICA ESPECIAL**

**UNIDAD MÉDICA:** _____ **SUBPARTIDA:** _____

**FECHA:** ☐☐☐

**No. DE PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS.** _____

**PERIODO:** _____

| DESCRIPCIÓN | PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS |
|---|---|
| HEMOGLOBINA GLICOSILADA | |
| MICROPROTEINAS | |
| ANTIESTREPTOLISINA | |
| FACTOR REUMATOIDE | |
| PROTEINA C REACTIVA DE ALTA SENSIBILIDAD | |
| MICROALBÚMINA | |
| CISTATINA C | |
| HIERRO | |
| TRANSFERRINA | |
| CAPACIDAD DE FIJACIÓN DE HIERRO | |
| ACETAMINOFEN | |
| ACIDO VALPROICO | |
| ALCOHOL | |
| ANFETAMINAS | |
| BARBITURICOS | |
| BENZODIAZAPINAS | |
| CANABINOIDES | |
| CARBAMAZEPINA | |
| COCAINA | |
| COLINESTERASA | |
| DIGOXINA | |
| FENITOINA | |
| FENOBARBITAL | |
| OPIACEOS | |
| DROGAS DE ABUSO PRUEBA RÁPIDA | |
| **TOTAL DE PRUEBAS SOLICITADAS** | |

**ENCARGADO DEL SERVICIO**
**Nombre:** _____ **Firma:** _____

***PROVEEDOR***
**Nombre:** _____ **Firma:** _____



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

**ANEXO 6**

**SOLICITUD DE REACTIVO**
**BIOMETRIA HEMÁTICA**

UNIDAD MEDICA: _____ SUBPARTIDA: _____

FECHA: ☐ ☐ ☐

PERIODO: _____

| ***DESCRIPCION*** | ***PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS*** |
|---|---|
| BIOMETRÍA HEMÁTICA | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

OBSERVACIONES: _____

***ENCARGADO DEL SERVICIO***
**Nombre:** _____ **Firma:** _____

***PROVEEDOR***
**Nombre:** _____ **Firma:** _____



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

**ANEXO 6**

**SOLICITUD DE REACTIVO**

**GASES**

UNIDAD MEDICA: _____ SUBPARTIDA: _____

FECHA ☐ ☐ ☐

PERIODO: _____

| *DESCRIPCION* | *NUMERO DE PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS* |
|---|---|
| GASES | |
| LACTATO | |
| | |
| | |
| | |
| | |

OBSERVACIONES: _____

***ENCARGADO DEL SERVICIO***

**Nombre:** _____ **Firma:** _____

***PROVEEDOR***

**Nombre:** _____ **Firma:** _____

**ANEXO 6**

**SOLICITUD DE REACTIVO**

**ELECTROLITOS**

UNIDAD MÉDICA: _____ SUBPARTIDA: _____

FECHA: [ ] [ ] [ ]

PERIODO: _____

| DESCRIPCION | NUMERO DE PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS |
|---|---|
| ELECTROLITOS | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

OBSERVACIONES: _____

**ENCARGADO DEL SERVICIO**

**Nombre:** _____ **Firma:** _____

***PROVEEDOR***

**Nombre:** _____ **Firma:** _____



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

**ANEXO 6**

**SOLICITU DE REACTIVO**

**COAGULACION**

UNIDAD MÉDICA: _____ SUBPARTIDA: _____

FECHA: ☐☐☐

PERIODO: _____

| DESCRIPCION | NUMERO DE PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS |
|---|---|
| TP | |
| TTP | |
| FIBRINOGENO | |
| DIMERO D | |

OBSERVACIONES: _____

**ENCARGADO DEL SERVICIO**

**Nombre:** _____ **Firma:** _____

***PROVEEDOR***

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

**ANEXO 6**

**SOLICITU DE REACTIVO**

**BACTERIOLOGIA**

UNIDAD MÉDICA: _____ SUBARTIDA: _____

FECHA: ☐ ☐ ☐

PERIODO: _____

| DESCRIPCION | NUMERO DE PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS |
|---|---|
| MARCHAS BACTERIOLOGICAS | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

OBSERVACIONES: _____

**ENCARGADO DEL SERVICIO**

**Nombre:** _____ **Firma:** _____

***PROVEEDOR***

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

**ANEXO 6**

**SOLICITUD DE REACTIVO**

**UROANALISIS**

UNIDAD MÉDICA: _____ SUBPARTIDA: _____

FECHA: ☐ ☐ ☐

PERIODO: _____

| DESCRIPCION | NUMERO DE PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS |
|---|---|
| UROANALISIS | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

OBSERVACIONES: _____

**ENCARGADO DEL SERVICIO**

**Nombre:** _____ **Firma:** _____

***PROVEEDOR***

**Nombre:** _____ **Firma:** _____

**ANEXO 6**

**SOLICITUD DE REACTIVO**
**HORMONAS Y MARCADORES INMUNOLOGICOS**

**UNIDAD MÉDICA:** _____ **SUBPARTIDA:** _____

**FECHA:** ☐☐ ☐☐ ☐☐

**No. DE PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS.** _____ **PERIODO:** _____

| DESCRIPCIÓN | PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS |
|---|---|
| HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH) | |
| PROLACTINA | |
| TESTOSTERONA | |
| ESTRADIOL | |
| PROGESTERONA | |
| HORMONA LUTEINIZANTE (LH) | |
| HORMONA GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA CUANTITATIVA | |
| TIROXINA (T4) | |
| TIROXINA LIBRE (FT4) | |
| TRYODOTIRONINA (T3) | |
| TRYODOTIRONINA LIBRE (FT3) | |
| T UPTAKE (T FIJACION) | |
| HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES (TSH) | |
| CORTISOL | |
| INSULINA | |
| HORMONA PARATIROIDEA (PTH) | |
| ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECIFICO (PSA) | |
| ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECIFICO LIBRE (PSA LIBRE) | |
| CA 15.3 | |
| CA 19.9 | |
| CA 125 | |
| ALFAFETOPROTEÍNA | |
| ANTIGENO CARCIGENOEMBRIONARIO | |
| IG E | |
| IGA | |
| IGM | |
| FERRITINA | |
| FOLATOS | |
| **TOTAL DE PRUEBAS SOLICITADAS** | |

**ENCARGADO DEL SERVICIO**
**Nombre:** _____ **Firma:** _____

***PROVEEDOR***
**Nombre:** _____ **Firma:** _____

**ANEXO 6**

**SOLICITUD DE REACTIVO**
**BACTERIOLOGIA ESPECIAL**

**UNIDAD MÉDICA:** _____ **SUBPARTIDA:** _____

**FECHA:** ☐☐☐

**No. DE PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS.** _____

**PERIODO:** _____

| **DESCRIPCIÓN** | **PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS** |
|---|---|
| COAGLUTINACIÓN | |
| PERFIL DE PRUEBA E. COLI SEROTIPOS A,B,C | |
| PERFIL DE PRUEBA SALMONELLA A (HASTA I MAS VI) | |
| PERFIL DE PRUEBA SHIGELLA SEROTIPOS A,B,C Y D | |
| HEMOCULTIVO Y LÍQUIDOS ESTERILES PRIMOAISLAMIENTO (HASTA 2 BOTELLAS) | |
| PERFIL DE MEDIOS PARA MUESTREO DE ZONAS ESTERILES E INERTES. | |
| IDENTIFICACIÓN Y SENSIBILIDAD DE MICOPLASMA Y UREAPLASMA | |
| PROCALCITONINA | |
| **TOTAL DE PRUEBAS SOLICITADAS** | |

**ENCARGADO DEL SERVICIO**
**Nombre:** _____ **Firma:** _____

***PROVEEDOR***

**Nombre:** _____ **Firma:** _____

**ANEXO 6**

**SOLICITUD DE REACTIVO**
PERFIL CARDIOPULMONAR

**UNIDAD MÉDICA:** _____ **SUBPARTIDA:** _____

**FECHA:** ☐☐☐

**No. DE PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS.** _____

**PERIODO:** _____

| **DESCRIPCIÓN** | **PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS** |
|---|---|
| MIOGLOBINA CUANTITATIVA PRUEBA RÁPIDA | |
| TROPONINA I CUANTITATIVA PRUEBA RÁPIDA | |
| PÉPTIDO NATIURÉTICO (BNP) CUANTITATIVA PRUEBA RÁPIDA | |
| DIMERO D CUANTITATIVA PRUEBA RÁPIDA | |
| CK-MB MASA CUANTITATIVA PRUEBA RÁPIDA | |
| **TOTAL DE PRUEBAS SOLICITADAS** | |

**ENCARGADO DEL SERVICIO**

**Nombre:** _____ **Firma:** _____

***PROVEEDOR***

**Nombre:** _____ **Firma:** _____



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

**ANEXO 6**

**SOLICITUD DE REACTIVO**
**DIAGNOSTICO MOLECULAR**

**UNIDAD MÉDICA:** _____ **SUBPARTIDA:**_____

**FECHA:** ☐☐☐

**No. DE PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS.** _____

**PERIODO:** _____

| **DESCRIPCIÓN** | **PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS** |
|---|---|
| VIRUS DE PAPILOMA HUMANO | |
| CHLAMYDIA TRACHOMATIS | |
| NEISSERIA GONORRHOEAE | |
| MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS | |
| PANEL RESPIRATORIO ( 20 PATÓGENOS RESPIRATORIOS) | |
| PANEL GASTROINTESTINAL (22 MICROORGANISMOS) | |
| PANEL MENINGITIS/ENCEFALITIS (14 PATÓGENOS) | |
| **TOTAL DE PRUEBAS SOLICITADAS** | |

**ENCARGADO DEL SERVICIO**
**Nombre:** _____ **Firma:** _____

***PROVEEDOR***

**Nombre:** _____ **Firma:** _____



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

**ANEXO 6**

## SOLICITUD DE REACTIVO
## MICROBIOLOGIA SANITARIA

**UNIDAD MÉDICA:** _____ **SUBPARTIDA:** _____

**FECHA:** ☐☐ ☐☐ ☐☐

**No. DE PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS.** _____

**PERIODO:** _____

| **DESCRIPCIÓN** | **PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS** |
|---|---|
| ALIMENTOS CRUDOS | |
| ALIMENTOS COCIDOS | |
| AGUA PREPARADA | |
| FORMULAS LACTEAS | |
| AGUA DE USO COMUN | |
| JABÓN, DESINFECTANTE Y ANTISÉPTICO | |
| **TOTAL DE PRUEBAS SOLICITADAS** | |

**ENCARGADO DEL SERVICIO**
**Nombre:** _____ **Firma:** _____

***PROVEEDOR***

**Nombre:** _____ **Firma:** _____

**ANEXO 6**

## SOLICITUD DE REACTIVO
## PERFIL DE TORCH

**UNIDAD MÉDICA:** _____ **SUBPARTIDA:**_____

**FECHA:** ☐☐ ☐☐ ☐☐

**No. DE PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS.** _____

**PERIODO:** _____

| DESCRIPCIÓN | PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS |
|---|---|
| TOXOPLASMA IGG | |
| TOXOPLASMA IGM | |
| RUBEOLA IGG | |
| RUBEOLA IGM | |
| CITOMAGALOVIRUS IGG | |
| CITOMEGALOVIRUS IGM | |
| HERPES SIMPLE TIPO1 IGG | |
| HERPES SIMPLE TIPO1 IGM | |
| HERPES SIMPLE TIPO2 IGG | |
| HERPES SIMPLE TIPO2 IGM | |
| **TOTAL DE PRUEBAS SOLICITADAS** | |

**ENCARGADO DEL SERVICIO**
**Nombre:** _____ **Firma:** _____

***PROVEEDOR***

**Nombre:** _____ **Firma:** _____

**ANEXO 6**

**SOLICITUD DE REACTIVO**
**PERFIL DE AUTOANTICUERPOS**

**UNIDAD MÉDICA:** _____ **SUBPARTIDA:** _____

**FECHA:** ☐☐☐

**No. DE PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS.** _____

**PERIODO:** _____

| **DESCRIPCIÓN** | **PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS** |
|---|---|
| ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA) | |
| ANTICUERPOS ANTI-DNA | |
| ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS (ACL) | |
| C3 | |
| C4 | |
| ANTI-RO (SS-A) | |
| ANTI-LA (SS-B) | |
| ANTI SM | |
| ANTICOAGULANTE LÚPICO (AL) | |
| ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTROFILOS (ANCA) | |
| ANTICUERPOS IGA DE GLIADINA DEAMINADA | |
| ANTICUERPOS IGG DE GLIADINA DEAMINADA. | |
| ANTICUERPOS IGA DE TRANSGLUTAMINASA TISULAR. | |
| ANTICUERPOS IGG DE TRANSGLUTAMINASA TISULAR. | |
| AUTOANTICUERPO TIROIDEO ANTIPEROXIDASA (TPOAB) | |
| AUTOANTICUERPO ANTITIROGLOBULINA (TGAB) | |
| AUTOANTICUERPO ANTIRECEPTOR DE HORMONA TIROIDEA | |
| **TOTAL DE PRUEBAS SOLICITADAS** | |

**ENCARGADO DEL SERVICIO**
**Nombre:** _____ **Firma:** _____

***PROVEEDOR***

**Nombre:** _____ **Firma:** _____



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

**ANEXO 6**

**SOLICITUD DE REACTIVO**
**CARIOTIPO HUMANO**

**UNIDAD MÉDICA:** _____ **SUBPARTIDA:** _____

**FECHA:** ☐☐ ☐☐ ☐☐

**No. DE PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS.** _____

**PERIODO:** _____

| **DESCRIPCIÓN** | **PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS** |
|---|---|
| CARIOTIPO HUMANO | |
| | |
| | |
| **TOTAL DE PRUEBAS SOLICITADAS** | |

**ENCARGADO DEL SERVICIO**
**Nombre:** _____ **Firma:** _____

***PROVEEDOR***

**Nombre:** _____ **Firma:** _____



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-279-2020**

# ANEXO 7
# PERSONAL A CAPACITAR

## ANEXO 7 PERSONAL A CAPACITAR

| | LABORATORIO CLINICO | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Matutino | Vespertino | Nocturno A,B,C | Sábados Domingos y Festivos | TOTAL |
| Hospital de Esp. Dr. B. Domínguez | 9 | 3 | 9 | 5 | 26 |
| Hospital General Dr. Enrique Cabrera | 8 | 2 | 9 | 4 | 23 |
| Hospital General Ticomán | 12 | 2 | 8 | 3 | 25 |
| Hospital General Rubén Leñero | 8 | 3 | 7 | 4 | 22 |
| Hospital General Xoco | 11 | 2 | 6 | 4 | 23 |
| Hospital General La Villa | 8 | 2 | 5 | 2 | 17 |
| Hospital General Balbuena | 15 | 2 | 9 | 5 | 31 |
| Hospital General Gregorio Salas | 8 | 2 | 6 | 3 | 19 |
| Hospital General Iztapalapa | 10 | 2 | 3 | 4 | 19 |
| Hospital General Milpa Alta | 5 | 2 | 6 | 3 | 16 |
| Hospital General Tlahuac | 8 | 3 | 6 | 4 | 21 |
| Hospital General Ajusco Medio | 8 | 3 | 6 | 3 | 20 |
| Clínica Hospital Emiliano Zapata | 2 | 1 | 5 | 2 | 10 |
| Hospital Pediátrico Azcapotzalco | 6 | 2 | 2 | 2 | 12 |
| Hospital Pediátrico Coyoacán | 6 | 1 | 2 | 2 | 11 |
| Hospital Pediátrico Villa | 5 | 1 | 2 | 2 | 10 |
| Hospital Pediátrico Iztacalco | 5 | 1 | 3 | 2 | 11 |
| Hospital Pediátrico Legaria | 6 | 2 | 3 | 3 | 14 |
| Hospital Pediátrico Iztapalapa | 10 | 1 | 5 | 2 | 18 |
| Hospital Pediátrico Moctezuma | 7 | 2 | 4 | 4 | 17 |
| Hospital Pediátrico Peralvillo | 7 | 2 | 2 | 0 | 11 |
| Hospital Pediátrico S. J. Aragón | 8 | 1 | 5 | 2 | 16 |
| Hospital Pediátrico Tacubaya | 5 | 2 | 3 | 2 | 12 |
| Hospital Mat. Ped. Xochimilco | 5 | 3 | 4 | 3 | 15 |
| Hospital Materno Inf. Inguaran | 3 | 1 | 2 | 1 | 7 |
| Hospital Materno Inf. Topilejo | 6 | 1 | 2 | 1 | 10 |
| Hospital Materno Inf. M. Contreras | 3 | 1 | 2 | 2 | 8 |
| Hospital Materno Inf. Cuautepec | 5 | 1 | 5 | 2 | 13 |
| Hospital Materno Inf. Tlahuac | 3 | 1 | 3 | 2 | 9 |
| Hospital Materno Inf. N.M. Cedillo | 4 | 1 | 3 | 1 | 9 |
| Centro de Read. Soc. Tepepan | 5 | 1 | 3 | 1 | 10 |
| Centro Tox. Venustiano Carranza | 3 | 1 | 0 | 1 | 5 |
| Centro Tox. Xochimilco | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| **Total** | **215** | **55** | **140** | **81** | **491** |

Notas:

**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-279-2020**

# ANEXO 8
# FORMATO PARA LA CAPACITACIÓN

**ANEXO 8**

## FORMATO PARA LA CAPACITACION

FECHA: _____

NOMBRE: _____ TURNO: _____

UNIDAD HOSPITALARIA: _____

SUBPARTIDA: _____ PROVEEDOR: _____

PERIODO DE CAPACITACION: _____

EQUIPO: _____

PROGRAMA PARA EL MANEJO, OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

TEORICO. _____

PRACTICO. _____

MANTENIMIENTO. _____

EXAMEN INICIAL: _____
EXAMEN FINAL: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL DE LA EMPRESA: _____

FIRMA DEL USUARIO: _____

**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-279-2020**

# ANEXO 9 CALENDARIO DE VISITA A LABORATORIOS DE LA RED HOSPITALARIA DE LA SECRETARIA DE SALUD

**ANEXO 9**

**CALENDARIO DE VISITA A LABORATORIOS DE LA RED HOSPITALARIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO**

1. HOSPITAL PEDIATRICO TACUBAYA
2. HOSPITAL GENERAL RUBEN LEÑERO
3. HOSPITAL PEDIATRICO LEGARIA
4. HOSPITAL MATERNO INFANTIL M. CEDILLO
5. HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA
6. HOSPITAL PEDIATRICO AZCAPOTZALCO

7. HOSPITAL GENERAL GREGORIO SALAS FLORES
8. HOSPITAL GENERAL BALBUENA
9. HOSPITAL PEDIATRICO IZTACALCO
10. HOSPITAL PEDIATRICO IZTAPALAPA.
11. HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA
12. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR BELISARIO DOMINGUEZ
13. HOSPITAL MATERNO INFANTIL TLAHUAC
14. HOSPITAL GENERAL MILPA ALTA
15. HOSPITAL MATERNO INFANTIL TOPILEJO
16. HOSPITAL GENERAL TORRE MEDICA TEPEPAN
17. HOSPITAL MATERNO PEDIATRICO XOCHIMILCO
18. HOSPITAL MATERNO INFANTIL M. CONTRERAS
19. HOSPITAL PEDIATRICO COYOACAN
20. HOSPITAL GENERAL XOCO
21. HOSPITAL GENERAL TLAHUAC
22. HOSPITAL GENERAL AJUSCO MEDIO
23. HOSPITAL GENERAL EMILIANO ZAPATA

24. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC
25. HOSPITAL GENERAL TICOMAN
26. HOSPITAL GENERAL LA VILLA
27. HOSPITAL PEDIATRICO VILLA
28. HOSPITAL PEDIATRICO PERALVILLO
29. HOSPITAL MATERNO INFANTIL INGUARAN
30. HOSPITAL PEDIATRICO SAN JUAN ARAGON
31. HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA
32. CLINICA HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TOXICOLOGICAS VENUSTIANO CARRANZA.
33. CENTRO TOXICOLOGICO XOCHIMILCO.



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-279-2020**

# ANEXO 9A CONSTANCIA DE VISITA A LABORATORIOS DE LA RED HOSPITALARIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

**ANEXO 9A**

## CONSTANCIA DE VISITA A LABORATORIOS DE LA RED HOSPITALARIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO.

FECHA: _____

UNIDAD HOSPITALARIA: _____

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

ESPACIO: _____

ELECTRICIDAD: _____

AGUA: _____

DRENAJE: _____

OTROS: _____

OBSERVACIONES._____

**ASISTENTES:**

| **AUTORIDADES** | | **PROVEEDOR.** | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | FIRMA | NOMBRE Y EMPRESA | FIRMA |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-279-2020**

# ANEXO 10
# CIFRAS ESTIMADAS POR UNIDAD MÉDICA

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México
Dirección General de Planeación de Servicios de Salud e Integración
Dirección Ejecutiva de Atención Hospitalaria

ANEXO 10 Octubre-Diciembre 2020 (MENSUAL)

*CIFRAS ESTIMADAS POR UNIDAD MÉDICA*

| UNIDAD MÉDICA | SEGURO POPULAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | RECURSO FISCAL | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hospital de Esp. Dr. G. Domínguez | Hospital General Dr. Enrique Cabrera | Hospital General Tlcomán | Hospital General Rubén Leñero | Hospital General Xoco | Hospital General La Villa | Hospital General Balbuena | Hospital General Gregorio Salas | Hospital General Iztenalapa | Hospital General Milpa Alta | Hospital General Tlahuac | Hospital General Ajusco Medio | Hospital Pediátrico Acapotzalco | Hospital Pediátrico Coyoacán | Hospital Pediátrico Villa | Hospital Pediátrico Iztacalco | Hospital Pediátrico Legaria | Hospital Pediátrico Iztapalapa | Hospital Pediátrico Moctezuma | Hospital Pediátrico Peralvillo | Hospital Pediátrico San Juan Aragon | Hospital Pediátrico Tacubaya | Hospital Mat. Ped. Xochimilco | Hospital Materno Inf. Inguaran | Hospital Materno Inf. Topilejo | Hospital Materno Inf. M. Contreras | Hospital Materno Inf. Cuautepec | Hospital Materno Inf. Tlalnac | Hospital Materno Inf. N.M. Cedillo | Clínica Hospital de Esp. Toxicológicas V. Carranza | Hospital Comunitario Emiliano Zapata | Hospital General Torre Médica Tepepan. | Centro Toxicologico Xochimilco | TOTAL |
| **QUIMICA CLINICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acido Urico | 1,500 | 1,500 | 1,500 | 1,000 | 500 | 500 | 1,500 | 500 | 810 | 350 | 1,200 | 750 | 40 | 70 | 50 | 300 | 200 | 300 | 200 | 250 | 150 | 100 | 220 | 370 | 170 | 220 | 400 | 450 | 300 | 450 | 300 | 600 | 0 | 16,810 |
| Alanino Aminotransferasa | 1,500 | 1,300 | 1,000 | 1,200 | 1,300 | 850 | 1,200 | 600 | 1,300 | 450 | 1,200 | 750 | 70 | 220 | 100 | 230 | 300 | 200 | 440 | 250 | 90 | 110 | 230 | 460 | 180 | 210 | 360 | 140 | 400 | 160 | 260 | 0 | 17,370 |
| Albumina | 2,200 | 1,300 | 1,000 | 1,300 | 1,300 | 800 | 1,440 | 600 | 750 | 450 | 1,200 | 600 | 70 | 220 | 110 | 250 | 300 | 250 | 250 | 250 | 80 | 140 | 300 | 400 | 90 | 100 | 300 | 200 | 130 | 400 | 160 | 260 | 0 | 17,370 |
| Amilasa | 400 | 550 | 200 | 600 | 300 | 200 | 400 | 250 | 350 | 200 | 250 | 300 | 30 | 60 | 0 | 70 | 0 | 0 | 100 | 120 | 0 | 50 | 120 | 0 | 0 | 0 | 150 | 0 | 0 | 400 | 160 | 260 | 0 | 17,550 |
| Aspartato Aminotransferasa | 1,500 | 1,300 | 1,000 | 1,200 | 1,300 | 800 | 1,200 | 600 | 1,300 | 500 | 1,200 | 600 | 70 | 220 | 100 | 230 | 300 | 250 | 440 | 250 | 90 | 140 | 280 | 440 | 160 | 190 | 210 | 390 | 140 | 400 | 160 | 260 | 0 | 9,450 |
| Bilirrubina Directa | 1,500 | 1,300 | 1,130 | 1,200 | 1,300 | 870 | 1,440 | 650 | 1,250 | 500 | 1,200 | 650 | 60 | 250 | 130 | 230 | 300 | 250 | 350 | 250 | 110 | 200 | 350 | 470 | 160 | 150 | 290 | 380 | 150 | 400 | 200 | 260 | 0 | 17,480 |
| Bilirrubina Total | 1,500 | 1,300 | 1,130 | 1,200 | 1,300 | 870 | 1,440 | 650 | 1,250 | 500 | 1,200 | 650 | 60 | 250 | 130 | 230 | 300 | 250 | 350 | 250 | 110 | 200 | 350 | 450 | 160 | 150 | 290 | 380 | 150 | 400 | 200 | 260 | 0 | 18,140 |
| Calcio Total | 2,200 | 1,100 | 500 | 600 | 1,500 | 700 | 800 | 0 | 650 | 300 | 800 | 600 | 40 | 400 | 150 | 300 | 300 | 200 | 400 | 250 | 70 | 220 | 370 | 310 | 90 | 80 | 110 | 220 | 130 | 500 | 60 | 0 | 0 | 18,120 |
| Colesterol | 900 | 1,250 | 1,000 | 500 | 500 | 250 | 400 | 500 | 450 | 300 | 700 | 400 | 40 | 100 | 60 | 200 | 100 | 100 | 100 | 190 | 50 | 100 | 110 | 120 | 100 | 100 | 250 | 360 | 200 | 450 | 300 | 680 | 0 | 14,310 |
| Colesterol HDL | 550 | 400 | 1,000 | 500 | 400 | 200 | 400 | 300 | 450 | 150 | 550 | 200 | 30 | 70 | 0 | 50 | 0 | 130 | 0 | 130 | 50 | 0 | 100 | 0 | 100 | 50 | 0 | 0 | 100 | 350 | 40 | 680 | 0 | 11,200 |
| Colesterol LDL | 550 | 400 | 800 | 500 | 400 | 200 | 401 | 0 | 450 | 150 | 550 | 200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 130 | 100 | 130 | 50 | 0 | 100 | 0 | 100 | 50 | 0 | 0 | 0 | 350 | 40 | 680 | 0 | 7,629 |
| Creatin Cinasa Fracc. MB | 400 | 350 | 80 | 500 | 500 | 500 | 600 | 100 | 300 | 100 | 250 | 150 | 30 | 60 | 40 | 60 | 30 | 40 | 0 | 100 | 30 | 40 | 50 | 80 | 0 | 30 | 40 | 0 | 0 | 400 | 30 | 260 | 0 | 8,378 |
| Creatin Cinasa Total | 400 | 350 | 80 | 450 | 500 | 500 | 600 | 100 | 300 | 120 | 300 | 150 | 30 | 70 | 40 | 60 | 30 | 40 | 20 | 100 | 30 | 50 | 80 | 80 | 0 | 40 | 70 | 0 | 0 | 400 | 30 | 280 | 0 | 8,020 |
| Creatinina | 3,200 | 2,300 | 2,300 | 2,500 | 2,800 | 1,800 | 2,500 | 1,000 | 3,000 | 1,200 | 2,600 | 1,600 | 130 | 460 | 280 | 560 | 450 | 440 | 600 | 330 | 210 | 330 | 760 | 660 | 350 | 350 | 690 | 580 | 380 | 450 | 400 | 750 | 0 | 38,260 |
| Deshidrogenasa Láctica | 1,600 | 1,300 | 1,200 | 1,200 | 1,200 | 500 | 900 | 500 | 750 | 250 | 1,000 | 700 | 70 | 220 | 120 | 100 | 150 | 240 | 250 | 160 | 90 | 120 | 300 | 270 | 0 | 140 | 210 | 250 | 130 | 400 | 160 | 260 | 0 | 14,740 |
| Fosfatasa Alcalina | 1,500 | 1,100 | 900 | 1,200 | 1,300 | 800 | 900 | 500 | 550 | 300 | 1,000 | 600 | 70 | 220 | 120 | 80 | 300 | 240 | 200 | 170 | 90 | 100 | 280 | 270 | 0 | 130 | 200 | 160 | 130 | 400 | 160 | 260 | 0 | 14,240 |
| Fosforo | 2,200 | 1,100 | 500 | 200 | 1,500 | 300 | 1,020 | 0 | 550 | 300 | 800 | 450 | 40 | 400 | 130 | 250 | 250 | 250 | 400 | 170 | 90 | 230 | 350 | 100 | 0 | 80 | 70 | 0 | 100 | 500 | 0 | 280 | 0 | 12,750 |
| GGT | 1,600 | 1,100 | 800 | 1,200 | 1,300 | 800 | 900 | 500 | 550 | 300 | 800 | 550 | 70 | 220 | 120 | 80 | 300 | 250 | 900 | 170 | 0 | 100 | 280 | 180 | 0 | 100 | 180 | 140 | 0 | 400 | 160 | 260 | 0 | 13,790 |
| Glucosa | 3,200 | 2,300 | 2,400 | 2,500 | 2,600 | 1,800 | 2,500 | 1,200 | 3,000 | 1,200 | 2,600 | 1,700 | 130 | 490 | 350 | 580 | 400 | 470 | 350 | 320 | 210 | 330 | 710 | 1,020 | 360 | 400 | 720 | 650 | 450 | 500 | 500 | 750 | 0 | 37,100 |
| Lipasa | 400 | 550 | 200 | 600 | 300 | 200 | 450 | 250 | 350 | 200 | 400 | 300 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 60 | 0 | 0 | 60 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 400 | 30 | 0 | 0 | 4,890 |
| Magnesio | 2,200 | 1,100 | 510 | 900 | 1,600 | 800 | 900 | 0 | 550 | 300 | 800 | 500 | 30 | 400 | 150 | 300 | 300 | 280 | 450 | 180 | 0 | 230 | 360 | 250 | 0 | 80 | 100 | 0 | 100 | 500 | 0 | 280 | 0 | 14,000 |
| Proteínas Totales | 1,600 | 1,100 | 910 | 1,200 | 1,300 | 800 | 900 | 500 | 750 | 450 | 800 | 400 | 70 | 220 | 150 | 220 | 200 | 250 | 250 | 150 | 60 | 110 | 250 | 300 | 90 | 100 | 200 | 250 | 130 | 650 | 160 | 280 | 0 | 15,180 |
| Triglicéridos | 900 | 1,250 | 1,100 | 900 | 500 | 300 | 600 | 500 | 450 | 450 | 900 | 500 | 40 | 90 | 60 | 280 | 100 | 200 | 100 | 150 | 90 | 120 | 120 | 110 | 160 | 120 | 250 | 400 | 220 | 450 | 300 | 680 | 0 | 12,450 |
| Urea | 3,200 | 2,300 | 2,260 | 2,500 | 2,600 | 1,800 | 2,500 | 1,000 | 3,000 | 1,100 | 2,400 | 1,700 | 130 | 460 | 260 | 400 | 350 | 450 | 550 | 340 | 210 | 310 | 770 | 940 | 350 | 350 | 700 | 450 | 300 | 450 | 400 | 750 | 0 | 35,580 |
| TOTAL | 37,100 | 27,900 | 23,640 | 25,510 | 28,700 | 17,230 | 25,990 | 10,800 | 23,110 | 10,120 | 24,700 | 15,800 | 1,390 | 5,210 | 2,710 | 4,960 | 4,960 | 5,440 | 6,370 | 4,800 | 1,900 | 3,450 | 7,140 | 7,600 | 2,700 | 3,140 | 5,570 | 5,710 | 3,540 | 10,400 | 4,140 | 9,570 | 0 | 371,200 |
| **QUIMICA ESPECIAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hemoglobina Glicosilada | 200 | 250 | 160 | 250 | 200 | 130 | 200 | 70 | 100 | 120 | 350 | 200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 40 | 50 | 0 | 200 | 0 | 0 | 0 | 50 | 30 | 30 | 0 | 0 | 40 | 80 | 0 | 2,910 |
| Microproteínas | 50 | 80 | 30 | 30 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 30 | 60 | 20 | 0 | 0 | 0 | 60 | 50 | 20 | 50 | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 560 |
| Antiestreptolisina | 30 | 50 | 20 | 30 | 30 | 20 | 40 | 0 | 20 | 0 | 30 | 30 | 0 | 40 | 10 | 40 | 10 | 0 | 10 | 30 | 15 | 10 | 20 | 0 | 0 | 0 | 70 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 555 |
| Factor Reumatoide | 30 | 50 | 30 | 30 | 30 | 20 | 30 | 0 | 20 | 0 | 50 | 30 | 0 | 30 | 10 | 20 | 20 | 0 | 10 | 30 | 10 | 10 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 480 |
| Proteína C Reactiva de Alta Sensibilidad | 1,500 | 1,000 | 200 | 250 | 300 | 350 | 500 | 100 | 600 | 400 | 600 | 1,000 | 80 | 270 | 300 | 100 | 200 | 200 | 300 | 250 | 100 | 130 | 190 | 270 | 60 | 80 | 120 | 200 | 40 | 0 | 60 | 200 | 0 | 9,970 |
| Microalbúmina | 200 | 300 | 100 | 150 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 200 | 0 | 0 | 150 | 50 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 200 | 0 | 2,100 |
| Cistatina C | 500 | 500 | 100 | 200 | 100 | 100 | 100 | 100 | 200 | 200 | 200 | 400 | 0 | 0 | 200 | 80 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 300 | 0 | 3,210 |
| Hierro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 80 |
| Transferrina | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 60 |
| Capacidad de fijación de hierro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 60 |
| Acetaminofen | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 60 |
| Acido Valproico | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 80 |
| Alcohol | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 120 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 220 |
| Anfetaminas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,500 | 0 | 0 | 0 | 1,500 | |
| Barbituricos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 900 | 0 | 0 | 0 | 900 | |
| Benzodiazepinas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 900 | 0 | 0 | 0 | 900 | |
| Canabinoides | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 900 | 0 | 0 | 0 | 900 | |
| Carbamazepina | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 900 | 0 | 0 | 0 | 900 | |
| Cocaina | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 90 | 0 | 0 | 0 | 190 | |
| Colinesterasa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 900 | 0 | 0 | 0 | 900 | |
| Dioxina | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 80 | 0 | 0 | 0 | 80 | |
| Fenitoina | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 80 | 0 | 0 | 0 | 80 | |
| Fenobarbital | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 80 | 0 | 0 | 0 | 100 | |
| Opiaceos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 80 | 0 | 0 | 0 | 100 | |
| Drogas de Abuso Prueba Rápida | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 900 | 0 | 0 | 0 | 900 | |
| TOTAL | 2,510 | 2,230 | 660 | 950 | 780 | 720 | 1,100 | 370 | 1,040 | 850 | 1,480 | 1,880 | 80 | 340 | 670 | 330 | 460 | 390 | 400 | 350 | 175 | 170 | 430 | 290 | 60 | 170 | 150 | 300 | 40 | 7,460 | 100 | 780 | 900 | 28,575 | |
| **ELECTROLITOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ELECTROLITOS | 2,500 | 2,000 | 900 | 1,200 | 1,500 | 1,500 | 1,800 | 700 | 1,500 | 900 | 1,800 | 1,800 | 100 | 410 | 220 | 360 | 400 | 360 | 650 | 360 | 200 | 330 | 470 | 310 | 80 | 110 | 210 | 260 | 130 | 500 | 120 | 500 | 0 | 23,800 | |
| TOTAL | 2,500 | 2,000 | 900 | 1,200 | 1,500 | 1,500 | 1,800 | 700 | 1,500 | 900 | 1,800 | 1,800 | 100 | 410 | 220 | 360 | 400 | 360 | 650 | 360 | 200 | 330 | 470 | 310 | 80 | 110 | 210 | 260 | 130 | 500 | 120 | 500 | 0 | 23,800 | |
| SUBTOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23,800 | |
| **GASES SANGUINEOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 423,575 | |
| Gasometría | 2,500 | 2,200 | 900 | 600 | 1,500 | 1,600 | 1,800 | 400 | 1,000 | 400 | 2,000 | 1,500 | 15 | 450 | 260 | 120 | 350 | 420 | 600 | 300 | 40 | 400 | 230 | 210 | 15 | 20 | 40 | 30 | 20 | 80 | 60 | 100 | 30 | 20,640 | |
| Lactato | 2,500 | 2,200 | 900 | 600 | 1,500 | 1,600 | 1,800 | 400 | 1,000 | 400 | 2,000 | 1,500 | 15 | 450 | 260 | 120 | 350 | 420 | 600 | 300 | 40 | 400 | 230 | 210 | 15 | 20 | 40 | 30 | 20 | 80 | 60 | 100 | 30 | 20,640 | |
| TOTAL | 5,000 | 4,400 | 1,800 | 1,200 | 3,000 | 3,200 | 3,600 | 800 | 2,000 | 800 | 4,000 | 3,000 | 30 | 920 | 520 | 240 | 700 | 840 | 1,200 | 720 | 80 | 800 | 460 | 420 | 30 | 40 | 80 | 60 | 40 | 120 | 120 | 200 | 60 | 41,280 | |
| **BIOMETRIA HEMATICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BIOMETRIA HEMATICA | 3,000 | 2,100 | 1,800 | 1,800 | 1,900 | 1,700 | 1,800 | 1,000 | 2,500 | 1,300 | 2,000 | 2,000 | 200 | 650 | 300 | 480 | 400 | 610 | 1,000 | 500 | 350 | 560 | 1,000 | 1,500 | 450 | 550 | 900 | 850 | 500 | 400 | 500 | 600 | 0 | 35,200 | |
| TOTAL | 3,000 | 2,100 | 1,800 | 1,800 | 1,900 | 1,700 | 1,800 | 1,000 | 2,500 | 1,300 | 2,000 | 2,000 | 200 | 650 | 300 | 480 | 400 | 610 | 1,000 | 500 | 350 | 560 | 1,000 | 1,500 | 450 | 550 | 900 | 850 | 500 | 400 | 500 | 600 | 0 | 35,200 | |
| SUBTOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 76,480 | |
| **COAGULACION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tiempo de Protrombina | 1,500 | 1,600 | 1,100 | 1,000 | 1,700 | 1,200 | 1,500 | 700 | 1,600 | 900 | 1,500 | 1,200 | 60 | 320 | 160 | 150 | 200 | 250 | 450 | 220 | 140 | 250 | 630 | 650 | 250 | 400 | 660 | 550 | 360 | 300 | 300 | 240 | 0 | 22,100 | |
| Tiempo de Tromboplastina Parcial Activada | 1,500 | 1,600 | 1,100 | 1,000 | 1,700 | 1,200 | 1,500 | 700 | 1,600 | 900 | 1,500 | 1,200 | 60 | 320 | 160 | 150 | 200 | 250 | 450 | 220 | 140 | 250 | 630 | 650 | 250 | 400 | 660 | 550 | 360 | 300 | 300 | 240 | 0 | 22,300 | |
| Fibrinógeno | 400 | 400 | 410 | 300 | 430 | 400 | 400 | 200 | 650 | 200 | 300 | 300 | 0 | 0 | 60 | 0 | 0 | 0 | 100 | 60 | 0 | 100 | 40 | 60 | 0 | 40 | 40 | 40 | 40 | 0 | 0 | 100 | 0 | 5,100 | |
| Dimero D | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 0 | 1,450 | |
| TOTAL | 3,500 | 3,700 | 2,710 | 2,400 | 3,930 | 2,900 | 3,500 | 1,700 | 3,750 | 2,100 | 3,400 | 2,800 | 120 | 640 | 470 | 300 | 400 | 500 | 1,100 | 520 | 280 | 600 | 1,300 | 1,760 | 500 | 840 | 1,400 | 1,140 | 800 | 600 | 800 | 680 | 0 | 31,150 | |
| **UROANALISIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uroanalisis | 1,100 | 650 | 600 | 600 | 700 | 650 | 600 | 650 | 600 | 800 | 600 | 600 | 120 | 320 | 140 | 300 | 150 | 250 | 300 | 550 | 200 | 210 | 300 | 550 | 220 | 300 | 420 | 400 | 200 | 300 | 350 | 400 | 0 | 14,690 | |
| TOTAL | 1,100 | 650 | 600 | 600 | 700 | 650 | 600 | 650 | 600 | 800 | 600 | 600 | 120 | 320 | 140 | 300 | 150 | 250 | 300 | 550 | 200 | 210 | 300 | 550 | 220 | 300 | 420 | 400 | 200 | 300 | 350 | 400 | 0 | 14,690 | |
| SUBTOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **BACTERIOLOGIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 65,840 | |
| BACTERIOLOGIA | 500 | 300 | 200 | 300 | 400 | 180 | 360 | 70 | 180 | 140 | 350 | 200 | 70 | 170 | 130 | 110 | 150 | 250 | 200 | 150 | 30 | 180 | 140 | 130 | 50 | 30 | 50 | 40 | 40 | 0 | 70 | 30 | 0 | 5,250 | |
| TOTAL | 500 | 300 | 200 | 300 | 400 | 180 | 360 | 70 | 180 | 140 | 350 | 200 | 70 | 170 | 130 | 110 | 150 | 250 | 200 | 150 | 30 | 180 | 140 | 130 | 50 | 30 | 50 | 40 | 40 | 0 | 70 | 30 | 0 | 5,250 | |

*CIFRAS ESTIMADAS POR UNIDAD MÉDICA*

| | SEGURO POPULAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | RECURSO FISCAL | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UNIDAD MÉDICA | Hospital de Esp. Dr. B. Domínguez | Hospital General Dr. Enrique Cabrera | Hospital General Ticomán | Hospital General Rubén Leñero | Hospital General Xoco | Hospital General La Villa | Hospital General Balbuena | Hospital General Gregorio Salas | Hospital General Iztapalapa | Hospital General Milpa Alta | Hospital General Tláhuac | Hospital General Ajusco Medio | Hospital Pediátrico Azcapotzalco | Hospital Pediátrico Coyoacán | Hospital Pediátrico Villa | Hospital Pediátrico Iztacalco | Hospital Pediátrico Legaria | Hospital Pediátrico Iztapalapa | Hospital Pediátrico Moctezuma | Hospital Pediátrico Peralvillo | Hospital Pediátrico San Juan Aragón | Hospital Pediátrico Tacubaya | Hospital Mat. Ped. Xochimilco | Hospital Materno Inf. Inguaran | Hospital Materno Inf. Topilejo | Hospital Materno Inf. M. Contreras | Hospital Materno Inf. Cuautepec | Hospital Materno Inf. Tláhuac | Hospital Materno Inf. N.M. Cedillo | Clínica Hospital de Esp. Toxicológicas V. Carranza | Hospital Comunitario Emiliano Zapata | Hospital General Torre Médica Tepepan. | Centro Toxicologico Xochimilco | TOTAL |
| **BACTERIOLOGÍA ESPECIAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Coagulinación | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 8 | 0 | 0 | 20 | 8 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 56 |
| Perfil de Prueba E. coli Serotipos A,B,C | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 36 |
| Perfil de Prueba Salmonella A (Hasta I mas VI) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| Perfil de Prueba Shigella Serotipos A,B,C y D | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| Hemocultivo y Líquidos Estériss Primoaislamiento (hasta 2 Botellas) | 220 | 80 | 50 | 50 | 80 | 60 | 100 | 10 | 30 | 30 | 120 | 70 | 10 | 70 | 40 | 40 | 50 | 80 | 130 | 80 | 10 | 60 | 80 | 20 | 5 | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 | 1,597 |
| Perfil de Medios para Muestreo de Zonas Estériles e Inertes. | 20 | 15 | 10 | 10 | 20 | 20 | 15 | 10 | 10 | 10 | 20 | 10 | 10 | 10 | 20 | 10 | 50 | 20 | 20 | 30 | 8 | 10 | 30 | 10 | 20 | 10 | 10 | 15 | 20 | 0 | 30 | 10 | 0 | 514 |
| Identificación y Sensibilidad de Micoplasma y Ureaplasma | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 | 30 | 30 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 190 |
| Procalcitonina | 1,300 | 800 | 150 | 150 | 320 | 150 | 150 | 100 | 200 | 300 | 800 | 350 | 0 | 210 | 250 | 50 | 100 | 150 | 250 | 150 | 0 | 110 | 150 | 70 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 0 | 8,160 |
| TOTAL | 1,540 | 735 | 240 | 210 | 420 | 250 | 342 | 120 | 240 | 430 | 778 | 458 | 20 | 296 | 310 | 100 | 220 | 258 | 420 | 294 | 18 | 184 | 260 | 100 | 55 | 10 | 10 | 25 | 29 | 0 | 92 | 110 | 0 | 8,565 |
| **MICROBIOLOGÍA SANITARIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alimentos Crudos* | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 62 |
| Alimentos Cocidos** | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 62 |
| Agua Preparada** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 31 |
| Formulas Lacteas * | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 38 |
| Agua de uso comun* | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 0 | 0 | 93 |
| Jabón, Desinfectante y Antiséptico** | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 62 |
| TOTAL | 12 | 12 | 12 | 10 | 10 | 10 | 10 | 12 | 12 | 10 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 0 | 0 | 348 |
| **DIAGNOSTICO MOLECULAR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Virus de Papiloma Humano | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Chlamydia trachomatis | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Neisseria gonorrhoeae | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Micobacterium tuberculosis | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Panel Respiratorio ( 20 Patógenos Respiratorios) | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 500 |
| Panel Gastrointestinal (22 Microorganismos) | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 90 |
| Panel Meningitis/Encefalitis (14 patógenos) | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 90 |
| TOTAL | 100 | 340 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 840 |
| **SUBTOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 15,003 |
| **HORMONAS Y MARCADORES INMUNOLÓGICOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hormona Folículo Estimulante (Fsh) | 90 | 80 | 40 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 20 | 80 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 390 |
| Prolactina | 90 | 80 | 40 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 20 | 80 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 390 |
| Testosterona | 90 | 80 | 40 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 20 | 80 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 390 |
| Estradiol | 90 | 80 | 40 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 20 | 80 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 390 |
| Progesterona | 90 | 80 | 40 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 20 | 80 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 390 |
| Hormona Luteinizante (LH) | 90 | 80 | 40 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 20 | 80 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 390 |
| Hormona Gonadotrofina Coriónica Humana Cuantitativa | 60 | 80 | 30 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 20 | 60 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 340 |
| Tiroxina (T4) | 200 | 250 | 100 | 0 | 0 | 0 | 150 | 0 | 0 | 50 | 150 | 60 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,100 |
| Tiroxina Libre (Ft4) | 200 | 250 | 100 | 0 | 0 | 0 | 150 | 0 | 0 | 50 | 150 | 60 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,100 |
| Triyodotironina (T3) | 200 | 250 | 100 | 0 | 0 | 0 | 150 | 0 | 0 | 50 | 150 | 60 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,100 |
| Triyodotironina Libre (Ft3) | 200 | 250 | 100 | 0 | 0 | 0 | 150 | 0 | 0 | 50 | 150 | 60 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,100 |
| T Uptake (T Rjacion) | 200 | 250 | 0 | 0 | 0 | 0 | 150 | 0 | 0 | 50 | 150 | 60 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,100 |
| Hormona Estimulante de Tiroides (TSH) | 200 | 250 | 100 | 0 | 0 | 0 | 150 | 0 | 0 | 50 | 150 | 60 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,000 |
| Cortisol | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 180 |
| Insulina | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 150 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 350 |
| Hormona Paratiroidea (PTH) | 30 | 200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 380 |
| Antigeno Prostático Especifico (PSA) | 100 | 80 | 30 | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 20 | 70 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 380 |
| Antigeno Prostático Especifico Libre (PSA Libre) | 100 | 80 | 30 | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 20 | 70 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 380 |
| CA 15.3 | 40 | 60 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 20 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 340 |
| CA 19.9 | 40 | 60 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 20 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 190 |
| CA 125 | 40 | 60 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 20 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 200 |
| AlfaFetoproteina | 40 | 60 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 20 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 200 |
| Antigeno Carcigenoembrionario | 40 | 60 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 20 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 230 |
| Ig E | 30 | 60 | 0 | 0 | 0 | 0 | 120 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 200 |
| IgA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 210 |
| IgM | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 70 |
| Ferritina | 500 | 500 | 100 | 200 | 100 | 100 | 100 | 100 | 200 | 200 | 200 | 400 | 0 | 0 | 200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 70 |
| Folatos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 300 | 0 | 3,200 |
| TOTAL | 3,120 | 3,480 | 930 | 200 | 100 | 100 | 1,980 | 100 | 200 | 830 | 2,570 | 1,080 | 0 | 0 | 200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 300 | 0 | 15,470 |

*CIFRAS ESTIMADAS POR UNIDAD MÉDICA*

| UNIDAD MÉDICA | SEGURO POPULAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | RECURSO FISCAL | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hospital de Esp. Dr. B. Domínguez | Hospital General Dr. Enrique Cabrera | Hospital General Ticomán | Hospital General Rubén Leñero | Hospital General Xoco | Hospital General La Villa | Hospital General Balbuena | Hospital General Gregorio Salas | Hospital General Iztapalapa | Hospital General Milpa Alta | Hospital General Tláhuac | Hospital General Álvaro Obregón | Hospital Pediátrico Acapotzalco | Hospital Pediátrico Coyoacán | Hospital Pediátrico Villa | Hospital Pediátrico Iztacalco | Hospital Pediátrico Legaría | Hospital Pediátrico Iztapalapa | Hospital Pediátrico Moctezuma | Hospital Pediátrico Peralvillo | Hospital Pediátrico San Juan Aragón | Hospital Pediátrico Tacubaya | Hospital Mat. Ped. Xochimilco | Hospital Materno Inf. Inguaran | Hospital Materno Inf. Topilejo | Hospital Materno Inf. M. Contreras | Hospital Materno Inf. Cuautepec | Hospital Materno Inf. Tláhuac | Hospital Materno Inf. N.M. Cedillo | Clínica Hospital de Esp. Toxicológicas V. Carranza | Hospital Comunitario Emiliano Zapata | Hospital General Torre Médica Tepepan. | Centro Toxicologico Xochimilco | |
| **PERFIL CARDIOPULMONAR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mioglobina Cuantitativa Prueba Rápida | 400 | 300 | 150 | 150 | 150 | 100 | 150 | 100 | 150 | 150 | 300 | 300 | 0 | 0 | 70 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 300 | 0 | 2,770 |
| Troponina I Cuantitativa Prueba Rápida | 400 | 300 | 150 | 150 | 150 | 100 | 150 | 100 | 150 | 150 | 300 | 300 | 0 | 0 | 70 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 300 | 0 | 2,770 |
| Péptido Natiurético (BNP) Cuantitativa Prueba Rápida | 500 | 600 | 150 | 100 | 100 | 100 | 150 | 120 | 180 | 150 | 400 | 200 | 0 | 0 | 90 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 300 | 0 | 2,770 |
| Dímero D Cuantitativa Prueba Rápida | 1,500 | 800 | 300 | 300 | 300 | 250 | 300 | 280 | 500 | 300 | 600 | 500 | 0 | 0 | 120 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 150 | 0 | 2,950 |
| CK-MB Masa Cuantitativa Prueba Rápida | 400 | 300 | 150 | 150 | 150 | 100 | 150 | 100 | 150 | 150 | 300 | 300 | 0 | 0 | 70 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 500 | 0 | 8,550 |
| TOTAL | 3,200 | 2,300 | 900 | 850 | 850 | 650 | 900 | 700 | 1,130 | 900 | 1,900 | 1,600 | 0 | 0 | 420 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,550 | 0 | 17,850 |
| **PERFIL DE TORCH** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Toxoplasma IgG | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Toxoplasma IgM | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Rubeola IgG | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Rubeola IgM | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Citomegalovirus IgG | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Citomegalovirus IgM | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Herpes Simple tipo1 IgG | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Herpes Simple tipo1 IgM | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Herpes Simple tipo2 IgG | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Herpes Simple tipo2 IgM | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| TOTAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 400 |
| **PERFIL DE AUTOANTICUERPOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anticuerpos Antinucleares (ANA) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Anticuerpos Anti-DNA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Anticuerpos Anticardiolipinas (ACL) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| C3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| C4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Anti-Ro (SS-A) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Anti-La (SS-B) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Anti Sm | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Anticoagulante Lúpico (AL) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Anticuerpos Anticitoplasma de Neutrofilos (ANCA) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Anticuerpos IgA de gliadina deaminada | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Anticuerpos IgG de gliadina deaminada. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 |
| Anticuerpos IgA de transglutaminasa tisular. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 |
| Anticuerpos IgG de transglutaminasa tisular. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 |
| Autoanticuerpo tiroideo antiperoxidasa (TPOAb) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 |
| Autoanticuerpo antitiroglobulina (TgAb) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 |
| Autoanticuerpo antireceptor de hormona tiroidea | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 |
| TOTAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 210 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 610 |
| CARIOTIPO HUMANO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CARIOTIPO HUMANO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| TOTAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| **SUBTOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 34,370 |

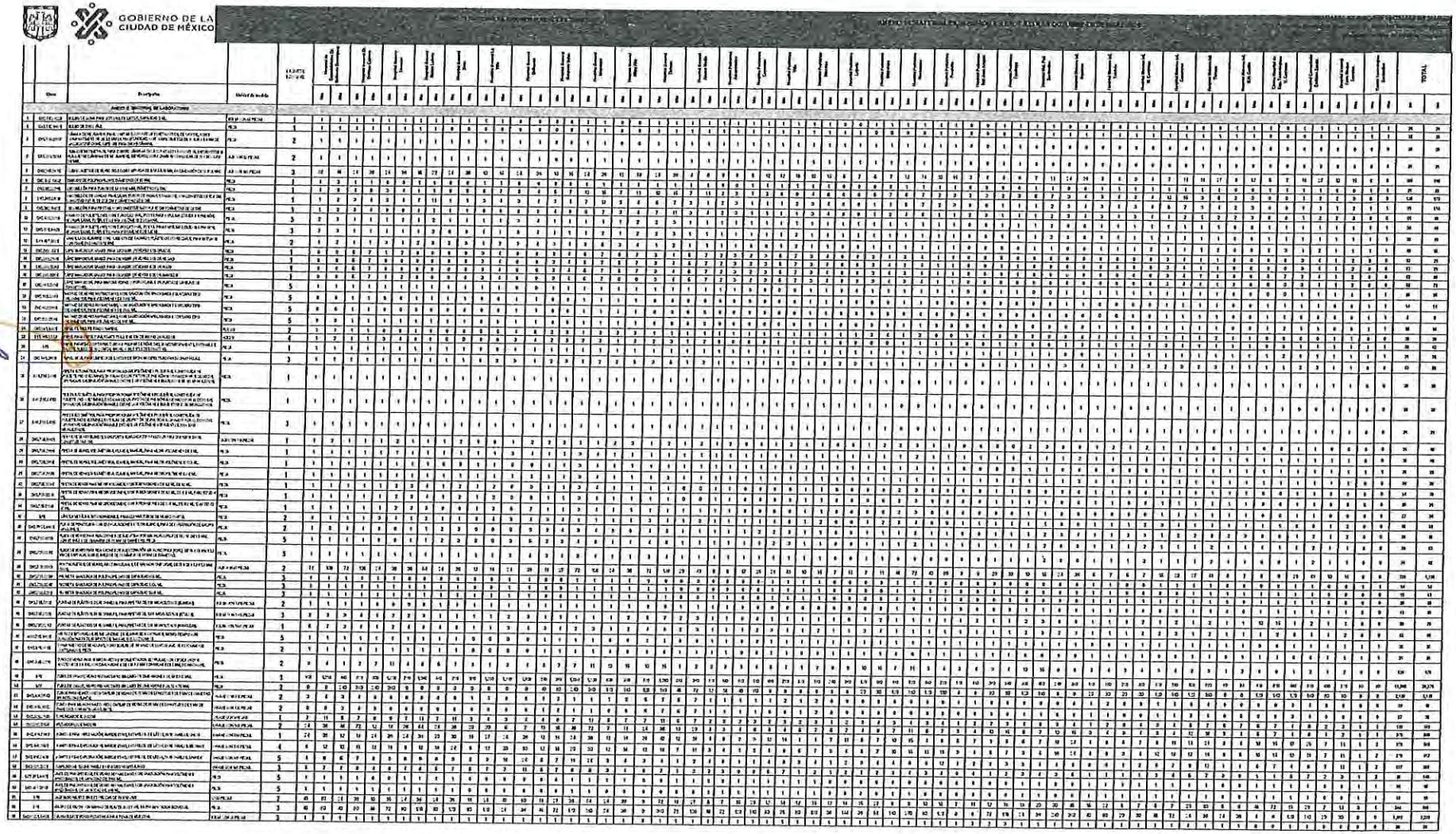
Nota: Para la subpartida de Microbiología sanitaria; * Muestreo Mensual; ** Muestreo Bimestral.

**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-279-2020**

# ANEXO 11 MATERIALES, INSUMOS Y REACTIVOS EXTRA 2020

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO



**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-279-2020**

# ANEXO 12
# MENÚ DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO

## ANEXO 12 MENÚ DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO

| |
|---|
| **QUÍMICA CLINICA** |
| ÁCIDO ÚRICO |
| ALT |
| ALBUMINA |
| AMYLASA |
| AST |
| BILIRRUBINA DIRECTA |
| BILIRRUBINA TOTAL |
| CALCIO TOTAL |
| COLESTEROL TOTAL |
| COLESTEROL LDL |
| COLESTEROL HDL |
| CK – MB |
| CK TOTAL |
| CREATININA |
| LDH |
| FOSFATASA ALCALINA |
| FÓSFORO |
| GGT |
| GLUCOSA |
| LIPASA |
| MAGNESIO |
| PROTEÍNAS TOTALES |
| TRIGLICÉRIDOS |
| UREA |
| **QUÍMICA ESPECIAL** |
| HEMOGLOBINA GLICOSILADA |
| MICROPROTEINAS |
| ANTIESTREPTOLISINA |
| FACTOR REUMATOIDE |
| PROTEINA C REACTIVA DE ALTA SENSIBILIDAD |
| MICROALBÚMINA |
| CISTATINA C |
| HIERRO |
| TRANSFERRINA |
| CAPACIDAD DE FIJACIÓN DE HIERRO |
| ACETAMINOFEN |
| ACIDO VALPROICO |
| ALCOHOL |
| ANFETAMINAS |
| BARBITURICOS |
| BENZODIAZAPINAS |
| CANABINOIDES |
| CARBAMAZEPINA |
| COCAINA |



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

| |
|---|
| COLINESTERASA |
| DIGOXINA |
| FENITOINA |
| FENOBARBITAL |
| OPIACEOS |
| DROGAS DE ABUSO PRUEBA RÁPIDA |
| **GASES SANGUINEOS** |
| GASOMETRÍA |
| LACTATO |
| **ELECTROLITOS** |
| **BIOMETRÍA HEMATICA** |
| **BACTERIOLOGÍA** |
| **COAGULACIÓN** |
| TIEMPO DE PROTROMBINA |
| TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA |
| FIBRINÓGENO |
| DÍMERO D |
| **UROANALISIS** |
| **HORMONAS Y MARCADORES INMUNOLÓGICOS** |
| HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH) |
| PROLACTINA |
| TESTOSTERONA |
| ESTRADIOL |
| PROGESTERONA |
| HORMONA LUTEINIZANTE (LH) |
| HORMONA GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA CUANTITATIVA |
| TIROXINA (T4) |
| TIROXINA LIBRE (FT4) |
| TRYODOTIRONINA (T3) |
| TRYODOTIRONINA LIBRE (FT3) |
| T UPTAKE (T FIJACION) |
| HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES (TSH) |
| CORTISOL |
| INSULINA |
| HORMONA PARATIROIDEA (PTH) |
| ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECIFICO (PSA) |
| ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECIFICO LIBRE (PSA LIBRE) |
| CA 15.3 |
| CA 19.9 |
| CA 125 |
| ALFAFETOPROTEÍNA |
| ANTIGENO CARCIGENOEMBRIONARIO |
| IG E |
| IGA |
| IGM |
| FERRITINA |

| |
|---|
| FOLATOS |
| **BACTERIOLOGÍA ESPECIAL** |
| COAGLUTINACIÓN |
| PERFIL DE PRUEBA E. COLI SEROTIPOS A,B,C |
| PERFIL DE PRUEBA SALMONELLA A (HASTA I MAS VI) |
| PERFIL DE PRUEBA SHIGELLA SEROTIPOS A,B,C Y D |
| HEMOCULTIVO Y LÍQUIDOS ESTERILES PRIMOAISLAMIENTO (HASTA 2 BOTELLAS) |
| PERFIL DE MEDIOS PARA MUESTREO DE ZONAS ESTERILES E INERTES. |
| IDENTIFICACIÓN Y SENSIBILIDAD DE MICOPLASMA Y UREAPLASMA |
| PROCALCITONINA |
| **PERFIL CARDIOPULMONAR** |
| MIOGLOBINA CUANTITATIVA PRUEBA RÁPIDA |
| TROPONINA I CUANTITATIVA PRUEBA RÁPIDA |
| PÉPTIDO NATIURÉTICO (BNP) CUANTITATIVA PRUEBA RÁPIDA |
| DIMERO D CUANTITATIVA PRUEBA RÁPIDA |
| CK-MB MASA CUANTITATIVA PRUEBA RÁPIDA |
| **DIAGNOSTICO MOLECULAR** |
| VIRUS DE PAPILOMA HUMANO |
| NEISSERIA GONORRHOEAE |
| MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS |
| PANEL RESPIRATORIO ( 20 PATÓGENOS RESPIRATORIOS) |
| PANEL GASTROINTESTINAL (22 MICROORGANISMOS) |
| PANEL MENINGITIS/ENCEFALITIS (14 PATÓGENOS) |
| **MICROBIOLOGÍA SANITARIA** |
| ALIMENTOS CRUDOS |
| ALIMENTOS COCIDOS |
| AGUA PREPARADA |
| FORMULAS LACTEAS |
| AGUA DE USO COMUN |
| JABÓN, DESINFECTANTE Y ANTISÉPTICO |
| **PERFIL DE TORCH** |
| TOXOPLASMA IGG |
| TOXOPLASMA IGM |
| RUBEOLA IGG |
| RUBEOLA IGM |
| CITOMAGALOVIRUS IGG |
| CITOMEGALOVIRUS IGM |
| HERPES SIMPLE TIPO1 IGG |
| HERPES SIMPLE TIPO1 IGM |
| HERPES SIMPLE TIPO2 IGG |
| HERPES SIMPLE TIPO2 IGM |
| **PERFIL DE AUTOANTICUERPOS** |
| ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA) |



Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.
T. 51321250 ext.1312

| |
|---|
| ANTICUERPOS ANTI-DNA |
| ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS (ACL) |
| C3 |
| C4 |
| ANTI-RO (SS-A) |
| ANTI-LA (SS-B) |
| ANTI SM |
| ANTICOAGULANTE LÚPICO (AL) |
| ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTROFILOS (ANCA) |
| ANTICUERPOS IGA DE GLIADINA DEAMINADA |
| ANTICUERPOS IGG DE GLIADINA DEAMINADA. |
| ANTICUERPOS IGA DE TRANSGLUTAMINASA TISULAR. |
| ANTICUERPOS IGG DE TRANSGLUTAMINASA TISULAR. |
| AUTOANTICUERPO TIROIDEO ANTIPEROXIDASA (TPOAB) |
| AUTOANTICUERPO ANTITIROGLOBULINA (TGAB) |
| AUTOANTICUERPO ANTIRECEPTOR DE HORMONA TIROIDEA |
| **CARIOTIPO HUMANO** |

**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-279-2020**

# ANEXO 13
# EQUIPAMIENTO BÁSICO OPERATIVO DE APOYO PROPORCIONADO POR EL PROVEEDOR

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

## ANEXO 13. EQUIPAMIENTO BÁSICO OPERATIVO DE APOYO PROPORCIONADO POR EL PROVEEDOR

| NÚMERO | DESCRIPCIÓN | UNIDAD | PACIENTE INTEGRAL | HOSPITALES DE ESPECIALIDAD, GENERALES Y COMUNITARIO | | | | | | | | | | | | | | HOSPITALES PEDIÁTRICOS | | | | | | | | | | HOSPITALES MATERNOS | | | | | | OTROS | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | De Esp. Dr. B. Domínguez | Tláhuac | Enrique Cabrera | Rafael Lucio | Xoco | Balbuena | Villa | Gregoria Sosa | Iztapalapa | Milpa Alta | Tláhuac | Ajusco medio | Emiliano Zapata | Azcapotzalco | Coyoacán | Villa | Iztacalco | Legaria | Iztapalapa | Magdalena | Peralvillo | S. J. Aragón | Tacubaya | M. Contreras | Cuauhtémoc | Mat. Ped. Xochimilco | Iztapalapa | Topilejo | M. Tláhuac | N.M. Cuajilpa | Torre Médica Tepepan | Tlaxcoaque V. Carranza | Centro Toxicológico Xochimilco | |
| 1 | CENTRÍFUGA PARA 24 TUBOS (MÍNIMO) DESCRIPCIÓN: EQUIPO DE LABORATORIO, CENTRÍFUGA DE MESA CON CAPACIDAD DE 24 TUBOS COMO MÍNIMO. CONTROL MANUAL DE TECLADO DE MEMBRANA DE TIEMPO Y VELOCIDAD. ROTOR DE ÁNGULO FIJO PARA TUBOS DE 13 X 100 (5ML) . VELOCIDAD PROGRAMABLE DE 300 A 4000 RPM. DISPLAY DIGITAL NUMÉRICO DE VELOCIDAD TIEMPO RCF. VELOCIDAD MÁXIMA AJUSTABLE CON CARGA DE 4000 RPM 3300 X G. FRENO INTEGRADO. SEGURO EN LA TAPA QUE EVITA QUE ESTA SE ABRA SI EL EQUIPO ESTA FUNCIONANDO O QUE FUNCIONE SI LA TAPA ESTA ABIERTA. OPERA A 120 V / 60 HZ. . Equipo | Equipo | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 27 |
| 2 | CENTRÍFUGA PARA 24 TUBOS (MÍNIMO) DESCRIPCIÓN: EQUIPO DE LABORATORIO, CENTRÍFUGA DE MESA CON CAPACIDAD DE 10 A 24 TUBOS. CONTROL MANUAL DE TECLADO DE MEMBRANA DE TIEMPO Y VELOCIDAD. ROTOR DE ÁNGULO FIJO PARA TUBOS DE 12 X 75 (5ML) . VELOCIDAD PROGRAMABLE DE 300 A 4000 RPM. DISPLAY DIGITAL NUMÉRICO DE VELOCIDAD TIEMPO RCF. VELOCIDAD MÁXIMA AJUSTABLE CON CARGA DE 4000 RPM 3300 X G. FRENO INTEGRADO. SEGURO EN LA TAPA QUE EVITA QUE ESTA SE ABRA SI EL EQUIPO ESTA FUNCIONANDO O QUE FUNCIONE SI LA TAPA ESTA ABIERTA. OPERA A 120 V / 60 HZ. . Equipo | Equipo | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 23 |
| 3 | MICROSCOPIO BINOCULAR, INSTRUMENTO ÓPTICO DE APOYO CON FINES DE DIAGNÓSTICO PARA TODO TIPO DE PATOLOGÍAS DETECTADAS MICROSCÓPICAMENTE OCULARES DE 10X O 12.5X CON CAMPO VISUAL AMPLIO. TUBO BINOCULAR INCLINADO DE 30° O 45° GIRATORIO. REVÓLVER PARA CUATRO OBJETIVOS. OBJETIVOS PLANACROMÁTICOS DE 4X/0.12, 10X/0.25, 40X/0.65 Y 100X/1.25 (ACEITE). PLATINA PROVISTA CON MOVIMIENTO EN CRUZ. CONDENSADOR CON APERTURA NUMÉRICA DE 0.9 O 1.25. LENTE FRONTAL DESPLAZABLE. DIAFRAGMA TIPO IRIS. ILUMINACIÓN EN LA BASE DEL MICROSCOPIO. TRANSFORMADOR INTEGRADO EN LA BASE. MANDOS DE ENFOQUE MACRO-MICROMÉTRICO COAXIALES. FUNDA PARA EL MICROSCOPIO. | Equipo | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 |
| 4 | AGITADOR ELÉCTRICO DE PLATAFORMA, EN FORMA ROTATORIA, CON VELOCIDAD DE 10 A 250 RPM, CONTROL DE TIEMPO DE 0 A 60 MINUTOS, OPERACIÓN CONTINUA INTERMITENTE. | Equipo | 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 24 |
| 5 | AGITADOR TIPO CAMA PARA TUBOS CON ANTICOAGULANTE; CON CAPACIDAD MÍNIMA DE 15 TUBOS, VELOCIDADMÍNIMA DE 25 CICLOS POR MINUTOS | Equipo | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 30 |
| 6 | ESTUFA PARA CULTIVOS DE MICROORGANISMOS AEROBICOS Y FACULTATIVO DESCRIPCION: EQUIPO PARA EL DESARROLLO O CULTIVO DE MICROORGANISMOS AERÓBICOS FACULTATIVOS U OTRAS CÉLULAS, EN CONDICIONES ADECUADAS DE TEMPERATURA CONTROLADA, PERILLA PARA EL CONTROL DE TEMPERATURA DE 5° C ARRIBA DEL AMBIENTE HASTA 60°C. TERMOSTATO DE SEGURIDAD, VARIACIÓN DE TEMPERATURA DE +/- 0.5° C, DISPLAY DIGITAL, CÁMARA CON DIMENSIONES INTERNAS DE 41.5X51.0 CM, DOBLE PUERTA, INTERIORES DE ACERO INOXIDABLE. . | Equipo | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 8 |
| 7 | DISPOSITIVO PORTÁTIL PARA LA DETECCIÓN DE VENAS SOBRE EL TEJIDO CIRCUNDANTE, BASADO EN LA ABSORCIÓN DE LUZ INFRARROJA DE LA HEMOGLOBINA E ILUMINANDO LA POSICIÓN DE LAS VENAS SOBRE LA SUPERFICIE CUTÁNEA, INCLUYE SOPORTE FLEXIBLE CON CANASTILLA Y CARRO Y BASE PARA MANOS LIBRES PARA USO EN BANCOS DE TOMA DE MUESTRA O CABECERA DEL PACIENTE, BATERÍA DE ION LITIO RECARGABLE | Equipo | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 8 | CONGELADOR DE 5.4 (Y HASTA 6.0) PIES CÚBICOS. CONTENEDOR DE MATERIAL A TEMPERATURA DE REFRIGERACIÓN PARA LA GUARDA DE INSUMOS DE LABORATORIO. CAPACIDAD DE 5.4 PIES CÚBICOS. TIPO VERTICAL. CONSTA DE: UNA SOLA PUERTA, CONGELADOR EN EL MISMO CUERPO EN LA PARTE SUPERIOR, CAPAZ DE MANTENER TEMPERATURA INTERNA DE -20 GRADOS C O MEJOR, PARA EL CONGELADOR. REFRIGERANTE LIBRE DE CFC. REFACCIONES: LAS UNIDADES MÉDICAS LAS SELECCIONARÁN DE ACUERDO A SUS NECESIDADES, ASEGURANDO SU COMPATIBILIDAD CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO. ACCESORIOS Y CONSUMIBLES SE DEBE ASEGURAR SU COMPATIBILIDAD CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO. INSTALACIÓN CORRIENTE ELÉCTRICA 120V/60 HZ. OPERACION POR PERSONAL ESPECIALIZADO Y DE ACUERDO AL MANUAL DE OPERACIÓN. MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO POR PERSONAL CALIFICADO. | Equipo | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 31 |
| 9 | REFRIGERADOR VERTICAL PARA LABORATORIO CAP. 20 PIES CUBICOS. EQUIPO PARA PRESERVAR MUESTRAS BIOLÓGICAS, MEDIOS DE CULTIVO Y REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO, EN GENERAL, A TEMPERATURAS DE 2 A 8 GRADOS CENTÍGRADOS. SIN REFRIGERADOR CONGELADOR. QUE OPERE CON REFRIGERANTE LIBRE DE CFC. CAPACIDAD 571 DMS (20 PIES CÚBICOS) a 3 PIES CÚBICOS. PUERTA DE CRISTAL. DIFUSOR DE AIRE CON VÁLVULA DE PRESIÓN CAPAZ. CAJA DEL DIFUSOR. ENTREPAÑOS DE ALAMBRÓN CROMADO O ESMALTADO. DESHIELO AUTOMÁTICO. CONTROL DE TEMPERATURA AJUSTABLE CON TERMOREGISTRADOR AUTOMÁTICO. CIRCULACIÓN REFORZADA DE AIRE A TRAVÉS DE UN DIFUSOR DE FLUJO TRANSVERSAL O EQUIVALENTE. ESCALA O PERILLA DE CONTROL DE TEMPERATURA QUE INCLUYA EL RANGO ENTRE 2 A 8 GRADOS CENTÍGRADOS. COMPRESOR DE 1/3 HP O DE LA POTENCIA ADECUADA, SEGÚN TAMAÑO Y CAPACIDAD DEL EQUIPO. RANGO ADECUADO A LA TEMPERATURA DEL REFRIGERADOR. CUBIERTA EXTERIOR DE ACERO GALVANIZADO ELECTROLÍTICAMENTE CUBIERTO CON PINTURA EPÓXICA. CUBIERTA INTERIOR CON ALUMINO LISO O ACERO CON RECUBRIMIENTO ANTICORROSIVO. SELECCIÓN DE HUMEDAD. AISLAMIENTO DE ALTO GRADO MEDIANTE ESPUMA PRESURIZADA O ESPUMA DE POLIURETANO INYECTADO. | Equipo | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 |
| 10 | CONTADOR DE CÉLULAS DE 8 TECLAS DESCRIPCION: EQUIPO DE LABORATORIO PARA CONTAR CÉLULAS, CON TECLAS CADA UNA PARA CONTEO HASTA 999. . Equipo | Equipo | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 32 |
| 11 | HORNO DE SECADO RANGOS DE TEMPERATURA DE AMBIENTE +5° C A 250° C; CÁMARA INTERIOR EN ACERO INOXIDABLE TIPO 430; GABINETE EXTERIOR EN ACERO AL CARBÓNESMALTADO CON PINTURA EPÓXICA ÓELECTROESTÁTICA; PUERTA CON SELLO DE SILICÓN PARA ALTA TEMPERATURA; INCLUYE DOS CHAROLAS DE ACERO INOXIDABLE. DIMENSIONES EXTERNAS 45x45X75 +/-10%. DIMENSIONES INTERNAS 35X35X35 CMS +/-10%. | Equipo | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | | Equipo | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 32 |
| | | Equipo | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 30 |
| 12 | VORTEX DE UN TUBO | Equipo | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 30 |
| 13 | ESTERILIZADOR ELÉCTRICO DE ASAS BACTERIOLÓGICAS | Equipo | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 30 |
| 14 | CABINA DE SEGURIDAD BIOLÓGICA CLASE II TIPO A, DE DIMENSIONES ACORDES A CADA LABORATORIO | Equipo | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 30 |

**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-279-2020**

# ANEXO 14
# DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y COSTOS

**DICIPA, S.A. DE C.V.**
Av. Patriotismo #201, pi
Col. San Pedro de los Pin
C.P. 03800 Ciudad de Méxic
Tel. (55) 5093-2000

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

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES
J.U.D DE COMPRAS Y CONTROL DE MATERIALES

CIUDAD DE MÉXICO A 20 DE SEPTIEMBRE DEL 2020

**LIC. JESÚS ANTONIO GARRIDO ORTIGOSA**
**DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS**
**LIC. DAVID M. MIRNNDA ORTEGA**
**DIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS**
**LIC. OSEAR DIDIER ALDRETE RUBIO**
**SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES**
**EDGAR LÓPEZ VALVERDE**
**JEFE DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE COMPRAS Y CONTROL DE MATERIALES**

20 SEP 2020

RECIBE: DIEGO HORA: 12:00

**Dicipa, S.A. de C.V.**
Edificio Metrópoli Patriotismo II
Av. Patriotismo # 201, piso 8
Col. San Pedro de los Pinos,
Alcaldía Benito Juárez,
C. P. 03800, Ciudad de México
Tel. (55) 5093 2000
RFC: DCP790511-D36

| CLAVE | PAQUETE INTEGRAL | | SUB PARTIDAS | UNIDAD DE MEDIDA | PRECIO UNITARIO |
|---|---|---|---|---|---|
| S/C | 1 | 1 | QUIMICA CLINICA | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 14.73 |
| S/C | 1 | 2 | QUIMICA ESPECIAL | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | |
| | 1 | | Hemoglobina Glicosilada | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 58.62 |
| | 1 | | Microproteinas | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 86.39 |
| | 1 | | Antiestreptolisina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 86.39 |
| | 1 | | Factor Reumatoide | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 86.39 |
| | 1 | | Proteina C Reactiva de Alta Sensibilidad | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 116.28 |
| | 1 | | Microalbúmina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 30.74 |
| | 1 | | Cistatina C | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 848.00 |
| | 1 | | Hierro | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 31.80 |
| | 1 | | Transferrina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 31.80 |
| | 1 | | Capacidad de fijación de hierro | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 31.80 |
| | 1 | | Acetaminofen | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 57.66 |
| | 1 | | Acido Valproico | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 57.66 |
| | 1 | | Alcohol | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 44.94 |
| | 1 | | Anfetaminas | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 44.94 |
| | 1 | | Barbituricos | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 44.94 |
| | 1 | | Benzodiazapinas | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 57.66 |
| | 1 | | Canabinoides | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 44.94 |
| | 1 | | Carbamazepina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 57.66 |
| | 1 | | Cocaina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 44.94 |
| | 1 | | Colinesterasa | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 57.66 |
| | 1 | | Digoxina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 57.66 |
| | 1 | | Fenitoina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 57.66 |
| | 1 | | Fenobarbital | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 57.66 |
| | 1 | | Opiaceos | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 44.94 |
| | 1 | | Drogas de Abuso Prueba Rápida | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 127.20 |
| S/C | 1 | 3 | ELECTROLITOS | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | |
| | 1 | | SUB TOTAL | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 27.61 |
| S/C | 2 | 4 | GASES SANGUINEOS | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | |
| | 2 | | Gasometria | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 64.77 |
| | 2 | | Lactato | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 79.50 |
| S/C | 2 | 5 | BIOMETRIA HEMATICA | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | |
| | 2 | | SUB TOTAL | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 29.57 |
| S/C | 3 | 6 | COAGULACIÓN | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | |
| | 3 | | Tiempo de Protrombina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 31.59 |
| | 3 | | Tiempo de Tromboplastina Parcial Activada | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 31.59 |
| | 3 | | Fibrinógeno | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 78.44 |
| | 3 | | Dímero D | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 414.46 |
| S/C | 3 | 7 | UROANALISIS | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | |
| | 3 | | SUB TOTAL | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 22.58 |
| S/C | 4 | 8 | BACTERIOLOGIA | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 162.71 |
| S/C | 4 | 9 | BACTERIOLOGIA ESPECIAL | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | |
| | 4 | | Coaglutinación | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 296.27 |
| | 4 | | Perfil de Prueba E. coli Serotipos A,B,C | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 326.27 |
| | 4 | | Perfil de Prueba Salmonella A (Hasta I mas VI) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 326.27 |
| | 4 | | Perfil de Prueba Shigella Serotipos A,B,C y D | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 326.27 |
| | 4 | | Hemocultivo y Líquidos Esteriles Primoaislamiento (hasta 2 Botellas) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 282.91 |
| | 4 | | Perfil de Medios para Muestreo de Zonas Esteriles e Inertes. | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 173.31 |
| | 4 | | Identificación y Sensibilidad de Micoplasma y Ureaplasma | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 232.78 |
| | 4 | | Procalcitonina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 677.34 |

DICIPA, S.A. DE C.V.
Av. Patriotismo #201, piso 8
Col. San Pedro de los Pinos
C.P. 03800 Ciudad de México
Tel. (55) 5093-2000

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS
Y SERVICIOS SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES
J.U.D DE COMPRAS Y CONTROL DE MATERIALES

CIUDAD DE MÉXICO A 20 DE SEPTIEMBRE DEL 2020

LIC. JESÚS ANTONIO GARRIDO ORTIGOSA
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LIC. DAVID M. MIRNNDA ORTEGA
DIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS
LIC. OSEAR DIDIER ALDRETE RUBIO
SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES
EDGAR LÓPEZ VALVERDE
JEFE DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE COMPRAS Y CONTROL DE MATERIALES

Dicipa, S.A. de C.V.
Edificio Metrópoli Patriotismo II
Av. Patriotismo # 201, piso 8
Col. San Pedro de los Pinos
Alcaldía Benito Juárez,
C.P. 03800, Ciudad de México
Tel. (55) 5093 2000
RFC: DI[illegible]-D36

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| S/C | 4 | 10 | MICROBIOLOGIA SANITARIA | | |
| | | | Alimentos Crudos | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 740.94 |
| | | | Alimentos Cocidos | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 740.94 |
| | | | Agua Preparada | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 740.94 |
| | | | Formulas Lacteas | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 928.56 |
| | | | Agua de uso comun | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 525.76 |
| | | | Jabón, Desinfectante y Antiséptico | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 1,179.78 |
| S/C | | 11 | DIAGNOSTICO MOLECULAR | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | |
| | | | Virus de Papiloma Humano | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 2,576.86 |
| | | | Chlamydia trachomatis | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 915.84 |
| | | | Neisseria gonorrhoeae | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 915.84 |
| | | | Micobacterium tuberculosis | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 1,160.70 |
| | | | Panel Respiratorio ( 20 Patógenos Respiratorios) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 5,933.88 |
| | | | Panel Gastrointestinal (22 Microorganismos) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 4,770.00 |
| | | | Panel Meningitis/Encefalitis (14 patógenos) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 5,300.00 |
| | | | SUB TOTAL | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | |
| S/C | | 12 | HORMONAS Y MARCADORES INMUNOLÓGICOS | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | |
| | | | Hormona Folículo Estimulante (Fsh) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 81.62 |
| | | | Prolactina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 81.62 |
| | | | Testosterona | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 81.62 |
| | | | Estradiol | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 81.62 |
| | | | Progesterona | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 81.62 |
| | | | Hormona Luteinizante (LH) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 81.62 |
| | | | Hormona Gonadotrofina Corionica Humana Cuantitativa | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 81.62 |
| | | | Tiroxina (T4) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 81.62 |
| | | | Tiroxina Libre (Ft4) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 81.62 |
| | | | Tryodotironina (T3) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 81.62 |
| | | | Tryodotironina Libre (Ft3) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 81.62 |
| | | | T Uptake (T fijacion) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 81.62 |
| | | | Hormona Estimulante de Tiroides (TSH) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 81.62 |
| | | | Cortisol | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 276.66 |
| | | | Insulina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 276.66 |
| | | | Hormona Paratiroidea (PTH) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 276.66 |
| | | | Antigeno Prostático Especifico (PSA) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 81.62 |
| | | | Antigeno Prostático Especifico Libre (PSA Libre) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 81.62 |
| | | | CA 15.3 | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 81.62 |
| | | | CA 19.9 | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 93.81 |
| | | | CA 125 | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 93.81 |
| | | | AlfaFetoproteína | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 93.81 |
| | | | Antigeno Carcigenoembrionario | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 93.81 |
| | | | Ig E | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 93.81 |
| | | | IgA | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 134.62 |
| | | | IgM | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 134.62 |
| | | | Ferritina | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 116.60 |
| | | | Folatos | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 116.60 |
| S/C | 5 | 13 | PERFIL CARDIOPULMONAR | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | |
| | | | Mioglobina Cuantitativa Prueba Rápida | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 331.78 |
| | | | Troponina I Cuantitativa Prueba Rápida | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 331.78 |
| | | | Péptido Natiurético (BNP) Cuantitativa Prueba Rápida | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 331.78 |
| | | | Dimero D Cuantitativa Prueba Rápida | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 331.78 |
| | | | CK-MB Masa Cuantitativa Prueba Rápida | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 331.78 |
| S/C | | 14 | PERFIL DE TORCH | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | |
| | | | Toxoplasma IgG | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 308.46 |
| | | | Toxoplasma IgM | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 308.46 |
| | | | Rubeola IgG | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 308.46 |

DICIPA, S.A. DE C.V.
Av. Patriotismo #201, piso 8
Col. San Pedro de los Pinos
C.P. 03800 Ciudad de México
Tel. (55) 5093-2000

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS
Y SERVICIOS SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES
J.U.D DE COMPRAS Y CONTROL DE MATERIALES

CIUDAD DE MÉXICO A 20 DE SEPTIEMBRE DEL 2020

LIC. JESÚS ANTONIO GARRIDO ORTIGOSA
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LIC. DAVID M. MIRNNDA ORTEGA
DIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS
LIC. OSEAR DIDIER ALDRETE RUBIO
SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES
EDGAR LÓPEZ VALVERDE
JEFE DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE COMPRAS Y CONTROL DE MATERIALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Rubeola IgM | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 308.46 |
| | | | Citomagalovirus IgG | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 308.46 |
| | | | Citomegalovirus IgM | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 308.46 |
| | | | Herpes Simple tipo1 IgG | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 308.46 |
| | | | Herpes Simple tipo1 IgM | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 308.46 |
| | | | Herpes Simple tipo2 IgG | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 308.46 |
| | | | Herpes Simple tipo2 IgM | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 308.46 |
| S/C | | 15 | PERFIL DE AUTOANTICUERPOS | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | |
| | | | Anticuerpos Antinucleares (ANA) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 308.46 |
| | | | Anticuerpos Anti-DNA | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 308.46 |
| | | | Anticuerpos Anticardiolipinas (ACL) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 308.46 |
| | | | C3 | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 214.12 |
| | | | C4 | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 214.12 |
| | | | Anti-Ro (SS-A) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 308.46 |
| | | | Anti-La (SS-B) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 308.46 |
| | | | Anti Sm | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 308.46 |
| | | | Anticoagulante Lúpico (AL) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 487.60 |
| | | | Anticuerpos Anticitoplasma de Neutrofilos (ANCA) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 308.46 |
| | | | Anticuerpos IgA de gliadina deaminada | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 439.90 |
| | | | Anticuerpos IgG de gliadina deaminada. | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 439.90 |
| | | | Anticuerpos IgA de transglutaminasa tisular. | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 439.90 |
| | | | Anticuerpos IgG de transglutaminasa tisular. | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 439.90 |
| | | | Autoanticuerpo tiroideo antiperoxidasa (TPOAb) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 439.90 |
| | | | Autoanticuerpo antitiroglobulina (TgAb) | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 439.90 |
| | | | Autoanticuerpo antireceptor de hormona tiroidea | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 439.90 |
| S/C | | 16 | CARIOTIPO HUMANO | PRUEBA EFECTIVA REALIZADA | $ 3,786.32 |

Dicipa, S.A. de C.V.
Edificio Metrópoli Patriotismo II
Av. Patriotismo # 201, piso 8
Col. San Pedro de los Pinos,
Alcaldía Benito Juárez,
C. P. 03800, Ciudad de México
Tel. (55) 5093 2000
RFC: DCP790511-D36

Protesto lo necesario
ATENTAMENTE

ALEJANDRO GARCÍA ANGULO
agarcia@dicipa.com.mx
REPRESENTANTE LEGAL
DICIPA, S.A. DE C.V.

**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-279-2020**

# ANEXO 15 SEGUIMIENTO QUINCENAL DEL CONTRATO

GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

# SEGUIMIENTO QUINCENAL DEL CONTRATO

**RAZÓN SOCIAL:** _____

**R.F.C.** _____

**DOMICILIO FISCAL:** _____

**REPRESENTANTE LEGAL:** _____

**ENCARGADO DEL SERVICIO:** _____

**ANEXO 15**

**CONTRATO SSCDMX-DGAF-279-2020**

**$55,000,000.00**

| No. | DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO | UNIDAD DE MEDIDA | PRECIO UNITARIO | PRECIO UNITARIO CON IVA | CANTIDAD SURTIDA | FECHA DE ABASTECIMIENTO | EN QUE LUGAR SE ENTREGA EL BIEN Y/O SERVICIOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

EJEMPLO

**CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-279-2020**

# ANEXO 16
# REPORTE MENSUAL DE SERVICIOS Y/O BIENES Y MONTOS FACTURADOS

GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

# REPORTE MENSUAL DE SERVICIOS Y/O BIENES Y MONTOS FACTURADOS

**RAZÓN SOCIAL:** _____

**R.F.C.** _____

**DOMICILIO FISCAL:** _____

**REPRESENTANTE LEGAL:** _____

**ENCARGADO DEL SERVICIO:** _____

**ANEXO 16**

**CONTRATO SSCDMX-DGAF-279-2020**

**$55,000,000.00**

| No. | HOSPITAL | CONCEPTO | NUM. DE FACTURA | MONTO DE LA FACTURA | PERIODO FACTURADO | MONTO DEL CONTRATO MENOS LO EJERCIDO | ESTATUS DE LA FACTURA | DETALLE DEL ESTATUS | NUM. DE CONTRA-RECIBO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

EJEMPLO