**SERVICIO MÉDICO SUBROGADO DE HEMODIÁLISIS**

**ANEXO 1(UNO)**

**“REQUERIMIENTO”**

El hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío requiere del Servicio Médico Subrogado de Hemodiálisis esto con la finalidad de dar seguimiento a los pacientes con Insuficiencia Renal de acuerdo a las cantidades mínimas y máximas establecidas a continuación:

| **PARTIDA** | **PROCEDIMIENTO** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **CANTIDAD MÍNIMA POR EL PERIODO** | **CANTIDAD MÁXIMA POR EL PERIODO** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | HEMODIÁLISIS | Servicio | 3,250 | 8,125 |
| 2 | TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA | Servicio | 12 | 30 |

**ANEXO 2 (DOS) “REQUERIMIENTO DE EQUIPO MÉDICO”**

El licitante adjudicado deberá proporcionar el siguiente equipo sin costo alguno para el Hospital para la prestación del servicio, de acuerdo con lo solicitado en el requerimiento.

| **NOMBRE GENÉRICO:** | **SISTEMA DE HEMODIÁLISIS PARA USO EN NEONATO, PEDIÁTRICO Y ADULTO.** |
| --- | --- |
| CLAVE: | 531.340.0169 |
| ESPECIALIDAD (ES): | Nefrología. |
| SERVICIO (S): | Hospitalización. Unidad de Hemodiálisis. |
| CANTIDAD: | **12** |
| DESCRIPCIÓN: | Equipo para el tratamiento de pacientes con falla renal o con otros padecimientos que requieran desintoxicación |
| sanguínea y eliminación de exceso de líquidos del organismo (ultrafiltración) para uso en neonato, pediátrico y |
| adulto a través de terapias dialíticas. |
| 1.- Máquina de hemodiálisis con tecnología basada en microprocesadores. |
| 2.- Con capacidad de administración de datos a través de un sistema de cómputo. |
| 3.- Que trabaje con bicarbonato en polvo, cartucho o en solución (para uso no parenteral). |
| 4.- Con control de parámetros de: |
| 4.1.- Temperatura del líquido dializante dentro del rango de 35 a 38 grados centígrados. |
| 4.2.- Flujo del líquido dializante dentro del rango de 300 a 800 ml/min o mayor. |
| 4.3.- Flujo de sangre dentro del rango de 15 ml/min a 500 ml/min. |
| 4.4.- Nivel de bicarbonato programable (parcial o perfil de bicarbonato) durante el proceso de hemodiálisis |
| dentro del rango de 28 a 40 mEq/l o 28 a 40 mmol/l o 2.4 a 4 ms/cm. |
| 4.5.- Nivel de sodio programable durante el proceso de la hemodiálisis dentro del rango de 130 a 150 mEq/l o |
| 130 a 150 mmol/l o 12.8 a 15.7 ms/cm. |
| 4.6.- Sistema de control de la ultrafiltración con tasa dentro del rango de 0.0 a 3 l/h. o de 0.0 a 3 kg/h. |
| 4.7.- Sistema integrado de infusión para anticoagulación (bomba de heparina de 0.5 ml/h a 5 ml/h). Con un flujo |
| de infusión dentro del rango de 0.1 a 9.9 ml/h en incrementos de 0.1ml/h. |
| 5.- Que cuente dentro del sistema con alarmas críticas: |
| 5.1.- Presión arterial no invasiva. |
| 5.2.- Detector de aire. |
| 5.3.- Detector de fugas sanguíneas. |
| 6.- Pantalla LCD o plasma o tecnología superior integrada a la máquina. |
| 7.- Con capacidad de ingresar al menos tres tipos de perfiles de sodio. |
| 8.- Con despliegue en pantalla de: |
| 8.1.- Presión arterial del circuito. |
| 8.2.- Presión venosa del circuito. |
| 8.3.- Presión transmembrana. |
| 8.4.- Flujo de líquido dializante. |
| 8.5.- Flujo de sangre. |
| 8.6.- Tasa de infusión de heparina. |
| 8.7.- Tasa de ultrafiltración. |
| 8.8.- Conductividad del dializante. |
| 8.9.- Volumen de sangre procesada. |
| 8.10.- Temperatura del líquido dializante. |
| 8.11.- Presión arterial no invasiva del paciente (sistólica y diastólica), frecuencia cardiaca. |
| 8.12.- Tiempo transcurrido o restante de diálisis. |
| 8.13.- Volumen de ultrafiltración conseguido. |
| 9.- Con sistema de alarmas audibles y visibles de: |
| 9.1.- Presión arterial del circuito. |
| 9.2.- Presión venosa del circuito. |
| 9.3.- Presión transmembrana. |
| 9.4.- Flujo del líquido dializante. |
| 9.5.- Flujo de sangre. |
| 9.6.- Ultrafiltración. |
| 9.7.- Conductividad. |
| 9.8.- Temperatura del líquido dializante. |
| 9.9.- Detector de fugas sanguíneas. |
| 9.10.- Detector de aire. |
| 9.11.- Falla en el suministro de agua. |
| 9.12.- Falla en el suministro de energía eléctrica. |
| 9.13.- Presión arterial no invasiva. |
| 10.- Con sistema automático para desinfección química. |
| 11.- Con sistema automático para remoción de sales y/o con sistema automático de desinfección térmica. |
| 12.- Gabinete con las siguientes características: superficies de material lavable, con base rodable, con sistema de frenos. |
| 13.- Capacidad para guardar la información del tratamiento en caso de falla de energía eléctrica. |
| 14.- Con capacidad para realizar el retorno sanguíneo en forma manual en caso de falla eléctrica. |
| REFACCIONES: | Soluciones para hemodiálisis: con concentraciones variables de calcio y potasio según requerimientos del usuario, bicarbonato de sodio para preparación manual o automática (para uso no parenteral). |
| Líneas arterial y venosa con protector de transductor de presión, desechable y adaptable o integrado a las líneas arterial y venosa (neonatal, pediátrica, adulto). |
| Agujas para punción de fístula arterio-venosa. |
| Filtros para hemodiálisis o hemodializadores a partir de 0.2 m2 de cualquier material sintético. |
| Líquido desinfectante y desincrustante según sea el caso. |
| Las cantidades serán determinadas de acuerdo a las necesidades operativas de las unidades médicas, asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo. |
| ACCESORIOS | Monitor de Kt/V. |
| OPCIONALES: | Computadora con software de hemodiálisis para obtención y administración de datos. |
|  | Impresora. |
|  | Sistema de preparación en línea del bicarbonato. |
|  | Monitor de niveles de hematocrito. |
|  | Monitoreo en tiempo real de aclaramiento de la urea. |
|  | Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la |
|  | marca y modelo del equipo. |
| REFACCIONES: | Según marca y modelo. |
| INSTALACIÓN: | Corriente eléctrica de 120V ±10% o 220V±10% / 60 Hz, tierra física. |
| MANTENIMIENTO: | Preventivo y correctivo por personal calificado y certificado por personal autorizado por el fabricante. |
| OPERACIÓN: | Por personal especializado de acuerdo a la NOM-003- SSA3-2010 y manual de |
| operación. |

| **NOMBRE GENÉRICO:** | **UNIDAD DE ÓSMOSIS INVERSA PORTÁTIL PARA HEMODIÁLISIS.** |
| --- | --- |
| CLAVE: | 531.829.0748 |
| ESPECIALIDAD (ES): | Nefrología. |
| SERVICIO (S): | Hospitalización. Unidad de Hemodiálisis. Unidad de Cuidados Intensivos. |
| Urgencias |
| CANTIDAD: | **4** |
| DESCRIPCIÓN: | Equipo de tratamiento de agua por ósmosis inversa para uso en hemodiálisis. |
| 1.- Unidad de ósmosis inversa portátil con base rodable, para máquina de hemodiálisis. |
| 2.- Pre-tratamiento de agua: |
| 2.1.- Equipo electro hidráulico que opera a base de diferentes filtros, resinas y membranas para eliminar las impurezas químicas y microbiológicas del agua que se utiliza para los procedimientos de hemodiálisis, para ser |
| utilizada en hospitales. |
| 2.2.- Filtro sedimentador automático o cartucho de polipropileno, para la eliminación de partículas asentadas o suspendidas de hasta 10 micrómetros de diámetro. |
| 2.3.- Un filtro de carbón activado para la eliminación de cloro y cloraminas, para obtención de cantidades menores de 0.1 partes por millón de estas sustancias. |
| 2.4.- Filtro suavizador para eliminación de calcio y magnesio que asegure obtener rangos de 1 a 5 partes por millón de carbonato de calcio como dureza total, con o sin contenedor para salmuera. |
| 3.- Ósmosis inversa: |
| 3.1.- Motor con Impulsor de acero inoxidable. |
| 3.2.- Con capacidad mínima de producción de 1.5 l/min como mínimo de agua grado hemodiálisis (análisis químico microbiológico de acuerdo a lo indicado en la NOM-003-SSA3-2010). |
| 3.3.- Con sistema de monitoreo: |
| 3.3.1.- Presión de trabajo del equipo. |
| 3.3.2.- Manómetros indicadores de presión de entrada de agua y presión de bomba. |
| 3.3.3.- Medición del flujo de agua de descarga. |
| 3.3.4.- Medición del flujo de agua tratada. |
| 3.3.5.- Medición de sólidos totales disueltos o conductividad. |
| 3.4.- Con capacidad para procedimientos de desinfección manual. |
| 3.5.- Sistema de seguridad: |
| 3.5.1.- Paro automático en caso de falla del suministro de agua. |
| REFACCIONES: | Sacos de sal peletizada libre de yodo. |
| Agente desinfectante. |
| Cartucho para pretratamiento. |
| Tiras reactivas para pruebas instantáneas. |
| Membrana intercambiable para ósmosis inversa. |
| Las cantidades serán determinadas de acuerdo a las necesidades operativas de las unidades médicas, |
| asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo. |
| ACCESORIOS | Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo. |
| OPCIONALES: |
| ACCESORIOS: | Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la |
| marca y modelo del equipo. |
| INSTALACIÓN: | Agua, drenaje. |
| Flujo de entrada de agua de acuerdo a |
| requerimientos de la ósmosis inversa. |
| Temperatura del agua de entrada de 5 a 20°C. |
| Corriente eléctrica 120 V +/- 10%, 60 Hz. |
| MANTENIMIENTO: | Preventivo y correctivo por personal calificado. |
| OPERACIÓN: | Por personal especializado y de acuerdo al manual de operación. |

| **NOMBRE GENÉRICO:** | **UNIDAD DE CONTROL DE SISTEMA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS Y TERAPIAS DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO** |
| --- | --- |
| CLAVE: | 531.340.0264 |
| ESPECIALIDAD (ES): | Nefrología. Medicina Crítica. Medicina Interna. |
| SERVICIO (S): | Hospitalización. Unidad de Cuidados Intensivos |
| CANTIDAD: | **2** |
| DESCRIPCIÓN: | El sistema está indicado para: |
| Terapia de reemplazo renal continua (TCRR) en pacientes con insuficiencia renal aguda o sobrecarga de líquido. |
| Terapia de plasmaféresis (TPE) en pacientes con enfermedades en las que esté indicada la eliminación de componentes de plasma. |
| Hemoperfusión (HP) en pacientes con enfermedades en las que esté indicada la eliminación inmediata de sustancias por adsorción. |
| Eliminación extracorpórea de CO2 (ECCO2R) en pacientes con enfermedades en las que esté indicada la eliminación extracorpórea de dióxido de carbono. |
| 1.- La unidad de control funciona mediante software y realiza lo siguiente: |
| •Carga y ceba el set desechable automáticamente |
| •Bombea sangre a través del circuito de sangre del set desechable |
| •Suministra una solución anticoagulante al circuito |
| •Bombea soluciones de infusión estériles en el circuito de sangre según la terapia utilizada |
| •Bombea el líquido de dializante estéril en el compartimiento de dializante del filtro, si se requiere para la terapia TCRR utilizada |
| •Controla la extracción de líquidos del paciente según la terapia utilizada |
| •Monitoriza el sistema y las alarmas para detectar cualquier anomalía |
| •Vacía automáticamente el líquido de las bolsas de efluente si el accesorio para efluente automático (EA) está en uso |
| 2.- La unidad de control tiene una pantalla LCD táctil a color que se gira 180 grados horizontalmente e inclina 90 grados verticalmente, para proporcionar una visualización óptima. |
| 3.- Con capacidad para realizar las siguientes terapias: |
| 3.1.- Terapias de reemplazo renal continuo (TCRR) |
| 3.1.1.- Ultrafiltración continua lenta (SCUF) |
| 3.1.2.- Hemofiltración continua veno-venosa (CVVH) |
| 3.1.3.- Hemodiálisis continua veno-venosa continua (CVVHD) |
| 3.1.4.- Hemodiafiltración continua veno-venosa continua (CVVHDF) |
| 3.2.- Plasmaféresis (TPE) |
| 3.3.- Terapias de TCRR realizadas en combinación con la eliminación extracorpórea de CO2 (ECCO2R) |
| 3.4.-Hemoperfusión/Hemopurificación (HP) |
| 3.5.-ECCO2R independiente, donde la PBP es el único flujo de líquido disponible |
| 4.- Con despliegue en pantalla Operaciones de: |
| 4.1.- Flujos |
| 4.2.- Barras de presión |
| 4.3.- Datos individuales: presión del efluente, la presión del filtro y el estado del tratamiento con hematocrito postfiltro (PFHct) |
| 4.4.- Valores de la dosis de efluente |
| 4.5.- Extracción de líquidos del paciente (ELP) |
| 4.6.- Gráfico del historial de presiones |
| 4.7.- Modo de terapia |
| 4.8.- Tiempo hasta la siguiente intervención |
| 4.9.- Ilustración en pantalla: configuración de la terapia para la predilución/postdilución, los ajustes de flujo y el volumen restante de la jeringa y las bolsas |
| 5.- Con control de ajustes |
| 5.1.- Generales |
| 5.2.- Específicos según terapia: |
| 5.2.1.- Con TCRR |
| 5.2.2.- Con anticoagulación sistémica |
| 5.2.3.- Con ARC con bolsa de cit/jer de Ca++: |
| 5.2.4.- Con el calcio en la anticoagulación regional de citrato |
| 5.2.5.- Con el citrato en la anticoagulación regional de citrato |
| 5.2.6.- Específicos de las concentraciones de la solución de anticoagulación |
| 5.2.7.- Específicos de las soluciones sin citrato/calcio |
| 6.- Bombas peristálticas: |
| 6.1.- Bomba de sangre: |
| 6.1.1 Rango 10-450 mL/min |
| 6.1.2.- Incremento: 1 mL/min |
| 6.1.3.- Precisión de ± 10% del flujo definido por el usuario. |
| 6.1.4.- Flujo de retorno dentro del rango de 6-100 mL/min. |
| 6.2.- Bomba de reemplazo o de sustitución: |
| 6.2.1.- Rango flujo de sustitución: 0–8000 mL/h para CCVH y CVVHDF; 0-5000 mL/h para TPE; rango real específico para terapia/set. |
| DIARIO OFICIAL Sábado 26 de abril de 2025 |
| 6.2.2.-Incremento flujo de sustitución: 10 mL/h. |
| 6.2.3.- Precisión de flujo ± 3% mL/h para velocidades de flujo por encima de 330 mL/h y menos de ±10 mL/h para velocidades de flujo por debajo o iguales a 330 mL/h |
| 6.3.- Bomba de dializante |
| 6.3.1.- Rango de flujo 0–8000 mL/h máximo; rango real específico para terapia/set |
| 6.3.2.-Incremento: 10 mL/h |
| 6.3.3.- Precisión de ± 3% para velocidades de flujo por encima de 330 mL/h y menos de ±10% mL/h ≤330mL/h |
| 6.4.- Bomba de efluente o de ultrafiltración: |
| 6.4.1.- Rango de flujo 0-10000 mL/h |
| 6.5.- Bomba previa de sangre (PBP) |
| 6.5.1.- Rango de flujo 0, 10-4000 mL/h máximo. El rango específico depende de la combinación de terapia/set que se seleccione (0-4000 mL/h para CVVH, CVVHD, CVVHDF y 0-2000 mL/h para SCUF, 0-1000 mL/h para TPE y ECCO2R en monoterapia) |
| 6.5.2.- Incremento: 2 mL/h |
| 6.5.3.- Precisión de ± 3% para velocidades de flujo por encima de 330 mL/h y menos de ±10% mL/h ≤330mL/h |
| 6.6.- Conjunto de bomba de jeringa |
| 7.- Sistema de anticoagulación |
| 7.1.- Métodos de anticoagulación: |
| 7.1.1.- Sin anticoagulación |
| 7.1.2.- Sistémica |
| 7.1.3.- Regional con citrato (ARC) |
| 7.1.3.1.- Con calcio en bolsa de citrato/jeringa de Ca++ |
| 7.1.3.2.- Con calcio en bolsa de citrato/Ca++ externo (bomba de jeringa desactivada) |
| 7.2.- Sistema de infusión para anticoagulación (flujo continuo). Opción predeterminada. |
| 7.2.1.- El rango de velocidades de infusión que pueden seleccionarse en la administración continua depende del tamaño de la jeringa. |
| 7.2.1.1.- En jeringa de 20 mL:0, 0.5-5.0 mL/h. En jeringa de 50 mL: 0, 0.5-20.0 mL/h. |
| 7.2.1.2.- Incremento: 0.1 mL/h |
| 7.2.1.3.- Precisión de la bomba de la jeringa para anticoagulación sistémica. |
| Para jeringa de 20 mL: ± 5% en flujo ≥ 2 mL/h en suministro continuo rápido y ± 15% en flujo < 2ml/h en suministro continuo lento |
| Para jeringa de 50 mL: ± 5% en flujo ≥ 3 mL/h en suministro continuo rápido y ± 10% en flujo < 3mL/h en suministro continuo lento |
| 7.2.1.4.- Precisión de la bomba de la jeringa para anticoagulación cit/cal. |
| ± 7% en flujo ≥ 2 mL/h y ±12% en flujo < 2mL/h |
| 7.2.1.5.- Precisión con bolsa cit/jer de Ca++ |
| 7% en flujo ≥ 2 mL/h y 12% en flujo < 2mL/h |
| 7.3.- Bolos del anticoagulante (flujo en bolo) |
| 7.3.1.- Volumen. El rango de volúmenes de bolo que pueden seleccionarse depende del tamaño de la jeringa. |
| En jeringa de 20 mL: 0, 0.5-5.0 mL. |
| En jeringa de 50 mL: 0, 0.5-9.9 mL |
| 7.3.2.- Incremento: 0.1 mL |
| 7.3.3.- Precisión de la bomba de la jeringa para anticoagulación sistémica. |
| En jeringa de 20 mL: ± 5% en volumen≥ 2 mL en bolo grande y ± 15% en volumen < 2 mL en bolo pequeño |
| En jeringa de 50 mL: ± 5% en volumen ≥ 3 mL en bolo grande y ± 10% en volumen < 3 mL en bolo pequeño |
| 8.- Pinzas |
| 8.1.- Pinzas de pellizco (inferior y superior) |
| 8.2.- Pinza de línea de retorno |
| 9.- Sensores de presión: |
| 9.1.- Línea de entrada o arterial: |
| 9.1.1.- Dentro del rango de funcionamiento de -250 a + 450 mmHg |
| 9.1.2.- Precisión de ± 15 mmHg |
| 9.2.- Línea de retorno o venosa: |
| 9.2.1.- Dentro del rango de funcionamiento de -50 a +350 mmHg |
| 9.2.2.- Precisión de ±5 mmHg |
| 9.3.- Del filtro: |
| 9.3.1.- Rango de funcionamiento de -50 a +450 mmHg |
| 9.3.2.- Precisión de ±15 mmHg |
| 9.4.- Línea de efluente o de ultrafiltrado: |
| 9.4.1.- Dentro del rango de -350 a +400 mmHg |
| 9.4.2.- Precisión de ±15 mmHg |
| Sábado 26 de abril de 2025 DIARIO OFICIAL |
| 10.- Sistema de detección: |
| 10.1.- Detector de burbujas de aire (ABD) |
| 10.2.- Detector de fugas de sangre (DFS) |
| 11.- Con sistema de alarmas audibles, visibles y mensaje en pantalla. |
| 11.1.- Sistema de monitorización de presión integral (por oclusiones, desconexiones o coagulación) |
| 11.2.- Detector de fugas de sangre |
| 11.3.-Detector ultrasónico de burbujas de aire |
| 11.4.-Básculas para monitorizar continuamente el peso y el volumen infundido, así como los flujos de PBP, el dializante, y las bombas de sustitución y de efluente |
| 11.5.-Llenado de bandeja de goteo |
| 11.6.-Error de cualquier componente de la unidad de control: líneas, pinzas, filtros |
| 12.- Gabinete: |
| 12.1.- Cuatro básculas: báscula de efluente, báscula de PBP, báscula de dializante y báscula de sustitución |
| 12.2.- Asas: para mover la unidad de control como necesite |
| 12.3.- Base rodable con frenos en las 4 ruedas |
| 12.4.- Ganchos laterales: para colgar bolsas |
| ACCESORIOS: | Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo. |
| REFACCIONES: | Las unidades médicas las seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo |
| ACCESORIOS OPCIONALES: | Accesorio para efluente automático (EA) |
| Calentador de sangre |
| Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo |
| CONSUMIBLES: | Set para terapia requerida de acuerdo a prescripción médica. |
| Bolsa recolectora de efluente en presentación de 5 y 9 litros. |
| Bolsas de solución: líquido dializante, de PBP o de sustitución en presentación de 5 litros. |
| Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo. |
| INSTALACIÓN: | Tensión de la línea: 100-240 VCA, 50/60 Hz |
| MANTENIMIENTO: | Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo. |
| OPERACIÓN: | Por personal especializado y de acuerdo al manual de operación. |

| **NOMBRE GENÉRICO:** | **SISTEMA CENTRAL DE TRATAMIENTO DE AGUA CON ÓSMOSIS INVERSA PARA HEMODIÁLISIS.** |
| --- | --- |
| CLAVE: | 531.829.0235 |
| ESPECIALIDAD (ES): | Nefrología. |
| SERVICIO (S): | Hospitalización. Unidad de Hemodiálisis. |
| CANTIDAD: | **1** |
| DESCRIPCIÓN: | Sistema central de tratamiento de agua por ósmosis inversa para la producción de agua en el tratamiento de hemodiálisis. |
| 1.- Sistema central de tratamiento de agua con ósmosis inversa para hemodiálisis. |
| 2.- Pre-tratamiento de agua: |
| 2.1.- Equipo electro hidráulico que opera a base de diferentes filtros, resinas y membranas para eliminar las impurezas químicas y microbiológicas del agua que se utiliza para los procedimientos de hemodiálisis, para ser utilizada en unidades de hemodiálisis. |
| 2.2.- Interconectada con tubería de PVC cédula 80. |
| 2.3.- Válvulas de muestreo de agua a la salida de cada etapa filtrante. |
| 2.4.- Con sistema de bypass en cada etapa filtrante. |
| 2.5.- Manómetros de acero inoxidable de fácil lectura instalados a la salida de cada etapa filtrante. |
| 2.6- Bomba centrífuga multietapa |
| 2.6.1.- Con sistema hidroneumático garantizando la presión y flujo del agua cruda |
| 2.6.2.- Con impulsor de plástico o acero inoxidable |
| 2.7.- Filtro de arena o multimedia con cabezal electrónico para su regeneración, y la eliminación de partículas asentadas o suspendidas de hasta 10 micrómetros de diámetro. |
| 2.8.- Dos filtros de carbón activado con cabezal electrónico para su regeneración, para la eliminación de cloro y cloraminas, para obtención de cantidades menores de 0.1 partes por millón de estas sustancias. |
| 2.9.- Filtros suavizador(es), con cabezal electrónico para la regeneración de resina por medio de solución de salmuera, con tanque para preparación de salmuera, para eliminación de calcio y magnesio, con capacidad de remoción de acuerdo a la calidad del agua de entrada, que asegure obtener rangos de 1 a 5 partes por millón de carbonato de calcio como dureza total. |
| 3.- Ósmosis inversa: |
| 3.1.- Motor con impulsor de acero inoxidable o plástico. |
| 3.2.- Con capacidad mínima de producción de un litro / min. de agua grado hemodiálisis por cada máquina de hemodiálisis instalada (análisis químico microbiológico de acuerdo a lo indicado en la NOM-003-SSA3-2010). |
| 3.3.- Con sistema de monitoreo: |
| 3.3.1.- Presión de trabajo del equipo. |
| 3.3.2.- Medición del flujo de agua de rechazo. |
| 3.3.3.- Medición del flujo de agua producto |
| 3.3.4.- Medición del flujo de agua de recirculación. |
| 3.3.5.- Medición de sólidos totales disueltos o conductividad. |
| 3.4.- Con sistema para procedimientos de desinfección. |
| 3.5.- Alarmas visuales y audibles: |
| 3.5.1.- Bajo nivel de presión de entrada. |
| 3.5.2.- Sólidos totales disueltos o conductividad. |
| 4.- Red de distribución del agua tratada: |
| 4.1.- Tanque de almacenamiento de agua, de plástico, cónico, cerrado y venteado a través de filtro de bacterias. |
| 4.2.- Doble bomba centrífuga multietapa, que garantiza la presión de agua suficiente para el trabajo adecuado de las máquinas de hemodiálisis. Con impulsor de plástico o de acero inoxidable. |
| 4.3.- Lámpara de luz ultravioleta, para eliminación de bacterias, una instalada después del tanque almacenador, con capacidad de manejo del flujo de agua necesario para la alimentación de agua para la unidad de hemodiálisis. |
| 4.4.- Ultrafiltro(s) para la retención de endotoxinas de 0.2 micras, para agua tratada. |
| 4.5.- Que mantenga en forma continua el flujo de agua tratada de recirculación, ya que ésta se distribuye en un circuito cerrado de constante movimiento, mismo que se logra con las bombas de distribución. |
| 4.6.- Material P.V.C cédula 80. |
| 4.7.- Manómetro de acero inoxidable. |
| 5.- Tablero de control e indicadores: |
| 5.1.- Control de las bombas de distribución |
| 5.2.- Control de llenado de reservorio del agua de hemodiálisis. |
| 5.3.- Indicadores visuales |
| 5.3.1.- Operación de bomba |
| 5.3.2.- Niveles de reservorio del agua de hemodiálisis |
| 5.4.- Alarmas visuales y audibles: |
| 5.4.1.- Nivel de agua alto y bajo del reservorio. |
| 5.4.2.- Falla en el suministro de agua cruda. |
| REFACCIONES: | Sacos de Sal peletizada libre de yodo. |
| Agente desinfectante. |
| Filtro para entrada de ósmosis inversa de 1 5 micras. |
| Las cantidades serán determinadas de acuerdo a las necesidades operativas de las unidades médicas, |
| asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo. |
| ACCESORIOS | Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo. |
| OPCIONALES: |
| ACCESORIOS: | Tomas de salida necesarias de acuerdo al número de máquinas de hemodiálisis, para preparación de bicarbonato y con sistema que no disminuya el flujo y la presión de agua para las máquinas. |
| Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo. |
| INSTALACIÓN: | Área sugerida para instalación de tratamiento de agua. |
| 3 x 4 m2 para un rango de 3 a 12 máquinas de hemodiálisis. |
| 4 x 5 m2 para un rango de 13 a 20 máquinas de hemodiálisis. |
| 6 x 5 m2 para un rango de 21 a 40 máquinas de hemodiálisis. |
| Agua potable de acuerdo a lo establecido en la NOM-003-SSA3-2010. |
| Flujo de entrada de agua de acuerdo a requerimientos de la unidad de hemodiálisis. |
| Temperatura del agua de entrada de 5 a 20°C. |
| Corriente eléctrica 120 V +/- 10%, 60 Hz. o 220 V / 60 Hz. |
| Drenaje central con pendiente de 2% con capacidad de manejo de flujo de acuerdo a la unidad de ósmosis, tubería PVC cédula 40 con diámetro de 2" como mínimo. |
| MANTENIMIENTO: | Preventivo y correctivo por personal calificado. |
| OPERACIÓN: | Por personal especializado y de acuerdo al manual de operación. |

| **NOMBRE GENÉRICO:** | **CARRO ROJO CON EQUIPO COMPLETO PARA REANIMACIÓN CON DESFIBRILADOR-MONITOR-MARCAPASO.** | |
| --- | --- | --- |
| CLAVE: | 531.191.0391 | |
| ESPECIALIDAD (ES): | Médicas. | |
| SERVICIO (S): | Unidad de Cuidados Intensivos. Hospitalización. Urgencias. | |
| CANTIDAD: | **1** | |
| DESCRIPCIÓN: | Carro rodable con sistema de freno para realizar las maniobras de reanimación, cardioversión y desfibrilación cardiopulmonar. Con compartimientos para accesorios, al menos uno de ellos con dispositivo de seguridad. Con soporte para la tabla de compresiones cardiacas externas y para tanque de oxígeno. Poste de altura ajustable para infusiones. Reanimador pulmonar. Con equipo para intubación endotraqueal. | |
| Equipo de monitoreo continuo con pantalla de despliegue de al menos ECG saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca. Energía para descarga externa seleccionable. | |
| Alarmas visibles y audibles. Indicadores. Capacidad de memoria de acuerdo a las necesidades. Registro en papel térmico de tendencias. Paletas pediátricas y adulto para desfibrilación y cardioversión. Con selector de modo. Con opción de descarga. Con sistema de suspensión de la carga. Con sistema para probar descarga. Batería recargable que garantice al menos 30 desfibrilaciones a carga máxima. Con tiempo de carga completa de la batería. Con energía bifásica. | |
| Marcapaso externo transcutáneo interconstruído. Seleccionable en intervalos. Frecuencia de marcapaso ajustable. Activación por modos: fijo o asincrónico y a demanda o sincrónico. | |
| REFACCIONES: | Las unidades médicas seleccionaran de acuerdo a sus necesidades, marca y modelo: Electrodos para monitoreo de ECG. Electrodos autoadheribles para marcapaso transcutáneo, pasta conductora para desfibrilación y cardioversión. Papel termosensible para impresión. Mascarillas transparentes reusables (adulto, adulto/adolescente, preescolar y recién nacido) esterilizable en autoclave, desarmables para limpieza y esterilización Sellos de garantía: de plástico, desechables con número de serie para su control. Conectores para paciente y oxígeno. Focos para el laringoscopio. De acuerdo a la marca, modelo y a las necesidades operativas de las unidades médicas. | |
| ACCESORIOS OPCIONALES: | Las unidades médicas seleccionaran de acuerdo a sus necesidades marca y modelo: Tabla para compresiones cardiacas externas. Estuche de guarda y protección de material rígido y resistente (no caja de cartón). Cable para paciente de tres puntas para ECG. Cable para los electrodos de marcapaso para adulto y niños. Sensores para saturación de oxígeno: de dedo para aplicación adulto/pediátrico y multisitio neonatal, reusable. Tanque de oxígeno tipo “E”, con manómetro y válvula reguladora. Impresora térmica. Mango y hojas de laringoscopio. Monitor multiparamétrico. Gabinete con al menos dos cajones. | |
|
| INSTALACIÓN: | Corriente eléctrica 120 V/60 Hz. |  |
| MANTENIMIENTO: | Preventivo. Correctivo por personal calificado. |  |
| OPERACIÓN: | Por personal especializado y de acuerdo al manual de operación. |  |

| **NOMBRE GENÉRICO:** | **BÁSCULA ELECTRÓNICA PARA SILLA DE RUEDAS.** |
| --- | --- |
| CLAVE: | 531.110.0223 |
| ESPECIALIDAD (ES): | Médicas. |
| SERVICIO (S): | Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias. |
| CANTIDAD: | 1 |
| DESCRIPCIÓN: | Báscula para medir el peso de una persona sentada en silla de ruedas. |
| 1.- Plataforma estable con rampa que permita el fácil acceso para la silla de ruedas. |
| 2.- Despliegue digital del peso en pantalla. |
| 3.- Rango de medición: 0 a 300 kilogramos o mayor. |
| 4.- División: 100 gramos o menor. |
| 5.- Función que elimine el peso adicional de la silla de ruedas y/o accesorios (Función tara). |
| 6.- Función de retención que permita mantener la medición de los pacientes que se han desplazado de la báscula. |
| 7.- Índice de masa corporal (BMI y/o IMC). |
| REFACCIONES: | Baterías de acuerdo a marca, modelo y especificaciones del fabricante. |
| ACCESORIOS | Barandal (es), Soporte para display. Según marca y modelo, opcional. |
| OPCIONALES: |
| ACCESORIOS: | Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo. |
| INSTALACIÓN: | Que opere a 120V 60 Hz +/- 10%. y/o baterías recargables y/o desechables. |
| MANTENIMIENTO: | Preventivo y correctivo por personal calificado. |
| OPERACIÓN: | Profesional de la salud. |

| NOMBRE GENÉRICO: | SILLON - REPOSET |
| --- | --- |
| CLAVE: | N/A |
| CANTIDAD: | 8 |
| DESCRIPCIÓN: | Reclinables que logren un decúbito dorsal adecuado para procedimientos médicos durante la sesión. |
| -Seguros para la paciente y personal enfermería. |
| -Fácil limpieza. |
| -Ergonómicamente diseñado que permita el trendelemburg por cada máquina. |
| -Con sistema de freno con aletas laterales en ambos lados. |

| **NOMBRE GENÉRICO:** | **TELEVISORES DE PANTALLA PLANA 32-50 PULGADAS LED** |
| --- | --- |
| CLAVE: | N/A |
| CANTIDAD: | 3 |
| DESCRIPCIÓN | -Con servicio de internet para proporcionar al paciente series educativas y de entretenimiento. |

**ANEXO 3 (TRES) “REQUERIMIENTO DE CONSUMIBLES”**

El licitante adjudicado deberá proporcionar los siguientes insumos de acuerdo a la distribución especificada en la tabla de equipo y consumibles requeridos por procedimiento para la prestación del servicio.

| NO. | DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO | CONSUMIBLES REQUERIDOS POR PROCEDIMIENTO | CANTIDAD |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | HEMODIÁLISIS | FILTROS PARA HEMODIÁLISIS O DIALIZADORES SINTÉTICOS DE ALTO Y BAJO FLUJO DE 0.2 M2 HASTA 2.3 M² DE POLISULFONA. | 1 PIEZA |
| LÍNEAS ARTERIAL Y VENOSA, ESTÉRIL, CON CONECTORES, COMPATIBLE CON LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS DE LA MARCA CORRESPONDIENTE. (PEDIÁTRICA, ADULTO) | 1 PIEZA |
| CONCENTRADO ÁCIDO PARA HEMODIÁLISIS COMPATIBLE CON MARCA Y MODELO DE LA MÁQUINA CON VARIABILIDAD EN CONCENTRACIÓN DE CALCIO DE 2.5 O 3.5 MEQ/L Y POTASIO DE 0 O 2.0 MEQ/L. | 1 PIEZA |
| BICARBONATO DE SODIO EN CARTUCHO O BOLSA; PARA CONDUCTIVIDAD DE ACUERDO A LA MARCA DE LA MÁQUINA PARA DILUCIÓN AUTOMÁTICA EN LA MÁQUINA. | 1 PIEZA |
| AGUJAS PARA PUNCIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA INTERNA: CONSTA DE TUBO DE ELASTÓMERO DE SILICÓN DE 15 A 30 CM DE LONGITUD, CONECTOR LUER LOCK, MARIPOSA Y AGUJA CALIBRE 15, 16 Y 17G. | 2 PIEZAS |
| KIT DE CONEXIÓN ACORDE A ACCESO VASCULAR (CATÉTER O FÍSTULA). CATÉTER INCLUYE: 4 GUANTES DE LÁTEX MEDIANO DE EXPLORACIÓN 10 GASAS DE ALGODÓN 7.5X5CM 1 APÓSITO ADHESIVO 10X8CM 1 CAMPO DE TELA SMS 30X40CM 1 JERINGA DE 3ML SIN AGUJA 1 JERINGA DE 10ML SIN AGUJA FISTULA INCLUYE: 2 GUANTES DE LÁTEX MEDIANOS DE EXPLORACIÓN 6 GASAS DE ALGODÓN DE 7.5X5CM 1 CAMPO QUIRÚRGICO DE TELA SMS 35X40CM | 1 PIEZA |
| KIT DE DESCONEXIÓN ACORDE A ACCESO VASCULAR (CATÉTER O FÍSTULA). CATÉTER INCLUYE: 2 GUANTES DE LÁTEX MEDIANOS PARA EXPLORACIÓN 5 ESPONJAS DE GASA 7.5 X5CM 1 GASA DE ALGODÓN 10X10CM 2 TAPONES PARA CATÉTER (LUER LOCK) 1 APÓSITO ADHESIVO 10X20CM FISTULA INCLUYE: 2 GUANTES MEDIANOS DE EXPLORACIÓN 6 GASAS DE ALGODÓN 7.5X5CM 2 APÓSITOS CIRCULARES | 1 PIEZA |
| HEPARINA SÓDICA 1000 UI FRASCO DE 10 ML Y/O 5000 UI/ML FRASCO DE 5 ML. | 1 PIEZA |
| SOLUCIÓN SALINA 0.9% 1000 ML. | 1 PIEZA |
| EQUIPO PARA VENOCLISIS CON REGULADOR DE INFUSIÓN QUE PUEDE ESTAR INCLUIDO EN LAS LÍNEAS DE CONEXIÓN. | 1 PIEZA |
| 2 | TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA | KIT DE HEMOFILTRO PARA TERAPIA CONTINUA (COMPATIBLE CON EL EQUIPO) | 1 A 2 KIT A ELECCIÓN DEL MÉDICO TRATANTE |
| LÍNEAS VENOSA/ARTERIAL ESTÉRILES (SI NO VIENEN EN KIT) | 1 PIEZA |
| BOLSAS RECOLECTORAS DE EFLUENTE (5 L) | 2-3 PIEZAS CADA 8 HRS HASTA CONCLUIR CON SERVICIO |
| SOLUCIÓN DE REEMPLAZO PARA HVVC (CONCENTRACIONES SEGÚN PRESCRIPCIÓN: BICARBONATO, CALCIO, POTASIO AJUSTADO) O SOLUCIÓN DE DIÁLISIS CONTINUA (PARA MODALIDADES CVVHD O CVVHDF). | 10 -15 LITROS CADA 8 HRS HASTA CONCLUIR CON LA SERVICIO |

El licitante adjudicado deberá proporcionar los siguientes insumos los cuales deberán de ser considerados para estar disponibles en el carro rojo, para su uso ante cualquier eventualidad que ocurra en el servicio.

|  | | |
| --- | --- | --- |
| **INSUMOS NECESARIOS PARA EL CARRO DE PARO** | | |
| **NO.** | **DESCRIPCIÓN DEL INSUMO** | **CANTIDAD** |
|
| 1 | LINEAS ARTERIOVENOSAS | 1 |
| 2 | AGUJA FISTULA PARA FUNCION DE ACCESO VENOSO Y ARTERIAL | 1 |
| 3 | CATETER MAHURKAR Y/O NIAGARA DE DIVERSAS MEDIDAS | 1 |
| 4 | KIT DE CONEXIÓN Y DESCONEXION DE CATETER O FISTULA | 1 |
| 5 | MONITOR-DESFIBRILADOR CON PALETAS CON GEL | 1 |
| 6 | TANQUE DE OXÍGENO CON REGULADOR Y MANÓMETRO | 1 |
| 7 | TABLA DE REANIMACIÓN (POR LO MENOS 50 X 60 X 1.0 CM). | 1 |
| 8 | AGUA INYECTABLE. | 3 |
| 9 | ADENOSINA SOLUCIÓN INYECTABLE 6 MG/2 ML. | 1 |
| 10 | ADRENALINA (EPINEFRINA) SOLUCIÓN INYECTABLE 1 MG / 1 ML. | 10 |
| 11 | AMIODARONA SOLUCIÓN INYECTABLE 150 MG / 3 ML. | 8 |
| 12 | ATROPINA SOLUCIÓN INYECTABLE 1 MG /1 ML. | 10 |
| 13 | AMINOFILINA SOLUCION INYECTABLE 250MG/10ML+ | 1 |
| 14 | BICARBONATO DE SODIO SOLUCIÓN INYECTABLE AL 7.5% (0.75 G). | 5 |
| 15 | DIAZEPAM SOLUCIÓN INYECTABLE 10 MG / 2 ML. O MIDAZOLAM SOLUCIÓN INYECTABLE 5 MG / ML | 1 |
| 16 | DOBUTAMINA SOLUCIÓN INYECTABLE 250 MG. \* | 2 |
| 17 | DOPAMINA SOLUCIÓN INYECTABLE 200 MG / 5 ML. \* | 2 |
| 18 | ESMOLOL SOLUCIÓN INYECTABLE 2.5 G / 10 ML \* | 0 |
| 19 | VERAPAMILO 40MG TABLETAS | 5 |
| 20 | FENITOÍNA SÓDICA SOLUCIÓN INYECTABLE 250MG/5ML | 1 |
| 21 | VECURONIO, ROCURONIO O PANCURONIO SOLUCIÓN INYECTABLE 4 MG/ML. | 2 |
| 22 | GLUCONATO DE CALCIO SOLUCIÓN INYECTABLE AL 10%. | 2 |
| 23 | GLUCOSA SOLUCIÓN INYECTABLE AL 50% | 1 |
| 24 | HIDROCORTISONA SOLUCIÓN INYECTABLE 100 MG.\* | 2 |
| 25 | METILPREDNISOLONA SOLUCIÓN INYECTABLE 40 MG. \* | 1 |
| 26 | METILPREDNISOLONA SOLUCIÓN INYECTABLE 500 MG. | 1 |
| 27 | NITROGLICERINA SOLUCIÓN INTRAVENOSA 50 MG /10 ML \* | 1 |
| 28 | NITROPRUSIATO DE SODIO SOLUCIÓN INYECTABLE 50 MG\* | 1 |
| 29 | SULFATO DE MAGNESIO SOLUCIÓN INYECTABLE 1G / 10 ML. | 3 |
| 30 | NOREPINEFRINA SOLUCIÓN INYECTABLE 4MG/4ML | 2 |
| 31 | FUROSEMIDA SOLUCIÓN INYECTABLE 20MG/2ML | 5 |
| 32 | SALBUTAMOL INHALATORIA | 1 |
| 33 | LIDOCAÍNA SOLUCIÓN INYECTABLE AL 1% Y 2%. | 1 de cada uno |
| 34 | PARCHES PARA ELECTRODO ADULTO Y PEDIATRICO | 10 de cada uno |
| 35 | CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO CORTO NUMERO 24, 22,20, 18, 16 FR | 2 de cada uno |
| 36 | LLAVE DE TRES VÍAS CON Y/O SIN EXTENSIÓN. | 2 |
| 37 | SONDA DE ASPIRACIÓN NUMERO 8, 10, 12, 14,16 Y 18 FR | 1 de cada uno |
| 38 | JERINGAS DE 1, 3, 5, 10 Y 20 ML. | 5 de cada uno |
| 39 | AGUJAS HIPODÉRMICAS. | 20 |
| 40 | EQUIPO DE VENOCLISIS CON MICROGOTERO. | 1 |
| 41 | EQUIPO DE VENOCLISIS CON NORMOGOTERO. | 2 |
| 42 | ACCESOS VASCULARES: A) CATÉTERES PERCUTÁNEOS 5FR TRIPLE LUMEN PARA ADULTO, 4.5 FR 1 LUMEN PARA PEDIATRICO B) CATÉTER VENOSO CENTRAL. 7 Y 4FR. | 1 de cada uno |
| 43 | CÁNULAS ENDOTRAQUEALES DEL NUMERO SIN GLOBO 2.5, 3, 3.5, 4, 4.5, 5, 5.5, CON GLOBO DEL 6, 6.5, 7, 7.5, 8, 8.5, 9 , 9.5 FR | 1 de cada uno |
| 44 | AGUJA INTRAÓSEA DEL NUMERO 14, 16 Y 18 FR | 1 de cada uno |
| 45 | GUÍA METÁLICA PARA CÁNULAS ENDOTRAQUEALES ADULTA Y PEDIATRICA | 1 de cada uno |
| 46 | LIDOCAÍNA CON ATOMIZADOR MANUAL AL 10%. | 1 |
| 47 | CÁNULAS DE GUEDEL DEL NUMERO 0,1,2,3,4,5 | 1 de cada uno |
| 48 | MANGO DE LARINGOSCOPIO CON BATERIAS DE REPUESTO | 1 |
| 49 | HOJAS RECTAS DEL NUMERO 00,0, 1,2,3,4 | 1 de cada uno |
| 50 | HOJAS CURVAS DEL NUMERO 1,2,3,4 | 1 de cada uno |
| 51 | GUANTES. | 20 |
| 52 | BOLSA AUTOINFLABLE PARA REANIMACIÓN PEDIATRICA, NEONATAL Y ADULTO | 1 de cada uno |
| 53 | MASCARILLA LARÍNGEA 2, 2.5, 3,4 | 1 de cada uno |
| 54 | EXTENSIÓN PARA OXÍGENO. | 1 |
| 55 | PUNTAS NASALES. ADULTOS Y PEDIATRICAS | 1 de cada uno |
| 56 | SOLUCIÓN HARTMANN INYECTABLE 1000/500 ML. | 1 |
| 57 | SOLUCIÓN DE CLORURO DE SODIO INYECTABLE AL 0.9% 500 /1000ML. | 1 |
| 58 | SOLUCIÓN GLUCOSADA INYECTABLE AL 5% 250 /1000ML. | 1 |
| 59 | MANITOL 250ML | 1 |
| 60 | GELATINA 500ML | 1 |
| 61 | AGUA INYECTABLE 500ML | 1 |
| 62 | MARCAPASOS EXTERNO TRANSITORIO. | 1 |
| 63 | MARCAPASOS TRANSVENOSO TRANSITORIO CON ACCESORIOS. | 1 |

**ANEXO 3 A (TRES A) “REQUERIMIENTO DE CONSUMIBLES A CONSIGNA”**

El proveedor adjudicado deberá proporcionar los siguientes consumibles a consigna los cuales serán cotizados de manera independiente al procedimiento cuando sean utilizados y deberán estar disponibles en todos los procedimientos.

| **DESCRIPCIÓN** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **CANTIDAD MÍNIMA POR EL PERIODO** | **CANTIDAD MÁXIMA POR EL PERIODO** |
| --- | --- | --- | --- |
| EQUIPO PARA HEMODIÁLISIS DE INSERCIÓN EN SUBCLAVIA, YUGULAR O FEMORAL DOBLE LUMEN, CONTIENE: UNA CÁNULA, UNA GUÍA DE ACERO INOXIDABLE, UN CATÉTER DOBLE LUMEN, CALIBRE 11 A 12 FR., LONGITUD 185 A 205 MM, CON OBTURADOR Y UN DILATADOR, CON EXTENSIONES RECTAS TIPO MAHURKAR ADULTO. | PIEZA | 26 | 65 |
| CATÉTERES. PARA HEMODIÁLISIS PEDIÁTRICO. INSERCIÓN EN SUBCLAVIA YUGULAR O FEMORAL DOBLE LUMEN. CONTIENE: - UNA CÁNULA. - UNA JERINGA DE 5 ML. - UNA GUÍA DE ACERO INOXIDABLE. - UN CATÉTER DOBLE LUMEN DE 8 A 10 FR LONGITUD DE 130 A 150 MM CON OBTURADOR UN DILATADOR Y EXTENSIONES CURVAS. ESTÉRIL Y DESECHABLE. TIPO: MAHURKAR. EQUIPO. | PIEZA | 6 | 15 |
| EQUIPO PARA HEMODIÁLISIS DE INSERCIÓN EN SUBCLAVIA, YUGULAR O FEMORAL DOBLE LUMEN, CONTIENE: UNA CÁNULA, UNA GUÍA DE ACERO INOXIDABLE, UN CATÉTER DOBLE LUMEN, CALIBRE 11 A 12 FR., LONGITUD 185 A 205 MM, CON OBTURADOR Y UN DILATADOR, CON EXTENSIONES CURVAS TIPO MAHURKAR ADULTO | PIEZA | 40 | 100 |
| CATÉTER PERMANENTE, PARA HEMODIÁLISIS. TAMAÑO ADULTO.  DE DOBLE LUMEN, DE ELASTÓMERO DE SILICÓN, CON DIÁMETROS INTERNOS DE 1.80 MM A 2.0 MM EN EL LADO ARTERIAL Y DE 2.0 MM A 3.20 MM EN EL LADO VENOSO, CON LONGITUD DE 31.5 A 37.0 CM CON SEPARACIÓN MÍNIMA DE 2.5 CM ENTRE SEGMENTO ARTERIAL Y VENOSO, CON UN ORIFICIO LATERAL COMO MÍNIMO EN LA PARED ARTERIAL, CON EXTENSIONES Y PINZAS DE ALTA RESISTENCIA, INCLUYE EQUIPO INTRODUCTOR EL CUAL CONTIENE:  CATÉTER DE DOBLE LUMEN. AGUJA INTRODUCTORA CALIBRE 18 G.  INTRODUCTOR CON CAMISA DESPRENDIBLE. GUÍA DE ALAMBRE DE 0.038”, CON LONGITUD DE 68.0 CM COMO MÍNIMO.  JERINGA DE 5 ML Y 2 TAPONES DE INYECCIÓN. ESTÉRIL Y DESECHABLE.  PIEZA. | PIEZA | 24 | 60 |

**ANEXO 4 (CUATRO)**

**“DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS”**

| ENTIDAD FEDERATIVA | MUNICIPIO | LOCALIDAD | UNIDAD MÉDICA | CLUE | DIRECCIÓN | TELÉFONO |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GUANAJUATO | LEÓN | LEÓN | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO | GTIMB000015 | BOULEVARD MILENIO #130 COLONIA SAN CARLOS LA RONCHA | 477 267 2000 |

**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 (SIETE) “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:

i. 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) “REQUERIMIENTO DE PERSONAL”.**

El prestador del Servicio deberá adjuntar a su propuesta técnica, currículo vitae del personal requerido para la prestación del servicio, de acuerdo a lo siguiente:

| CANTIDAD | PUESTO | REQUISITOS | LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO |
| --- | --- | --- | --- |
| 2 | Nefrólogo(a) | • Médico Cirujano con Título y Cédula • Especialidad en Nefrología con Cédula • Certificación vigente • BLS/ACLS • ≥ 2 años en hemodiálisis • Conocimientos NOM-003/087/240 • Responsable Sanitario (alta COFEPRIS) deseable | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO |
| 2 | Médico(a) General | • Médico Cirujano con Título y Cédula • BLS/ACLS • ≥ 1 año de experiencia (deseable) • Conocimiento de NOM-003/087/240 • Curso/diplomado en hemodiálisis • BLS (ACLS deseable) • ≥ 1 año de experiencia en HD • Manejo de RPBI, desinfección de máquinas y accesos vasculares • Conocimiento NOM-003/087 |
| 6 | Enfermero(a) de Hemodiálisis | • Título y Cédula en Enfermería (técnico o licenciatura) • Curso/diplomado en hemodiálisis • BLS (ACLS deseable) • ≥ 1 año de experiencia en HD • Manejo de RPBI, desinfección de máquinas y accesos vasculares • Conocimiento NOM-003/087 Roles semanales firmados por representante legal. |
| 1 | Jefa(e) de Enfermería | • Licenciatura en Enfermería con Cédula • Posgrado/administración o certificación de calidad (deseable) • ≥ 2 años en HD y ≥ 1 año en coordinación • BLS/ACLS • Gestión de indicadores, auditorías y capacitación • Conocimiento NOM-003/087/240 |
| 1 | Nutriólogo (a) | • Licenciatura en Nutrición con Título y Cédula • ≥ 1 año en ERCA/hemodiálisis (deseable) • Valoración nutricional: historia dietética, VGS, antropometría; bioquímica (albúmina, ferritina, transferrina, PTH, Ca/P); bioimpedancia (deseable) • Educación al paciente/familia, plan individual y seguimiento con ajuste mensual/bimestral |
| 2 | Personal de Limpieza | • Secundaria/Bachillerato • Curso en RPBI y desinfectantes hospitalarios • Experiencia hospitalaria (deseable) • Manejo de derrames biológicos y uso de EPP |
| 1 | Administrador(a) | • Licenciatura (Administración, Contabilidad, o afín) • ≥ 2 años en servicios de salud • Manejo de Excel/ERP, control documental y reportes • Conocimiento básico NOM-003/240 y RPBI • Experiencia en facturación, indicadores y auditorías |
| 1 | Almacenista | • Título y Cédula en Ingeniería o pasante (deseable) • ≥ 1 año en almacén hospitalario • Manejo de inventarios, control de lotes/caducidades • Conocimiento de RPBI y POE de recepción |

**ANEXO 10 “CONTROL SEMANAL DE DOTACIÓN DE BIENES DE CONSUMO”**

UNIDAD MÉDICA:

PRESTADOR DEL SERVICIO:

CONTRATO: SEMANA MES: AÑO:

| Especificaciones |  | Cantidad a entregar | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Clave y descripción de del BCC | Marca y Lote | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

NOTA: Este formato deberá ser llenado o elaborado por el técnico para su control interno de los bienes de consumo y en relación a la programación del SMI

| Nombre y Firma del Jefe de Servicio o Coordinador Clínico de la Unidad Médica |  | Nombre y Firma del Técnico responsable de la entrega |
| --- | --- | --- |

**ANEXO 11 “CONTROL DE ENTREGA RECEPCIÓN DE BIENES DE CONSUMO”**

UNIDAD MÉDICA:

PRESTADOR DEL SERVICIO:

CONTRATO: SEMANA MES: AÑO:

| N° Consecutivo | Nombre del Bien de consumo | Lote: | Fecha | Cantidad | Nombre del Técnico | Firma | Responsable de la Unidad | Firma |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y Firma del Jefe de Servicio o Coordinador Clínico de la Unidad Médica | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y Firma del Técnico responsable de la entrega |
| --- | --- |

**ANEXO 12. “REPORTE INDIVIDUAL DE PROCEDIMIENTOS Y BIENES DE CONSUMO”**

| UNIDAD MÉDICA: | | | | Unidad Médica: | No. de contrato: | | Fecha: | | | | | | | No. de folio: |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |  | | DDía | MMes | | Año | | | |  |
| Prestador del servicio: | |  | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DEL PACIENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | |  | | | | | Sexo: | | | | Femenino | | |
| CURP: | | |  | | | | | Masculino | | |
| Agregado Médico : | | |  | | | | | Edad: | | | | | | |
| Diagnóstico : | | | | | | | | | | | | | | |
| Datos del Procedimiento(s): | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Clave del procedimiento | | | Descripción | | Cantidad | | | | | Precio Unitario | | Importe | |
|  |  | | |  | |  | | | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | | | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | | | | |  | |  | |
| Bien(es) de Consumo (s) no Utilizado(s) (Solo en caso de ocurrir esta eventualidad) | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Clave del procedimiento | | | Descripción del Bien de Consumo | | | | | Cantidad | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | | | | |
| Inclusión de Bien de Consumo: | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Clave del bien de consumo | | | Descripción y Lote | | Cantidad | | | | | Precio Unitario | | Importe | |
|  |  | | |  | |  | | | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | | | | |  | |  | |
| TOTAL | | | | | |  | | | | |  | |  | |
| DATOS DEL MÉDICO TRATANTE | | | | | DATOS COMPLEMENTARIOS | | | | | | | | | |
| NOMBRE :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  | | | | | | | | | |
| MATRICULA :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |
| FIRMA | | | | | ELABORO : (Nombre y firma) | | | | | | | | | |
| ETIQUETAS | | | | | | | | | | | | | | |

**ANEXO 13 “REPORTE MENSUAL DE PROCEDIMIENTOS Y BIENES DE CONSUMO UTILIZADOS”**

| Unidad Médica: | | | | Número de contrato: | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | |
| PERÍODO: | del al | | | | | |
| Prestador del servicio: |  | | | | | |
| Total de procedimientos realizados por mes | | | | | | |
| Clave procedimiento | Procedimiento | | Cantidad | | Precio Unitario | Importe |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
| TOTAL | | | | |  |  |
| Total de Bienes de Consumo utilizados por mes | | | | | | |
| Clave BCC | BCC | | Cantidad | | Precio Unitario | Importe |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
| TOTAL | | | | |  |  |
|  | | | | | | |
| Nombre y firma | | | | | | |
| Director de la Unidad Médica | |  | | | | |
|
| Administrador de la Unidad Médica | |  | | | | |
|
| Jefe de Servicio o Coordinador Clínico de la Unidad Médica | |  | | | | |
|
| Técnico asistente del proveedor | |  | | | | |
|

**ANEXO 14. “REPORTE DE INCIDENCIAS”**

| REPORTE DE INCIDENCIAS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Prestador del servicio |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | | C.P. | |
| Teléfono: |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unidad Médica: | | | | | | | | | | Número de contrato: | | | | | Folio de reporte: | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| Fecha y hora del reporte: | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
| Nombre (s) de la persona que reporta | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Falla reportada de: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Equipo médico: | | | Nombre | | | | | | | | Serie | Marca | | | | Modelo |
|  | | | | | | | |  |  | | | |  |
| Descripción de la falla: | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Instrumental y/u (otros) | | | Nombre de la pieza y/o dispositivo médico | | | | | | | | | | Marca | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | |
| Descripción de la falla o problema: | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| CIERRE DE REPORTE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha y hora del cierre del reporte: | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
| Por parte del Organismo firman de conformidad para el cierre de la incidencia | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre(s) el Director, Administrador, Jefe de Servicio, Coordinador Clínico de la Unidad | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Matrícula: | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Cargo: | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma: | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| REPORTES ANTERIORES | | | | | FOLIO | | FECHA | MOTIVOS (resumen) | | | | | | | | |
| PRIMER REPORTE: | | | | |  | |  |  | | | | | | | | |
| SEGUNDO REPORTE: | | | | |  | |  |  | | | | | | | | |
| TERCER REPORTE: | | | | |  | |  |  | | | | | | | | |
| COMENTARIOS/OBSERVACIONES: | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ANEXO 15 “CONTROL DE PRODUCTIVIDAD”**

| UNIDAD MÉDICA | CLUE | ENTIDAD | CURP paciente | Nombre(s) paciente | Apellido paterno paciente | Apellido materno paciente | Fecha de realización del procedimiento  (dd/mm/aaaa) | Clave procedimiento/bcc | Procedimiento/bcc | Cantidad | Precio unitario |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma del Supervisor de Operaciones | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma del Jefe de Servicio | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma del Técnico en Sitio |
| --- | --- | --- |

**ANEXO 16 “CARTA RELATIVO A LA OBLIGACIÓN DEL LICITANTE DE REALIZAR LOS TRABAJOS DE ADECUACIÓN”**

(De las instalaciones, que sean necesarias de cada unidad médica que corresponda).

“LUGAR”, a \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_

Servicios de Salud de Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)

Convocante

Licitación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P r e s e n t e.

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE\_\_\_\_\_\_\_\_) en mi carácter de representante legal de la empresa (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA\_\_\_\_\_\_\_\_), manifiesto que:

Respecto de la oferta de la(s) partida(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mi representada se compromete a cumplir cabalmente para la instalación del (de los) equipo(s) y para la prestación la correcta y oportuna prestación del servicio en el que resulte adjudicada, con todos y cada uno de los requerimientos necesarios, contemplando los espacios físicos del área donde será(n) ubicado(s), así como todas y cada una de las adecuaciones físicas que se requieran para la correcta instalación, el apropiado y óptimo funcionamiento del (de los) equipo(s) ofertado(s), entre ello instalaciones hidrosanitarias y/o de suministro de fluidos y/o energéticos y/o de los espacios físicos necesarios, determinados por el personal de la unidad médica receptora del (de los) bien(es) adjudicado(s) en la partida(s) mencionada(s) y que se encuentren directamente relacionados con el área de instalación del bien y su óptimo funcionamiento.

Adicionalmente mi representada se compromete a coordinarse con el personal de la unidad médica a fin de trabajar sobre la logística, necesaria respecto a la instalación y puesta a punto de los equipos y el inicio de la prestación del servicio en los plazos establecidos en la Convocatoria.

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

(Nombre y firma del Representante Legal)

**ANEXO 17 “REPORTE DE PRUEBAS ANALÍTICAS FISICO, QUIMICAS y MICROBIOLOGICAS**

| SUSTANCIA | CONCENTRACIÓN MÁXIMA EN mg/L | | “Standard” agua potable. |
| --- | --- | --- | --- |
| FDA | AAMI |
| Aluminio | 1 x 10-² | 1 x 10-² | 10 |
| Cloraminas | 1 x 10-1 | 1 x 10-1 |  |
| Cobre | 1 x 10-1 | 1 x 10-² |  |
| Flúor | 2 x 10-1 | 2 x 10-1 |  |
| Nitratos | 2 | 2 |  |
| Sulfatos | 100 | 100 |  |
| Zinc | 1 x 10-1 | 1 x 10-1 |  |
| Calcio | 2 | 2 |  |
| Magnesio | 4 | 4 |  |
| Potasio | 8 | 8 |  |
| Sodio | 70 | 70 |  |
| Arsénico | 5 x 10-³ | 5 x 10-³ | 5 x 10-² |
| Bario | 1 x 10-1 | 1 x 10-1 | 1 |
| Cadmio | 1 x 10-³ | 1 x 10-³ | 1 x 10-² |
| Cromo | 1.4 x 10-² | 1.4 x 10-² | 5 x 10-² |
| Plomo | 5 x 10-³ | 5 x 10-³ | 5 x 10-² |
| Mercurio | 2x 10-4 | 2 x 10-4 | 2 x 10-4 |
| Selenio | 9 x 10-² | 9 x 10-² | 1 x 10-² |
| Plata | 5 x 10-³ | 5 x 10-³ | 5 x 10-² |
| Cloro | - | 5 x 10-1 |  |
| Bacterias | 100 col/ml. | 200 col/ml. |  |