**ANEXO 1(UNO)**

“Requerimiento de Adquisición y suministro de material de Oftalmología con equipo a comodato”

| **Partida** | **Clave CUCOP** | **Descripción del artículo** | **CANT** | **CANTIDAD ANUAL MÍNIMA** | **CANTIDAD ANUAL MÁXIMA** | **CPM** | **Presentación** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | 25401-0605 | Casete de Facoemulsificación para el equipo con el que se cuenta en el Hospital | 1 | 132 | 330 | 28 | KIT |
| **2** | 25401-0605 | Bulto quirúrgico ( 2 batas, campo para mesa mayo, cubre pantalla, campo hendido con adhesivo) desechable | 1 | 132 | 330 | 28 | KIT |
| **3** | 25401-0605 | Punta balanceada para facoemulsificación con capuchones de silicón (color rosa), estéril y desechable. Compatible con la pieza de mano ultrasónica/torsional del equipo de facoemulsificación disponible en la unidad. Calibre micro para incisiones de 2.2–2.8 mm (según sleeve), bisel 30–45°, acero inoxidable grado médico. Incluye 1 punta y 2 capuchones. Libre de látex. Empaque individual; esterilización por EO o radiación. | 1 | 132 | 330 | 28 | PIEZA |
| **4** | 25401-0605 | Sutura de nylon 10-0 monofilamiento doble armado, espatulada premiun 6MM, 1/2 circulo | 1 | 13 | 33 | 3 | CAJA DE 10 PIEZAS |
| **5** | 25401-0605 | CUCHILLETES DE 1 mm 15°, 2.2, 2.8 mm ANGULADO CON BISEL ARRIBA. DESECHABLE. | 1 | 132 | 330 | 28 | PIEZA |
|
|
| **6** | 25401-0605 | Microcuchillete curvo tipo “crescent”, ancho 2.0 mm, filo de doble bisel, angulado estéril y desechable | 1 | 103 | 257 | 21 | PIEZA |
| **7** | 25401-0605 | Lente intraocular MONOFOCAL. Hidrofóbico asférico. Medidas frecuentes: +17; + 17.5; +18; + 18.5; +19; +19.5; +20; +20.5; +21; +21.5; +22; +22,5; +23; +23.5; +24; +24.5; +25; +25.5; +26; +26.5; +27 | 1 | 220 | 550 | 46 | PIEZA |
| **8** | 25401-0605 | Lente intraocular MONOFOCAL. Hidrofóbico asférico. Medidas poco frecuentes: -2; -1; 0; +1; +2; +3; +4; +5; +6; +7; +8; +9; +10; + 10.5; +11; +11.5; +12 ; +12.5; +13; +13.5; +14; +14.5; +15; +15.5; +16; +16.5; | 1 | 220 | 550 | 46 | PIEZA |
| **9** | 25408189 | Viscoelástico 1ML | 1 | 220 | 550 | 46 | PIEZA |
| **10** | 25408189 | Hialuronato de sodio 2% | 1 | 220 | 550 | 46 | PIEZA |
| **11** | 25408189 | Sulfáto de condroitrina 3% | 1 | 220 | 550 | 46 | PIEZA |
| **12** | 25401-0605 | Cartucho inyector de lente tipo “D” desechable | 1 | 220 | 550 | 46 | PIEZA |
| **13** | 25401-0605 | CARTUCHO INYECTOR DE LENTE TIPO “B” EN CASO DE COLOCAR LENTE DE 3 PIEZAS | 1 | 132 | 330 | 28 | PIEZA |
| **14** | 25409085 | HISOPO DE MANGO DE PLASTICO RIGIDO, DE 15 CM DE LARGO, CON PUNTOS DECORTE Y PUNTA DE DACRON. ESTERILES. ENVOLTURA INDIVIDUAL. PIEZA | 1 | 132 | 330 | 28 | PAQUETE (4 piezas) |
| **15** | 25401-0605 | Cánula fina de hidrodisección de núcleo, 1" (25 mm) de largo con punta aplanada, plastico desechable | 1 | 220 | 550 | 46 | PIEZA |
| **16** | 25401-0605 | Solución oftálmica estéril de hipromelosa 2 % para lubricación/protección corneal durante procedimientos. Frasco gotero de 10 ml | 1 | 132 | 330 | 28 | PIEZA |
| **17** | 25401-0605 | Solución oftálmica estéril combinada para midriasis preoperatoria Tropicamida 0.8% con clorhidrato de fenilefrina al 5% (15mL) | 1 | 103 | 257 | 21 | PIEZA |
| **18** | 25401-0605 | Marcador estéril de piel para campo periocular, punta fina, tinta indeleble | 1 | 103 | 257 | 21 | PIEZA |
| **19** | 25401-0605 | Conjunto de ganchos flexibles con tope de silicón ajustable, para retraer iris durante cirugía. | 1 | 34 | 85 | 7 | PIEZA |
| **20** | 25401-0605 | Anillo de PMA para estabilización de bolsa capsular en catarata; estéril y de un solo uso. Medidas 10, 11 , 12 | 1 | 34 | 85 | 7 | PIEZA |
|
|
| **21** | 25401-4613 | SOLUCIONES. SALINA BALANCEADA NORMAL PARA IRRIGACION OFTALMICA. ENVASE CON 500ML. | 1 | 132 | 330 | 28 | PIEZA |
| **22** | 25401-0605 | Casete de FACO vitrectomía 23G ó 25G para el equipo con que cuenta el Hospital | 1 | 88 | 220 | 18 | PIEZA |
|
| **23** | 25401-0605 | Bulto quirúrgico desechable ( 2 batas, campo para mesa mayo, cubre pantalla, campo hendido con adhesivo) | 1 | 88 | 220 | 18 | KIT |
| **24** | 25401-0605 | Sonda de Endoláser 23G o 25G punta curva de un solo uso y compatible con el equipo hospitalario | 1 | 88 | 220 | 18 | PIEZA |
|
| **25** | 25401-0605 | Gas SF6 (HEXAFLUORANO DE AZUFRE) 75mL | 1 | 88 | 220 | 18 | ENVASE |
| **26** | 25401-0605 | Cánula de Charles (punta blanda) calibre 23G ó 25GCánula para vitrectomía, punta distal de silicón suave (soft-tip) tipo Charles, 23G o 25G | 1 | 88 | 220 | 18 | PIEZA |
|
| **27** | 25401-0605 | Punta Kelman 45 grados con capuchones | 1 | 88 | 220 | 18 | PIEZA |
| **28** | 25401-0605 | Sonda de endodiatermia 23 o 25G | 1 | 88 | 220 | 18 | PIEZA |
|
| **29** | 25401-0605 | CUCHILLETES DE 1 mm 15° O 3.0mm ANGULADO CON BISEL ARRIBA. DESECHABLE | 1 | 88 | 220 | 18 | PIEZA |
|
| **30** | 25401-0605 | Sistema de inyección de silicón para el equipo con el que se cuenta en el Hospital | 1 | 88 | 220 | 18 | PIEZA |
| **31** | 25401-0948 | Aceite de silicón para cirugía oftalmica envase con 10 ml | 1 | 88 | 220 | 18 | PIEZA |
| **32** | 25401-9064 | LIQUIDOS. PESADO PURIFICADO PARA USO INTRAOCULAR PERFLUORURO DE KALINA. ENVASECON 5 ML. | 1 | 88 | 220 | 18 | PIEZA |
| **33** | 25401-0605 | Solución estéril intraocular de azul de tripano 0.05 % para tinción de cápsula anterior en capsulorrexis. | 1 | 88 | 220 | 18 | PIEZA |
| **34** | 25401-0605 | Micro-pinza 25G para vitrectomía transconjuntival; punta fina tipo end-gripping (agarre frontal) o serrada para ILM/ERM. | 1 | 88 | 220 | 18 | PIEZA |
| **35** | 25401-0605 | Solución estéril 0.05 % para tinción selectiva de ILM en segmento posterior. AZUL BRILLANTE G | 1 | 88 | 220 | 18 | PIEZA |
| **36** | 25401-0605 | Perfluorocarbono líquido (PFO u equivalente), pureza ≥98 %, para taponamiento intraoperatorio y manipulación retiniana. | 1 | 88 | 220 | 18 | PIEZA |
| **37** | 25401-0605 | BANDA DE SILICÓN PARA CERCLAJE CALIBRE 41 | 1 | 88 | 220 | 18 | PIEZA |
| **38** | 25401-0605 | Sutura no absorbible, trenzada de poliéster (Mersilene o equivalente), calibre 5-0. Aguja espatulada 3/8 de círculo 6.5–8 mm, una o dos agujas (según disponibilidad); longitud 45–90 cm. | 1 | 88 | 220 | 18 | PIEZA |
| **39** | 25401-0605 | Sutura de seda negra trenzada 2-0, sin aguja, para bridas y tracción de músculos extraoculares. | 1 | 88 | 220 | 18 | PIEZA |
| **40** | 25401-0605 | Sonda de criocirugía compatible con la unidad de crioterapia instalada; punta recta o curva (2–3 mm) | 1 | 88 | 220 | 18 | PIEZA |
| **41** | 25401-0605 | SUTURAS. SINTÉTICAS ABSORBIBLES POLÍMERO DE ÁCIDO GLICÓLICO TRENZADO CON AGUJA. LONGITUD DE LA HEBRA: 45 CM CALIBRE DE LA SUTURA: 7-0 CARACTERÍSTICAS DE LA AGUJA: 3/8 DE CÍRCULO DOBLE ARMADO ESPATULADA (6-6.5 MM)ENVASE CON 12 PIEZAS. | 1 | 88 | 220 | 18 | PIEZA |
| **42** | 25401-0605 | SUTURAS. SINTÉTICAS NO ABSORBIBLES MONOFILAMENTO DE NYLON CON AGUJA. LONGITUD DE LA HEBRA: 13 CM (NEGRO). CALIBRE DE LA SUTURA: 8-0 | 1 | 88 | 220 | 18 | PIEZA |
| Nota: Los materiales deberán de ser compatibles con los equipos instalados en HRAEB, los cuales se enlistan en la tabla del Anexo 1A | | | | | | | |

**Anexo 1A**

**Equipos médicos propiedad del Hospital**

| Equipo | Marca | Modelo | Partida compatible |
| --- | --- | --- | --- |
| UNIDAD DE VITRECTOMÍA | Alcon | Constellation | 1, 22 |
| Facoemulsificador | Alcon | Centurion Silver | 1, 22 |

**ANEXO 2(DOS)**

**“REQUERIMIENTO DE EQUIPO MEDICO”**

El proveedor adjudicado deberá considerar en su propuesta el siguiente equipo en comodato.

| **Tipo de bien de consumo** | **Clave del bien de consumo** | **Descripción del bien de consumo** | **Presentación** | **Partida compatible** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Equipo médico** (diagnóstico por ultrasonido ocular) | **CNIS 531.325.0069**. | **Unidad para ultrasonografía oftalmológica**. Equipo auxiliar en el diagnóstico de retinopatías en pacientes diabéticos, lesiones o tumores oculares; ultrasonido ocular con teclado alfanumérico y pantalla integrada en blanco y negro (≥ 64 niveles de gris). Servicio: Imagenología. | 1 PZ | 7, 8 |

**ANEXO 3 (TRES)**

**DIRECTORIO DE LA UNIDAD MÉDICA**

| **FECHA DE ENTREGA** | **HORARIO** | **CLUES** | **UNIDAD** | **DOMICILIO** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LUNES A VIERNES | TURNO MATUTINO 07.00 HRAS.  TURNO VESPERTINO 14.00 HRAS. | GTIMB000015 | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO | BLVD. MILENIO #130, COL. SAN CARLOS LA RONCHA. LEÓN, GUANAJUATO. CP. 37544  4772672000 |

**ANEXO 4 (CUATRO) “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 5 (CINCO) “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 6 (SEIS) “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 7 (SIETE) “ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD”.**

**IMSS – BIENESTAR**

**ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD**

[HOJA MEMBRETADA POR EL PRESTADOR DEL SERVICIO DEL SERVICIO]

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

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

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

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

**CLÁUSULAS**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**ANEXO 8 (OCHO)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ATENTAMENTE

REPRESENTANTE LEGAL