**ANEXO 1(UNO)**

**“REQUERIMIENTO”**

| **PARTIDA** | **CNIS** | **CUCOP** | **DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **CPM** | **CANTIDAD ANUAL MÍNIMA** | **CANTIDAD ANUAL MÁXIMA** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | S/C | 25400041 | Apósito para abdomen abierto que consta de una capa protectora visera, capa de contacto elaborada de dos películas de poliuretano fenestradas de manera balanceada con un espesor de 160 micrones de forma oval de dimensiones 665 a 802 mm y una esponja encapsulada con un grosor de 10mm, en forma de estrella estéril, libre de látex. Dos piezas de espuma perforadas, las cuales están hechas a base de espuma de célula abierta de poliuretano de forma oval, el tamaño del poro es de 500 a 600 micras, compatible con sistema de presión negativa. | PIEZA | 1 | 5 | 12 |
| 2 | S/C | 25400041 | Apósito de fijación de 10 x 10 cm de ancho y largo de poliéster color blanco recubierto de adhesivo hipoalergénico transpirable, flexible y elástico, translúcido y permeable al aire y humedad que permite la cubierta segura de heridas, fijación de sondas y cateteres. | PIEZA | NO SE AJUSTA A CPM 208 POR AÑO | 83 | 208 |
| 3 | S/C | 25408189 | Esponja de alcohol polivinilico , de poros cerrados menores de 200 micras, todos interconectados de color blanco, rectangular de 10x15 cm, ideal para heridas tunelizadas, con exposiciónde hueso, tendon y/o vasos sanguineos. | PIEZA | 3 | 15 | 36 |
| 4 | S/C | 25400041 | Apósito de espuma fabricado con poliuretano reticulado grado médico, hidrofóbico de poro abierto con orificios de 400 a 600 micras todos interconectados, que contiene plata con propiedades bactericidas. Medidas de 10 a 18CM de largo X 7.5 a 12.5CM de ancho x 3.2CM de espesor | PIEZA | NO SE AJUSTA A CPM 88 POR AÑO | 36 | 88 |
| 5 | S/C | 25400041 | Apósito de fijación transparente con adhesivo hipoalergénico de 10 x 10 cm de ancho y largo transpirable de poliuretano contra el agua y humedad repelente de bacterias que permite la cubierta segura de heridas y fijación de sondas y catéteres | PIEZA | NO SE AJUSTA A CPM 104 POR AÑO | 42 | 104 |
| 6 | S/C | 25400041 | Apósito de fijación de 10 x 10 cm de ancho y largo de poliéster color blanco recubierto de adhesivo hipoalergénico transpirable, flexible y elástico, translúcido y permeable al aire y humedad que permite la cubierta segura de heridas, fijación de sondas y catéteres | PIEZA | NO SE AJUSTA A CPM 22 POR AÑO | 9 | 22 |
| 7 | S/C | 25400041 | Apósito estéril, suave, no tejido, compuesto de dos capas de carboximetilcelulosa sódica impregnadas de plata iónica, reforzadas con hilo a partir de fibra Lyocell, EDTA y cloruro de bencetonio que en conjunto forman un mecanismo de acción que permite romper el biofilm que impide la cicatrización de heridas crónicas y mantiene el ambiente adecuado para el cierre de la herida. Este apósito también controla el exudado y elimina bacterias de la herida | PIEZA | 25 | 120 | 300 |
| 8 | S/C | 25400041 | Apósito de fijación transparente con adhesivo hipoalergénico de 10 x 10 cm de ancho y largo transpirable de poliuretano contra el agua y humedad repelente de bacterias que permite la cubierta segura de heridas y fijación de sondas y cateteres | PIEZA | 25 | 120 | 300 |
| 9 | S/C | 25408189 | Anillo convexo de barrera cutánea, para uso en estomas medida 30mm | PIEZA | NO SE AJUSTA A CPM 100 POR AÑO | 40 | 100 |
| 10 | S/C | 25408189 | Cinturón para ostomía ajustable, libre de látex tamaño mediano 58cm-109cm | PIEZA | NO SE AJUSTA A CPM 100 POR AÑO | 40 | 100 |
| 11 | S/C | 25400041 | Apósito de fijación de 10 x 10 cm de ancho y largo de poliéster color blanco recubierto de adhesivo hipoalergénico transpirable, flexible y elástico, translúcido y permeable al aire y humedad que permite la cubierta segura de heridas, fijación de sondas y catéteres | PIEZA | NO SE AJUSTA A CPM 140 POR AÑO | 86 | 140 |
| 12 | S/C | 25408189 | Hidrogel de con nanoparticulas de plata metalica 3 oz | PIEZA | 25 | 120 | 300 |
| 13 | S/C | 25408189 | Pasta de barrera cutánea a base de hidrocoloide, 60gr, contiene alcohol, crea sello alrededor del estoma . | PIEZA | NO SE AJUSTA A CPM 140 POR AÑO | 86 | 140 |
| 14 | S/C | 25400041 | Apósito de fijación de 10 x 10 cm de ancho y largo de poliéster color blanco recubierto de adhesivo hipoalergénico transpirable, flexible y elástico, translúcido y permeable al aire y humedad que permite la cubierta segura de heridas, fijación de sondas y catéteres | PIEZA | NO SE AJUSTA A CPM 140 POR AÑO | 86 | 140 |
| 15 | S/C | 25408189 | Polvo en frasco para proteger la piel y absorber la humedad alrededor del estoma a base de carboximetilcelulosa hipoalergénico con frasco rociador de 28 a 30 gr 1 pieza | PIEZA | NO SE AJUSTA A CPM 140 POR AÑO | 86 | 140 |

**ANEXO 2(DOS)**

**“REQUERIMIENTO DE EQUIPOS EN COMODATO”**

| **CNIS** | **CUCOP** | **DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **CANTIDAD** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 531.829.0824 | 53101815 | SISTEMA PARA LA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA. SISTEMA PARA LA TERAPIA DE HERIDAS CON PRESION NEGATIVA PARA TRATAMIENTO DE HERIDAS CRONICAS Y AGUDAS, EL CUAL CONSISTE EN UN EQUIPO O MINI BOMBA MEDIDA 85X85X25MM QUE FUNCIONA CON BATERIAS DE LITIO AA Y ES CAPAZ DE APLICAR PRESION NEGATIVA CONTINUA DE -80MMHG DURANTE NO MAS DE 7 DIAS CON UN MOTOR ELECTRICO DE DOBLE DIAFRAGMA ADEMAS DE CONTAR CON UNA ALARMA VISUAL Y VIBRATORIA, TUBO DESMONTABLE CON PUERTO SUAVE, CONECTADA A UN APOSITO ADHESIVO ABSORBENTE Y BANDAS DE FIJACION SECUNDARIAS QUE SE COLOCAN SOBRE LOS BORDES EXTERNOS PARA AYUDAR A MANTENER EL APOSITO EN SU LUGAR. EL EQUIPO O MINI BOMBA, ES PEQUEÑO, LIGERO, PORTATIL, DE SUCCION A BASE DE PRESION NEGATIVA, AUXILIAR PARA FAVORECER LA CICATRIZACION DE LAS HERIDAS CON CANTIDADES DE EXUDADO DE BAJO A MODERADO Y MATERIAL INFECCIOSO. EL SISTEMA CUENTA CON DOS APOSITOS CAPACES DE ABSORBER 150CC CADA UNO; CADA APOSITO CONSTA DE TRES CAPAS: CAPA CON ADHESIVO DE SILICONA, CAPA DE POLIACRILATO DEPOSITADO SOBRE FIBRAS DE CARBOXIMETILCELULOSA Y UNA CAPA DE FILM DE POLIURETANO EN EL EXTERIOR. PARA USO HOSPITALARIO O DOMESTICO. ESTERIL Y DESECHABLE A LOS 7 DIAS. | EQUIPO | 6 |

**ANEXO 3(TRES)**

**“REQUERIMIENTO DE CONSUMIBLES”**

| **PARTIDA** | **CNIS** | **CUCOP** | **DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **CPM** | **CANTIDAD ANUAL MÍNIMA** | **CANTIDAD ANUAL MÁXIMA** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | S/C | 25408189 | Esponja negra para terapia de presión negativa de 18.0 x 12.5x 3.2 cm, poros de 400 a 600 micras hidrofóbicas, con propiedades hidrofóbicas estéril, cuenta con tubo de succión de silicón, con películas plásticas protectoras, transparentes adheribles | PIEZA | NO SE AJUSTA A CPM 88 POR AÑO | 36 | 88 |
| 2 | S/C | 25408189 | Tubo de silicón en uno de sus extremos autoadherible de forma circular unido al tubo de succión que contiene, 1 lumen central para recolectar el exudado de la herida, libre de látex, hipoalergénico | PIEZA | NO SE AJUSTA A CPM 154 POR AÑO | 62 | 154 |
| 3 | S/C | 25408189 | Recolector de fluidos para unidad de terapia de sistema de presión negativa, recolector graduado de cloruro de polivinilo de alta densidad, transparente con capacidad de 800 +- 1000 ml, graduado, dicho dispositivo contiene un sobre con sustancias química, que tiene la propiedad de gelificar el exudado | PIEZA | NO SE AJUSTA A CPM 88 POR AÑO | 36 | 88 |
| 4 | S/C | 25408189 | Recolector de fluidos para unidad de terapia de sistema de presión negativa, recolector graduado de cloruro de polivinilo de alta densidad, transparente con capacidad de 300 +- 500 ml, graduado, dicho dispositivo contiene un sobre con sustancias química, que tiene la propiedad de gelificar el exudado. | PIEZA | NO SE AJUSTA A CPM 176 POR AÑO | 71 | 176 |

**ANEXO 4 (CUATRO)**

**“DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS”**

| **ENTIDAD FEDERATIVA** | **MUNICIPIO** | **LOCALIDAD** | **UNIDAD MÉIDCA** | **CLUES** | **DOMICILIO** | **TELÉFONO** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GUANAJUATO | LEÓN DE LOS ALDAMA | LEÓN DE LOS ALDAMA | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO | GTIMB000015 | BLVD. MILENIO #130, COL. SAN CARLOS LA RONCHA. LEÓN, GUANAJUATO. CP. 37544  4772672000 | (477) 2 67 20 00 Ext. 2107 |

**ANEXO 5 (CINCO) “FORMATO RECEPCIÓN DE EQUIPOS”.**

| **PROVEEDOR ADJUDICADO:** | | **FECHA :** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **UNIDAD MÉDICA:** | | |
| **NÚMERO DE CONTRATO:** | | |
| Fecha de manufactura de los equipos: |  | | | |
| Fecha de inicio de la vigencia: |  | | | |
| Fecha de término de la vigencia: |  | | | |
| Nombre genérico del equipo: |  | | | |
| Clave de cuadro básico: |  | | | |
| Marca: |  | | | |
| Modelo: |  | | | |
| Número de serie: |  | | | |
| Las características de los equipos corresponden a las mismas que fueron establecidas en la Convocatoria, aceptadas durante la junta de aclaraciones y acorde a la propuesta, sustentadas ampliamente en la oferta técnica del licitante y aceptadas durante el proceso de evaluación de las propuestas técnicas: | | | | (SI/NO) |
| La marca y modelo de los equipos son acordes a las contenidas en el contrato y el número de serie corresponde a cada equipo. | | | | (SI/NO) |
| **Se levantó Acta Informativa**, señale el motivo:  **1-**Existe diferencia de los datos de la lista de cotejo de la recepción o éstos no correspondan a los contenidos en el contrato.  **2-**No se encuentran en plena capacidad de funcionamiento.  **3-**Las acciones de adecuación no se encuentran dentro de lo solicitado.  **4-**Se identificó riesgo potencial para los usuarios y los pacientes.  **5-**Otro, especifique. | | | | (SI/NO) |
| CARACTERÍSTICAS TECNOLÓGICAS DE RELEVANCIA Y/O OBSERVACIÓN (S): | | | | |
|  | | | | |
| Se recibió empacado de origen: | | | SI | NO |
|
| Se instaló por técnico especializado: | | | SI | NO |
|
| Incluye accesorios: | | | SI | NO |
|
|

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma del Jefe de Servicio o Coordinador Clínico de la Unidad Médica o Administrador de la Unidad Médica | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma del Jefe de conservación de la unidad: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma del Supervisor por parte del prestador del servicio: |
| --- | --- | --- |

**ANEXO 6 (SEIS) “FORMATO DE REPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS”.**

| **PRESTADOR DEL SERVICIO:** | | | **NÚMERO DE CONTRATO:** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | | |
| **UNIDAD MÉDICA:** | | | **DÍA** | **MES** | | **AÑO** |
|  | | |  |  | |  |
|  | | | | | | |
| **Nombre de equipo** | **Fecha Programada** | **Fecha Realizada** | | | **Observaciones** | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |

\*Anexo a este reporte se debe entregar las copias de las órdenes de servicio correspondientes.

\*\* La fecha del formato deberá ser la del día en que se entrega la información al Administrador del Contrato.

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma del Administrador del Contrato o Auxiliar del Administrador del Contrato | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma del Jefe de Servicio | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma del Técnico quien realizó el (los) mantenimiento (s) |
| --- | --- | --- |

El mantenimiento preventivo correrá a cargo del proveedor y la supervisión y control de que se lleve a cabo con oportunidad, calidad y eficacia, es responsabilidad del Administrador del Contrato quién podrá designar al (los) auxiliar(es) que considere, para tal efecto.

**ANEXO 7 (SEITE) “FORMATO DE REPORTE DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS”.**

| **PROVEEDOR:** | | **FECHA DEL REPORTE** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **DÍA:** | **MES:** | | **AÑO:** |
| **FECHA DE REALIZACIÓN DEL MANTENIMIENTO** | | | |
| **DÍA:** | **MES:** | **AÑO:** | |
| **FOLIO DEL REPORTE:** | | | |
| **NÚMERO DE CONTRATO:** |  | | | | |
| **EQUIPO (S) SUJETO A MANTENIMIENTO CORRECTIVO** | | | | | |
| NOMBRE DEL EQUIPO: | | | | | |
| MARCA Y MODELO: | | | | | |
| NÚMERO DE SERIE: | | | | | |
| DETALLAR EL TRABAJO REALIZADO POR EL PRESTADOR DEL SERVICIO: | | | | | |
|  | | | | | |
| ESPECIFICAR SI HUBO SUSTITUCIÓN DE ACCESORIOS, PIEZAS, SISTEMAS O REFACCIONES U OTROS: | | | | | |
|  | | | | | |
|

El mantenimiento correctivo correrá a cargo del prestador del servicio y la supervisión y control de que se lleve a cabo con oportunidad, calidad y eficacia, es responsabilidad del Administrador del Contrato quién podrá designar al (los) auxiliar(es) que considere, para tal efecto.

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma del Administrador del Contrato o Auxiliar del Administrador del Contrato | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma del Jefe de Servicio | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma del Técnico quien realizó el mantenimiento |
| --- | --- | --- |

**ANEXO 8 (OCHO) “ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD”.**

**IMSS – BIENESTAR**

**ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD**

[HOJA MEMBRETADA POR EL PRESTADOR DEL SERVICIO DEL SERVICIO]

*Se muestra de manera informativa el texto correspondiente al acuerdo de confidencialidad que deberá presentarse a firmar, en las oficinas del Administrador del Contrato, el representante legal con facultades de administración o de dominio del prestador del servicio adjudicado.*

===========================================================================

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

Por medio del presente, **Nombre del Representante Legal** en mi carácter de representante legal de la sociedad **Nombre del Prestador del servicio o Razón Social** (en adelante **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”**) manifiesto que cualquier información oral o escrita que sea proporcionada con motivo de trabajo a realizar para los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar “IMSS-BIENESTAR” (en adelante **“EL ORGANISMO”**), será tratada de acuerdo con las siguientes:

**CLÁUSULAS**

**Primera.- Información confidencial.-** Para los efectos del presente Acuerdo, el término “información” o “información confidencial” significa todos los datos, conversaciones telefónicas, mensajes de audio, mensajes de grabadoras, cintas magnéticas, programas de cómputo y sus códigos fuente entre otros medios de comunicación, tales como la información contenida en discos compactos (CD), mensajes de datos electrónicos (correos electrónicos), medios ópticos o de cualquier otra tecnología o cualquier otro material que contenga información jurídica, operativa, técnica, financiera o de análisis, registros, documentos, especificaciones, productos, informes, dictámenes y desarrollos a que tenga acceso o que le sean proporcionados por **“EL ORGANISMO”.**

De igual forma, será considerada como confidencial aquella información derivada de la ejecución del servicio que preste **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** que señale **“EL ORGANISMO”** y sea propiedad exclusiva de éste.

**Segunda.- Obligación de No-Divulgación.-** **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** reconoce que queda prohibida su difusión y/o utilización total o parcial en su favor o de terceros ajenos a la relación contractual, por cualquier medio, entre otros de manera enunciativa más no limitativa: vía oral, impresa, electrónica, magnética, óptica y en general por ningún medio conocido o por desarrollar, conforme a lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, Ley Federal de protección de la Propiedad Industrial y de la Ley Federal de Trasparencia y Acceso a la Información Pública., si no se cumplen los términos de las leyes antes mencionadas serán sancionados en base a lo que estipule cada una de las mismas.

En este sentido, acepta que la prohibición señalada en el párrafo anterior comprende inclusive, en forma enunciativa más no limitativa, que no se podrá llevar a cabo la difusión de la información con fines de lucro, comerciales, académicos, educativos o para cualquier otro, por lo que **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** se responsabiliza del uso y cuidado de la información, a nombre propio y de las personas que formen parte de este, así como del personal directivo, administrativo y operativo que las conformen.

Adicionalmente, **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** se obliga a lo siguiente:

1. Utilizar toda la información a que tenga acceso o generada con motivo de su prestación de servicio ante **“EL ORGANISMO”** únicamente para cumplimentar el objeto del contrato adjudicado.
2. Limitar la revelación de la información y documentación a que tenga acceso, únicamente a las personas que dentro de su propia organización se encuentren autorizadas para conocerla, haciendo responsable del uso que dichas personas puedan hacer de la misma.
3. No hacer copias de la información, sin la autorización por escrito de **“EL ORGANISMO”.**
4. No revelar a ningún tercero la información, sin la previa autorización por escrito de **“EL ORGANISMO”.**
5. Mantener estricta confidencialidad de la información y/o documentación relacionada con la prestación del servicio, bajo la pena de incurrir en responsabilidad penal, civil o de otra índole, y, por lo tanto, no podrá ser divulgada, transmitida, ni utilizada en beneficio propio o de tercero.

**Tercera. - Devolución de la Información. -** Una vez concluida la vigencia del presente acuerdo, **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”,** entregará a **“EL ORGANISMO”** todo material, documentos y copias que contengan la información confidencial que le haya sido proporcionada por **“EL ORGANISMO”,** no debiendo conservar en su poder ningún material, documentos y copias que contenga la referida información confidencial.

**“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** conviene en limitar el acceso de dicha información confidencial a sus empleados o representantes, sin embargo, necesariamente harán partícipes y obligados solidarios a aquéllos, respecto de sus obligaciones de confidencialidad aquí contraídas. Cualquier persona que tuviere acceso a dicha información, deberá ser advertida de lo convenido en este documento, comprometiéndose a observar y cumplir lo estipulado en este punto.

**“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** acepta que todas las especificaciones, productos, estudios técnicos, informes, dictámenes, desarrollos, códigos fuente y programas, datos clínicos, así como todo aquello que se obtenga como resultado en la prestación del servicio, serán confidenciales.

La duración del presente Documento será la menor de entre las siguientes:

1. 1 (un) año contado a partir de la fecha de firma de este Acuerdo de Confidencialidad. El plazo de 1 (un) año antes mencionado podrá ser prorrogado, una o más veces, por voluntad de las Partes por periodos adicionales de 1 (un) año cada uno, en cuyo caso dichas prórrogas deberán constar por escrito y estar firmadas por ambas Partes o reducido en caso de vigencia de contrato menor a 1 (un) año.

Este documento solamente podrá ser modificado mediante consentimiento de las partes, otorgado por escrito.

El presente documento se regirá por las leyes vigentes que resulten aplicables. Para todo lo relacionado con la interpretación y cumplimiento del presente Documento las Partes se someten a la jurisdicción y competencia de los Tribunales correspondientes, expresamente renunciando a cualquier otro fuero que pudiera corresponderles por razón de sus domicilios presentes o futuros o por cualquier otra causa.

Este documento se firma por duplicado al calce de cada una de sus hojas útiles por ambos lados, quedando un original en poder de cada una de las Partes, en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Col \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Municipio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado\_\_, C.P. XXXXX el [día] de [mes] de 202[año].

| **Nombre del Representante legal del Prestador del servicio Adjudicado con facultades de Administración o de Dominio** | **Nombre y firma del Administrador del Contrato en el IMSS-BIENESTAR** |
| --- | --- |

**ANEXO 9 (NUEVE)**

CARTA COMPROMISO DE ENTREGA DE INSUMOS CON CADUCIDAD MÍNIMA DE 18 MESES

León, Guanajuato, a XX de XX del 202X.

**DRA. ROCIO DEL CARMEN MENDOZA TRUJILLO.**

**TITULAR DE LA COORDINACION DEL HOSPITAL REGIONAL DE**

**ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJIO, ADSCRITO A LOS SERVICIOS DE**

**SALUD DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR.**

**PROVEEDOR: XXXXXXXX,**  en mi carácter de Representante Legal de la Empresa denominada **XXXXXXXXXXXXXX**, S.A. DE C.V. manifiesto que los bienes que se entregarán en las partidas que le han sido adjudicadas a mi representada, son entregados con caducidad mínima de 18 meses.

Respecto a los productos indicados a continuación cuya caducidad es menor a 18 meses, y correspondiente a los lotes enseguida mencionados, manifiesto que en caso de que no se hayan consumido antes de 45 días del término de su vida útil, **EL PROVEEDOR: XXXXXXXXXX.** me comprometo a canjeárselos por producto con una caducidad de mayor fecha de vigencia, obligándome a estar verificando que los insumos entregados se hayan consumido, en su defecto que no se hayan utilizado realizaré el cambio del bien.

Una vez transcurridos el plazo solicitado, para el cambio del bien y esta no se realizara, terminada su vida útil, acepto me serán devueltos los bienes caducados, aceptando el descuento del monto de los bienes en la próxima factura.

| CODIGO DEL INSUMO | DESCRIPCION | CANTIDAD | LOTE | CADUCIDAD |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

ATENTAMENTE

REPRESENTANTE LEGAL