**ANEXO 1(UNO)**

**“REQUERIMIENTO”**

El Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío requiere del Servicio Médico Integral de Neurocirugía, de acuerdo a las siguientes cantidades máximas y mínimas, establecidas a continuación durante la vigencia del contrato.

| **PARTIDA** | **PROCEDIMIENTO** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **CANTIDAD MÍNIMA POR EL PERIODO** | **CANTIDAD MÁXIMA POR EL PERIODO** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Craneotomía y laminectomía | Servicio | 140 | 350 |
| 2 | Aspiración Quirúrgica Ultrasónica | Servicio | 16 | 40 |
| 3 | Neuronavegación | Servicio | 8 | 20 |
| 4 | Estereotaxia | Servicio | 2 | 5 |

**ANEXO 2 (DOS)**

**“REQUERIMIENTO DE EQUIPO MÉDICO”**

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

|  | **SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE NEUROCIRUGÍA** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Partida** | **CLAVE CNIS** | | **EQUIPO** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **Cantidad requerida** |
| 1 | 531.239.0016 | | INSTRUMENTAL DE CORTE Y ACCESORIOS / CRANEOTOMO ELÉCTRICO, TREPANOTOMÍA Y CRANEOTOMÍA CON ASISTENCIA TÉCNICA PRESENCIAL  DESCRIPCIÓN: INSTRUMENTAL MÉDICO DE CORTE. LA PIEZA DE MANO ESTÁ INDICADA PARA DISTINTOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS COMO APLICACIONES DE NEUROCIRUGÍA (CRANEOTOMÍA). CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS: DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DE LA UNIDAD MÉDICA: REDUCTOR DE VELOCIDAD Y ADITAMENTO PARA CRANEOPLASTIA. EL SISTEMA CONSTA DE UNA PIEZA DE MANO, CONSOLA E INTERRUPTOR (MANUAL O DE PEDAL), CAPACIDAD PARA OPERAR AL MENOS DOS PIEZAS DE MANO AL MISMO TIEMPO, VELOCIDAD AJUSTABLE CON UN RANGO QUE LLEGUE AL MENOS A LAS 75.000 RPM, BOMBA DE RIEGO INTEGRADO, PANTALLA A COLOR TÁCTIL (TOUCH), PREFERENCIAS DE USUARIO TOTALMENTE PERSONALIZABLE DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL HOSPITAL, FUNCIONES DE ACELERACIÓN Y FRENO AJUSTABLES, CABLE PARA CONEXIÓN DE MOTORES A LA CONSOLA ELÉCTRICA, REDUCTOR DE VELOCIDAD Y ADITAMENTO PARA CRANEOPLASTÍA. 1 (UN) PEDAL QUE INCLUYA: Tres modos de funcionamiento (Regulación de velocidad mediante interruptor manual, incremento de velocidad y frenado) (Opcional), y Control de velocidad variable.  1 (UN) CARRO PORTA EQUIPO: Especialmente diseñado para llevar una consola central de equipo y un inventario completo de accesorios de corte de la marca del equipo.  1 (UNA) FUENTE DE PODER (Especial para las necesidades eléctricas del equipo)  PIEZAS DE MANO DE ALTA VELOCIDAD que cuenten con la posibilidad de utilizar distintos aditamentos (Accesorios para escariado, fijación, perforación y corte; insertos; guardas; etc.) para una amplia gama de cirugías, incluyendo la Espina Dorsal, Cirugía de la Base Lateral del Cráneo, procedimientos de Neurocirugía Pediátrica/Adulto y procedimientos de ORL, siendo como mínimo indispensable se cuente con el Equivalente de las siguientes piezas, y los accesorios necesarios para su funcionamiento:  - Guarda Fija Adulto, de al menos 16 Mm. - Guarda Fija Adulto, 16 Mm.  - Guarda Fija Pediátrica, 12 Mm. - Guarda Giratoria Adulto, 16 Mm.  - Guarda Giratoria Adulto, 16 Mm. - Guarda Giratoria Pediátrica 12 Mm.  - Inserto Angulado Mediano - Inserto Angulado Largo  - Inserto Recto Corto - Inserto Recto Mediano  - Inserto Recto Largo - Inserto Recto Extra-Largo  - Inserto Perforador - Motor Universal  - Motor Sierra Sagital - Perforador Chuck (Reductor Velocidad)  REFACCIONES: LA UNIDAD MÉDICA LAS SELECCIONARÁ DE ACUERDO A SUS NECESIDADES, MARCA Y MODELO.  ACCESORIOS OPCIONALES: LA UNIDAD MÉDICA LOS SELECCIONARÁ DE ACUERDO A SUS NECESIDADES, MARCA Y MODELO, PIEZA DE MANO, ACOPLAMIENTO PARA CRANEOTOMÍA E INSTRUMENTOS DE CORTE  CONSUMIBLES: LA UNIDAD MÉDICA LOS SELECCIONARÁ DE ACUERDO A SUS NECESIDADES, MARCA Y MODELO: BROCAS, FRESAS, CUCHILLAS, TRÉPANOS. EL PROVEEDOR deberá proporcionar para cada evento quirúrgico los accesorios necesarios (adaptadores, guardas, etc.) y dos piezas de fresado, cuchilla o broca nueva de la marca del equipo, sin costo para el “hospital”, considerándose para tal fin, como fresas o cuchillas más usadas, el equivalente de al menos.  INSTALACIÓN: CONEXIÓN DE ENERGÍA 120V/60 Hz.  MANTENIMIENTO: PREVENTIVO, CORRECTIVO POR PERSONAL Y CALIFICADO. | EQUIPO | 1 |
| 2 | 531.081.0089 | | ASPIRADOR ULTRASÓNICO  DESCRIPCIÓN: Aparato electrónico rodable que permite la fragmentación, irrigación y emulsificación y aspiración de tejidos blandos  y duros respetando tejidos vitales por método invasivo. Consola con mandos para regular la potencia de los ciclos  basados en microprocesadores. Sistema ultrasónico de 23 KHz, como mínimo. Amplitud mínima de 200 y máxima  de 360 micras para todas las piezas de mano. Presión de aspiraciones desde 0 a 600 mm HG. Sistema de  irrigación con rango de 1.5 a 50 cc./minuto.  REFACCIONES: Las unidades médicas las seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, marca y modelo.  ACCESORIOS OPCIONALES: Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, marca y modelo: Juego completo de piezas de mano esterilizables a vapor: Rectas, de 100 y de 225 mm +/- 10%, Anguladas, de 100 y de 225 mm +/- 10%. Carro sugerido por el fabricante.  REFACCIONES: Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, marca y modelo: Puntas. Juegos de  mangueras. Recipientes de recolección. De acuerdo a la marca, modelo y a las necesidades operativas de las unidades médicas. Pieza de Mano (Al menos 2 Configuraciones): 36 kHZ, recta y 23 kHz, recta, (tejido blando y hueso). Incluyen tubos múltiples, puntas (rectas, curvas, diferentes diámetros y longitudes) una base de torque de la punta y llave de torque, y una caja para esterilización. al menos un Sistema de Agua de Refrigeración de Recirculación Cerrada (35 a 50 CC/Min); Rangos de Fragmentación de la Punta: 150 a 350 Micras; Pieza de aspirador ultrasónico para uso endoscopio con lente, camisa y conectores necesario para el funcionamiento del equipo.  INSTALACIÓN: Corriente eléctrica 120V/60 Hz. OPERACIÓN: Por personal especializado y de acuerdo al manual de operación.  MANTENIMIENTO: Preventivo. Correctivo por personal calificado. | EQUIPO | 1 |
| 3 | 531.829.0736 | | NAVEGADOR, SISTEMA DE IMAGEN GUIADA PARA CIRUGÍA  DESCRIPCIÓN: Sistema de Imagen guiada que provee a los cirujanos información preoperatoria a través de una imagen en tercera dimensión (3D), que se puede actualizar durante el transoperatorio. El sistema genera un plan quirúrgico interactivo  de localización y digitalización, que guía al cirujano a través de técnicas de navegación.  Con las siguientes características:  Navegador y sistema de planeación.-  Sistema de referencia o posicionamiento del paciente: Marcadores Implantables o adheribles, que sirvan de  referencia en el registro del paciente. Sistema de rastreo óptico (activo o pasivo) o electromagnético. Localizadores  o marco de referencia de propósito general conforme a la aplicación. Puntero o apuntador para el registro del paciente.  Que importe imágenes de diagnóstico a través de formato Dicom 3.0, al menos de Tomografía y Resonancia Magnética.  Proceso de la imagen de referencia: Con precisión de 2.0 mm o menor. Actualización de imagen de referencia contra imagen del ultrasonido.  Almacenaje: Capacidad para guardar imágenes en formato DICOM 3.0 en al menos uno de los siguientes medios: DVD, USB, CD/DVD-ROM, disco óptico. Capacidad de memoria de 30 Gb. o mayor.  Monitor: a color de 15" o mayor, con resolución de 1024 X 768 o mayor.  Interacción con el usuario: Teclado y mouse.  Sistema operativo.  Software que permita: Reconstrucción tridimensional de objetos. Cálculo de trayectorias. Mediciones de distancias y  ángulos. Fusión de imágenes. Vistas, al menos, de: coronal, sagital, axial y trayectoria. Capacidad de captura y almacenaje de imágenes preoperatoria y intraoperatoria.  Aditamentos que permitan calibrar e integrar otros instrumentos al sistema de navegación.  Ultrasonido: Integrado o externo. Compatible con el navegador, que proporcione imágenes al navegador en tiempo  real para actualización de la imagen. Despliegue de imágenes, al menos, de 4D o 3D en tiempo real.  Transductores de ultrasonido: Con adaptador para rastreo. Con transductores de acuerdo a la aplicación.  Localizador de los transductores de ultrasonido esterilizables.  REFACCIONES: Las unidades médicas las seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando compatibilidad con la marca y  modelo del equipo:  ACCESORIOS OPCIONALES: Las unidades médicas seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando compatibilidad con la marca y  modelo del equipo:  Aplicación para Otorrinolaringología, que consta de: Software que permita la aplicación de otorrinolaringología.  Máscara o banda o brazo para fijar la referencia del paciente. Juego de instrumental completo que permita la  navegación para la aplicación concreta de otorrinolaringología.  Aplicación para ortopedia, que consta de: Software que permita la aplicación en columna, rodilla, cadera y  traumatología, de una en una o en combinación. Aditamento que permitan fijar la referencia del paciente para la  aplicación concreta ya sea columna, rodilla, cadera y traumatología. Juego de instrumental completo que permita la  navegación para la aplicación concreta ya sea columna, rodilla, cadera y/o traumatología. Interfase con  fluoroscopia.  Aplicación para neurocirugía, que consta de: Software que permita la aplicación de neurocirugía. Máscara o banda  o brazo para fijar la referencia del paciente. Juego de instrumental completo que permita la navegación para la  aplicación concreta de neurocirugía. Aditamento para punciones guiadas.  Software para integrar la resonancia magnética funcional a la planeación de neurocirugía.  Software para integrar la angiografía por sustracción digital a la planeación de neurocirugía y/o otorrinolaringología.  Sistema de ultrasonido con Doppler.  Sistema compatible, que incluya licencias y aditamentos, para equipos como: microscopios quirúrgicos, imagen de  video en tiempo real, sistemas de estereotaxia y otros seleccionables por la unidad médica  Estación de trabajo externa.  Pantalla táctil.  REFACCIONES: Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando compatibilidad con la marca y modelo del equipo: Máscara. Marcadores fiduciales adheribles o implantables. Esferas reflejantes y/o leds  desechables y/o batería para el sistema activo. Tornillos para fijación de estrella de referencia de base de cráneo.  Agujas y sistema de biopsia. Estilete para punción. Postes atornillables de metal. Gel estéril para el transductor.  Cubierta para transductor de ultrasonido esterilizable. Cubierta para pantalla esterilizable.  INSTALACIÓN: Alimentación eléctrica: La que maneje la Unidad Médica y 60 Hz.  OPERACIÓN: Por personal especializado y de acuerdo al manual de operación.  MANTENIMIENTO: Preventivo. Correctivo por personal calificado. | EQUIPO | 1 |
| 4 | Sin clave | | Equipo Estereotaxia  Dispositivo arco ZD o Leksell que se puede utilizar con todos los anillos estereotácticos. Software de planeación coordenadas y punto objetivo logrando así mayor precisión (menos de 1mm de desviación), compatible con CT: anillo, postes, pines, localizador único para ambas modalidades de imagen, simulador de blancos son instrumentos que permiten montar 0.5 mm hasta 8.00 mm. | EQUIPO | 1 |

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

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

| **ANEXO 3** | | |
| --- | --- | --- |
| **SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE NEUROCIRUGÍA** | | |
| **PARTIDA** | **PROCEDIMIENTO** | **CONSUMIBLES REQUERIDOS POR PROCEDIMIENTO** |
| 1 | Craneotomía y laminectomía | * Sierra corte lateral para accesorio adulto. 1 pieza * Fresa diamante de 3mm . 1 pieza * Funda esteril para Microscopio de acuerdo al que se encuentra en la unidad, con 3 puertos de visualización, de un solo uso. Cubierta de lente de objetivo extraíble de 65 mm. 1.35 x 4 m. 1 Caja con 5 piezas. |
| 2 | Aspiración Quirúrgica Ultrasónica | * Tubería y Bolsa de aspiración 1 pieza |
| 3 | Neuronavegación | * Consumibles necesarios para el uso del Neuronavegador |

**ANEXO 3A (TRES A)**

**“REQUERIMIENTO DE CONSUMIBLES A CONSIGNA ”**

El proveedor adjudicado deberá proporcionar los siguientes consumibles a consigna los cuales deberán estar disponibles durante los procedimientos pero solo serán facturados de manera independiente al procedimiento cuando sean utilizados.

| No. | Consumibles requeridos por procedimiento | Cantidad  mínima | Cantidad máxima |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | FRESA PARA TRÉPANO AUTORROSCANTE 14MM | 64 | 160 |
| 1 | FRESA PARA TRÉPANO AUTORROSCANTE 11MM. | 64 | 160 |
| 1 | SIERRA CORTE LATERAL PARA ATTACHMENT PEDIÁTRICO. | 64 | 160 |
| 1 | FRESA CORTANTE DEL 1MM, Ó 2MM, Ó 3MM Ó 4MM, Ó 5MM. | 60 | 150 |
| 1 | FRESA DIAMANTE DE 1MM, O 2MM, O 4,O 5MM. | 60 | 150 |
| 1 | MALLA DE REGISTRO ELECTROCARDIOGRÁFICO DE 20 ELECTRODOS CON CABLE | 4 | 10 |
| 1 | MALLA DE REGISTRO ELECTROCARDIOGRÁFICO DE 24 ELECTRODOS CON CABLE | 3 | 8 |
| 1 | MALLA DE REGISTRO ELECTROCARDIOGRÁFICO DE 8 ELECTRODOS CON CABLE | 2 | 4 |
| 1 | ELECTRODO DE PROFUNDIDAD DE MONITOREO DE LARGO TÉRMINO/EPILEPSIA. | 2 | 4 |
| 1 | MEMBRANA DE PTFE 5X7X0.6 MM. | 6 | 15 |
| 1 | SISTEMA DE NEUROESTIMULACIÓN IMPLANTABLE PARA DOLOR CRÓNICO INTRATABLE.NEUROESTIMULADOR DEFINITIVO IMPLANTABLE, MULTIPROGRAMABLE, PARA EL TRATAMIENTO DE DOLOR CRÓNICO INTRATABLE. CONSTA DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS: NEUROESTIMULADOR DEFINITIVO IMPLANTABLE, MULTIPROGRAMABLE CON EXTENSIÓN, ELECTRODO IMPLANTABLES E IMANES DE CONTROL DE ENCENDIDO Y APAGADO, CON FUNCIONES PROGRAMABLES: AMPLITUD DE CORRIENTE, FRECUENCIA ANCHO DE PULSO, POLARIDAD, ELECTRODOS ACTIVOS, MODO CONTINUO/CÍCLICO, ENCENDIDO Y APAGADO. CON TELEMETRÍA: UN PESO 50 GRAMOS O MENOR. ALIMENTADO POR BATERÍAS. CONSUMIBLES: LAS UNIDADES MÉDICAS SELECCIONARÁN DE ACUERDO A SUS NECESIDADES, ASEGURANDO SU COMPATIBILIDAD CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO: BATERÍA DE CLORURO DE TIONILO DE LITIO. ELECTRODO TETRAPOLAR PERCUTÁNEO IMPLANTABLE DE PLATINO-IRIDIO CON GOMA DE SILICÓN. CONDUCTOR DE ACERO INOXIDABLE Y AISLAMIENTO DE POLIPROPILENO. SISTEMA DE FIJACIÓN TIPO ANCLAJE. Y AGUJA DE 15 G PARA INTRODUCCIÓN. ELECTRODO TETRAPOLAR QUIRÚRGICO PARA NEUROESTIMULADOR IMPLANTABLE, DE PLATINOIRIDIO CON GOMAS DE SILICÓN, CONDUCTOR DE ACERO INOXIDABLE Y AISLAMIENTO DE POLIURETANO, CON SISTEMA DE FIJACIÓN DE ANCLAJE, MÉTODO DE INTRODUCCIÓN HEMILAMINECTOMÍA DIRECTA. | 2 | 5 |
| 1 | SISTEMA DE NEUROESTIMULACIÓN IMPLANTABLE PARA DESÓRDENES DE MOVIMIENTOS DE PARKINSON. NEUROESTIMULADOR IMPLANTABLE DEFINITIVO MULTIPROGRAMABLE, PARA EL TRATAMIENTO DE MOVIMIENTOS DE PARKINSON O TREMOR. CONSTA DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS: NEUROESTIMULADOR DEFINITIVO IMPLANTABLE, MULTIPROGRAMABLE, CON EXTENSIÓN, ELECTRODOS IMPLANTABLES E IMANES O CONTROL PARA ENCENDIDO Y APAGADO CON FUNCIONES PROGRAMABLES. ENCENDIDO Y APAGADO. CON TELEMETRÍA Y UN PESO DE 55 GRAMOS O MENOR, ALIMENTADO CON BATERÍAS. | 2 | 5 |
| 1 | SISTEMA DE NEUROESTIMULACIÓN IMPLANTABLE DEL NERVIO VAGO PARA EL TRATAMIENTO DE EPILEPSIA. EQUIPO IMPLANTABLE QUIRÚRGICAMENTE OPERADO POR MICROPROCESADOR PARA EL TRATAMIENTO DE EPILEPSIA REFRACTARIA. CONSTA DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS: GENERADOR DE CORRIENTE OPERADO POR MICROPROCESADOR PROGRAMABLE PARA RESPONDER A ESTIMULACIÓN TRANSCUTÁNEA; CABLE BIPOLAR CON ELECTRODOS Y ASAS PARA FIJACIÓN A NERVIO VAGO; OPERADO POR BATERÍA; CAPACIDAD PARA PROGRAMAR FRECUENCIA DE LA SEÑAL DURACIÓN DEL IMPULSO DURACIÓN E INTERVALO DE LOS TRENES DE IMPULSO TIEMPO E INICIO DEL TRATAMIENTO; CATÉTER CON CABLE PARA ESTIMULACIÓN. LAS ESPECIFICACIONES DE CADA UNO DE LOS ELEMENTOS SEÑALADOS SERÁN DETERMINADAS POR LAS UNIDADES MÉDICAS DE ACUERDO A SUS NECESIDADES. | 2 | 5 |

**ANEXO 4 (CUATRO)**

**“DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS”**

| **ENTIDAD FEDERATIVA** | **MUNICIPIO** | **LOCALIDAD** | **UNIDAD MÉDICA** | **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 |

**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 |
|
|

**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 - INSTRUMENTAL”.**

| 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.

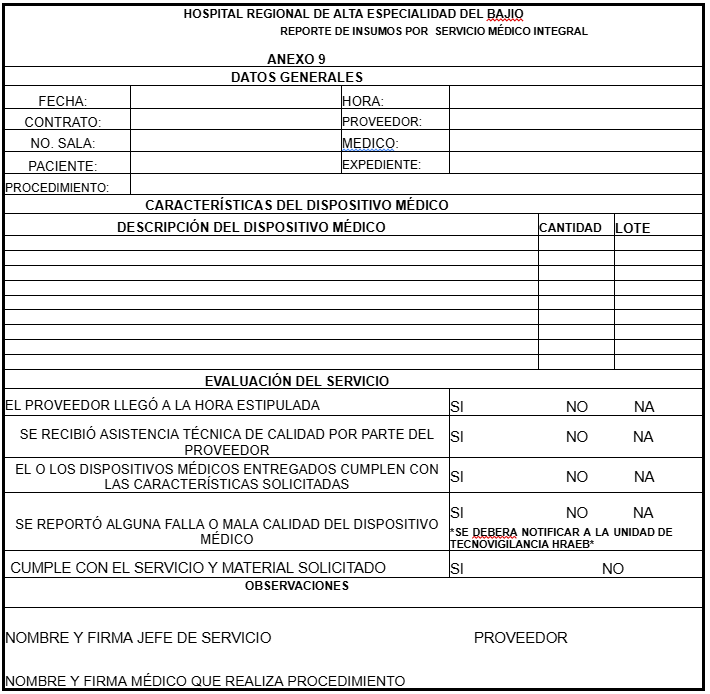
Este documento solamente podrá ser modificado mediante consentimiento de las partes, otorgado por escrito.

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) “REPORTE DE INSUMOS**

****

# ANEXO 10 (DIEZ) “REQUERIMIENTO DE CAPITAL HUMANO”

El licitante adjudicado deberá proporcionar el siguiente personal de acuerdo a la partida adjudicada para la prestación del servicio.

| Requerimiento | Técnico de apoyo de sala | Enlace operativo del proveedor (opcional) |
| --- | --- | --- |
| Experiencia mínima | Técnico de apoyo de sala (Especializado en Neurocirugía) | ≥ 1 año coordinando servicios hospitalarios/logística de quirófano o mantenimiento. |
| Funciones (alcance) | ≥ 1 año en manejo de equipos de neurocirugía.Capacitación del fabricante o centro de transferencia indispensable en los equipos ofertados para:• Aspiración Quirúrgica Ultrasónica• Neuronavegación• Estereotaxia• Motores y sistemas de craneotomía. De Acuerdo a la Partida Ofertada. | • Punto de contacto único con el Hospital.  • Coordinación de programación, reposición de consumibles e incidencias.  • Consolidación y envío de reportes simples. |
| Cobertura | • Preparar y poner a punto equipos y accesorios previo a cada procedimiento (Aspirador ultrasónico, Neuronavegador, marco de Estereotaxia).• Carga de estudios (RM/TC) del paciente en el Neuronavegador y asistencia en el registro del paciente.• Encendido, configuración básica y verificación (imagen, calibración de navegador, puntas de aspirador, etc.).• Asistencia técnica especializada no clínica durante el procedimiento (ajustes en navegador, cambio de puntas, etc., a solicitud del médico).• Registro simple de equipo/insumos y resguardo posterior.• Detección de fallas y escalamiento a mantenimiento. | Horario hábil con disponibilidad 24/7 para asuntos urgentes. |
| Cantidad mínima | 1 por partida en cada turno programado. | 1 por contrato. |
| Evidencia documental | CV individual, constancias/diplomas de capacitación en equipos ofertados, identificación, alta IMSS vigente y datos de contacto. | CV y datos de contacto (teléfono/correo 24/7). |

# 