**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DELEGACION ESTATAL EN AGUASCALIENTES**

**JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS**

**“COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO”**

**LICITACION PÚBLICA NACIONAL NÚMERO**

**LA-019GYR032-N170-2014.**

***S E R V I C I O S M E D I C O S S U B R O G A D O S***

***2 0 1 5***

**(MIXTA)**

**Octubre, 2014.**

**P R E S E N T A C I O N:**

En observancia al artículo 134, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y de conformidad con los artículos 25, 26 fracción I, 26 Bis, fracción III, 27, 28, fracción I, 29, 30, 32, 33, 33 Bis, 34, 35, 36, 36Bis, 37, 45 y 47 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP), **35, 39, 42, 44, 45, 46, 47, 48 y 51** de su Reglamento, las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios y demás disposiciones aplicables en la materia, se convoca a los interesados en participar en el procedimiento de contratación de SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS para el ejercicio 2015.

De conformidad con las siguientes:

**B A S E S**

**I N D I C E:**

|  | **C O N T E N I D O:** | **Página** |
| --- | --- | --- |
|  | **GLOSARIO** | **4** |
| **1** | **Información Específica De La Licitación** | **5** |
| 1.1 | Idioma o idiomas en que podrán presentarse las proposiciones, los anexos técnicos y, en su caso los folletos que se acompañen. | **6** |
| 1.2 | Disponibilidad Presupuestaria | **6** |
| **2.** | **Descripción, Unidad y Cantidad** | **6** |
| 2.1 | Calidad | **8** |
| 2.2 | Licencias, Autorizaciones y Permisos | **8** |
| **3** | **Modalidad de la Contratación** | **8** |
| 3.1 | Fecha, Hora y Domicilio de los Eventos; Medios y en su caso, reducción de plazo para la presentación de las proposiciones | **8** |
| **4** | **Junta de Aclaraciones** | **9** |
| **5** | **Presentación y Apertura de Proposiciones** | **9** |
| 5.1 | Proposiciones Conjuntas | **10** |
| **6** | **Documentos que deberán presentar quienes deseen participar en la licitación y, entregar junto con el sobre cerrado o el que se genere en COMPRA NET, relativo a la proposición técnica.** | **11** |
| 6.1 | Documentación Complementaria | **12** |
| 6.2 | Proposición Técnica | **13** |
| 6.3 | Proposición Económica | **14** |
| 6.4 | Plazo, Lugar y Condiciones del Servicio | **14** |
| 6.4.1 | Plazo y Lugar de la prestación del Servicio |  |
| 6.4.2 | Condiciones de la Prestación del Servicio |  |
| 6.5 | Condiciones De Pago | **15** |
| 6.5.1 | Impuestos y Derechos |  |
| **7** | **Acreditación de la Existencia Legal, Personalidad Jurídica y Nacionalidad del Licitante.** | **15** |
| 7.1 | En el acto de presentación y apertura de proposiciones. | **16** |
| 7.2 | En la suscripción de las Proposiciones | **16** |
| 7.3 | Previo a la Firma del Contrato. | **17** |
| 7.4 | En la Firma del Contrato |  |
| **8** | **Acreditación de encontrarse al corriente en sus obligaciones fiscales.** | **17** |
| **9** | **Criterios para la Evaluación de las proposiciones y Adjudicación de los Contratos.** | **18** |
| 9.1 | Evaluación de las Proposiciones Técnicas | **19** |
| 9.1.1 | Visitas en Instalaciones |  |
| 9.2 | Evaluación de las Proposiciones Económicas | **19** |
| 9.3 | Criterios de Adjudicación de los Contratos | **20** |
| **10** | **Causas de Desechamiento.** | **20** |
| **11** | **Comunicación del Fallo** | **21** |
| **12** | **Modelo de Contrato** | **22** |
| 12.1 | Período de Contratación | **23** |
| 12.2 | Firma del Contrato | **23** |
| **13** | **Penas Convencionales y Deductivas** | **23** |
| 13.1 | Penas Convencionales por atraso en la prestación del Servicio. | **23** |
| 13.2 | Deducciones al Pago |  |
| **14** | Rescisión Administrativa |  |
| 14.1 | Causas de Rescisión Administrativa |  |
| **15** | **Garantías** | **24** |
| **15.1** | **Garantía de Cumplimiento de Contrato** |  |
| **16** | **Inconformidades** | **26** |
| **17** | **Anexos** | **27** |

**GLOSARIO DE TÉRMINOS.**

**Para efectos de estas bases, se entenderá por:**

1. **Administrador del Contrato:** Servidor(es) público(s) en quien recae la responsabilidad de dar seguimiento al cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato.
2. **ALSC:** Administración Local de Servicios al Contribuyente.
3. **Área contratante**: la facultada en la dependencia o entidad para realizar procedimientos de contratación a efecto de adquirir o arrendar bienes o contratar la prestación de servicios que requiera la dependencia o entidad de que se trate;
4. **Área requirente**: la que en la dependencia o entidad, solicite o requiera formalmente la adquisición o arrendamiento de bienes o la prestación de servicios, o bien aquella que los utilizará;
5. **Área técnica**: la responsable de elaborar las especificaciones técnicas que se deberán incluir en el procedimiento de contratación, de responder en la junta de aclaraciones las preguntas que sobre estos aspectos técnicos realicen los licitantes; así como de coadyuvar en la evaluación de las proposiciones.
6. **CECOBAN:** Centro de Compensación Bancaria.
7. **COMPRA NET**: el Sistema Electrónico de información pública gubernamental sobre adquisiciones, arrendamientos y servicios. con dirección electrónica en Internet:[http://www.compranet.gob.mx](http://www.compranet.gob.mx/)
8. **Contrato:** documento a través del cual se formalizan los derechos y obligaciones derivados del fallo del procedimiento de contratación de la adquisición o la prestación de los servicios.
9. **EMA:** Entidad Mexicana de Acreditación, A. C.
10. **Instituto o IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social.
11. **Investigación de mercado**: la verificación de la existencia de bienes, arrendamientos o servicios, de proveedores a nivel nacional o internacional y del precio estimado basado en la información que se obtenga en la propia dependencia o entidad, de organismos públicos o privados, de fabricantes de bienes o prestadores del servicio, o una combinación de dichas fuentes de información;
12. **IVA:** Impuesto al Valor Agregado.
13. **LAASSP o Ley:** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
14. **Licitante:** La persona que participe en cualquier procedimiento de licitación pública o bien de invitación a cuando menos tres personas.
15. **Medios Remotos de Comunicación Electrónica:** Los dispositivos tecnológicos para efectuar transmisión de datos e información a través de computadoras, líneas telefónicas, enlaces dedicados, microondas y similares.
16. **MIPYMES:** las micro, pequeñas y medianas empresas de nacionalidad mexicana a que hace referencia la Ley para el Desarrollo de la Competitividad de la Micro, Pequeña y Mediana Empresa;
17. **Partida o concepto:** la división o desglose de los bienes a adquirir o arrendar o de los servicios a contratar, contenidos en un procedimiento de contratación o en un contrato, para diferenciarlos unos de otros, clasificarlos o agruparlos;
18. **Precio no aceptable**: es aquél que derivado de la investigación de mercado realizada, resulte superior en un diez por ciento al ofertado respecto del que se observa como mediana en dicha investigación o en su defecto, el promedio de las ofertas presentadas en la misma licitación, y
19. **Precio conveniente**: es aquel que se determina a partir de obtener el promedio de los precios preponderantes que resulten de las proposiciones aceptadas técnicamente en la licitación, y a éste se le resta el porcentaje que determine la dependencia o entidad en sus políticas, bases y lineamientos.
20. **Proveedor:** La persona que celebre contratos de adquisiciones, arrendamientos o servicios.
21. **Reglamento:** Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
22. **SAI:** Sistema de Abasto Institucional. Conjunto de acciones programadas en medios electrónicos que permiten realizar actividades comprendidas en el proceso de abastecimiento y suministro, de manera automatizada en red.
23. **SAT:** el Servicio de Administración Tributaria.
24. **SFP:** Secretaría de la Función Pública.
25. **Sobre cerrado:** Cualquier medio que contenga la proposición del licitante, cuyo contenido solo puede ser conocido en el acto de presentación y apertura de proposiciones, en términos de la Ley.

**1. INFORMACION ESPECÍFICA DE LA LICITACION.**

Esta delegación requiere la subrogación de diferentes de servicios profesionales para la atención medica subrogada, estudios de diagnóstico y laboratorio, consulta de medicina familiar subrogada, subrogación hospitalaria, todos estos servicios proporcionados a derechohabientes a solicitud del propio Instituto, mismos que se detallan en el **Anexo Número 1 (UNO)**  REQUERIMIENTO Servicios Médicos, así como los Anexos 1A, 1B, 1C, 1D y 1E.

**Nombre y domicilio del Área Contratante**: Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, ubicada en Avenida Carolina Villanueva de Garcia núm. 314, Colonia Ciudad Industrial, Código Postal 20290, Aguascalientes Ags.

La documentación que se integre como parte de la propuesta será dirigida a:

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO**

**OFICINA DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS.**

Los Servicios Médicos Subrogados que se oferte deberán apegarse estrictamente a las especificaciones, descripciones y demás características que se indican en el **Anexo Número 1 (UNO), Anexo 1A, Anexo 1B, Anexo 1C, Anexo 1D y Anexo 1E,** los cuales forman parte de la presente Convocatoria.

**1.1. IDIOMA EN QUE PODRAN PRESENTARSE LAS PROPOSICIONES, LOS ANEXOS TÉCNICOS Y, EN SU CASO, LOS FOLLETOS QUE SE ACOMPAÑEN.**

Las proposiciones en su caso, deberán presentarse por escrito, preferentemente en papel membreteado de la empresa, solo en idioma español y dirigido al área convocante.

En caso de que se requieran anexos técnicos, folletos, catálogos y/o fotografías, instructivos o manuales de uso para corroborar las especificaciones, características y calidad del servicio, éstos deberán presentarse en idioma español.

**1.2. DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA:**

“El presupuesto definitivo a ejercer está sujeto a la aprobación de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio fiscal 2015 por parte de Ia H. Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, por lo que el cumplimiento de las obligaciones de esta licitación queda sujeta para fines de ejecución y pago a la disponibilidad presupuestaria con la que cuente el Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme al Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2015 apruebe, sin responsabilidad alguna para el Instituto Mexicano del Seguro Social”.

**2. DESCRIPCIÓN, UNIDAD Y CANTIDAD.**

La descripción amplia y detallada del servicio a contratar, la cual se contempla en el **Anexo Número 1 (UNO), Anexo 1A, Anexo 1B, Anexo 1C, Anexo 1D y Anexo 1E,** los cuales forma parte integral de esta Convocatoria

Los licitantes, para la presentación de sus proposiciones, deberán ajustarse estrictamente a los requisitos y especificaciones previstos en esta Convocatoria, describiendo en forma amplia y detallada el servicio o partida que estén ofertando.

Las condiciones contenidas en la presente convocatoria a la licitación y en las proposiciones presentadas por los licitantes no podrán ser negociadas.

* 1. **CALIDAD:**

Los licitantes deberán cumplir para la presentación del servicio objeto de la presente contratación con las siguientes normas de acuerdo al tipo de servicio que proponga:

NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.\*

NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. \*

NOM-052-SEMARNAT-2005 Norma Oficial Mexicana que establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos.\*

NOM-233-SSA1-2003 Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención medica del Sistema Nacional de Salud.\*

NOM-229-SSA1-2002 Salud Ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.

NOM-166-SSA1-1997 Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.\*

NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.\*

PROY-NOM-006-SSA3-2007 Para la práctica de anestesiología.\*

NOM-173-SSA1-1998 Para la atención integral a personas con discapacidad.\*

NOM-087-ECOL-1995 Que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición, final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presentan atención médica.\*

NOM-002-SSA3-2007 Que establece la organización funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia.

NOM-013-NUCL-2009 Requerimientos de seguridad radiológica para egresar a pacientes a quienes se les ha administrado material radioactivo

Para la partida 13 los licitantes deberán presentar el certificado de calidad NMX-CC-9001-2008

Los licitantes deberán presentar manifiesto bajo protesta de decir verdad, en el que señale que los servicios cumplen con lo solicitado de conformidad con la Norma Oficial Mexicana que le corresponda.

Deberán apegarse a lo establecido en la Ley General de Salud.

Durante la vigencia del (los) contrato (s) que, en su caso se adjudique (n), con motivo de la presente licitación, el Instituto podrá en cualquier momento verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad del servicio al licitante que resulte adjudicado, a través de las personas acreditadas por la EMA, (Organismo de Certificación o Laboratorio de Pruebas), de acuerdo a lo establecido en la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

**2.2. LICENCIAS, AUTORIZACIONES Y PERMISOS.**

El licitante deberá acompañar a su propuesta técnica, en copia simple, la documentación que se señala en el **Anexo Número 1B (uno B)**, de acuerdo a la partida en la desee participar.

* Deberán contar con “Certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios privados que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federales, estatales, del Distrito Federal y municipales”. Entregando una copia simple del mismo y presentar su original para cotejo para los servicios relacionados en el **Anexo Número 1E** **(uno E)** el cual forma parte de las presentes bases.

***3. MODALIDAD DE LA CONTRATACION:***

Será mediante contrato abierto en los términos del artículo 47 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

**3.1. FECHA, HORA Y DOMICILIO DE LOS EVENTOS; MEDIOS Y EN SU CASO, REDUCCION DE PLAZO PARA LA PRESENTACION DE LAS PROPOSICIONES.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **E V E N T O S** | **F E C H A** | **H O R A** | **L U G A R** | |
| Primera Junta de Aclaración de la convocatoria a la licitación. | 10 NOV 2014 | 09:00 HRS | SALA DE JUNTAS DE LA COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DE LA DELEGACION AGUASCALIENTES, UBICADA EN AV. CAROLINA VILLANUEVA DE GARCIA NUMERO 314 COLONIA CIUDAD INDUSTRIAL, AGUASCALIENTES AGS. C.P. 20290 | |
| Acto de Presentación y Apertura de Proposiciones. | 18 NOV 2014 | 09:00 HRS |
| Fallo | 03 DIC 2014 | 17:00 HRS |
| Firma del contrato | 17 DIC 2014 | 09.00 A 16:00 HRS |
| Reducción de Plazo | NO | | |
| Tipo de Licitación | Mixta (artículo 26 Bis, fracción III, de la LAASSP) | | |
| Forma de Presentación de las Proposiciones. | Presencial o Electrónica (artículo 26 Bis, fracción III, de la LAASSP) | | |

1. **JUNTA DE ACLARACIONES:**

Aquellos interesados que pretendan solicitar aclaraciones a los aspectos contenidos en la Convocatoria, deberán presentar un escrito **Anexo Número 2 (Dos)** acompañado de las solicitudes de aclaración correspondientes, o enviarlo a través de COMPRA NET, acompañado de las citadas solicitudes de aclaración; en el escrito manifestaran su interés en participar en la presente licitación, por si o en representación de un tercero, señalando, en cada caso, los datos siguientes:

1. Del licitante: registro federal de contribuyentes; nombre y domicilio así como, en su caso, de su apoderado o representante. Tratándose de personas morales, además, descripción del objeto social de la empresa; identificando los datos de las escrituras públicas o pólizas con las que se acredita la existencia legal de las personas morales, y de haberlas, sus reformas y modificaciones, así como nombre de los socios que aparezcan en éstas, y del representante legal del licitante: datos de las escrituras públicas en las que le fueron otorgadas las facultades para suscribir proposiciones.
2. Los licitantes podrán enviar las solicitudes de aclaración, a través del sistema electrónico de información pública gubernamental sobre adquisiciones, arrendamientos y servicios (COMPRANET), o entregarlas personalmente en la Oficina de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios de la Coordinación Delegacional de Abastecimiento y Equipamiento, sita en Av. Carolina Villanueva de García Numero 314 Ciudad Industrial, C.P. 20290 Aguascalientes, Ags., **a más tardar veinticuatro(24) horas antes de la fecha y hora** en que se realice la junta de aclaraciones. Para lo cual podrá utilizar el formato del **ANEXO Numero 2 (Dos)**

Las solicitudes de aclaración que sean recibidas con posterioridad al plazo antes previsto, no serán contestadas por resultar extemporáneas.

c) Con el objeto de agilizar la junta de aclaraciones, los licitantes además de presentar sus aclaraciones por escrito, podrán hacerlo en disco compacto o memoria USB, en formato Word.

d) Cualquier modificación a la convocatoria de la licitación, incluyendo las que resulten de la o las juntas de aclaraciones, formará parte de la convocatoria y deberá ser considerada por los licitantes en la elaboración de su proposición.

1. **PRESENTACIÓN Y APERTURA DE PROPOSICIONES.**
   1. Los licitantes entregarán sus proposiciones técnica y económica en un sobre cerrado de forma tal que se garantice su inviolabilidad, hasta el momento de su apertura pública. Adicionalmente, para agilizar los actos del procedimiento de contratación, se solicita a los licitantes, presentar su proposición en medio electrónica, magnética u óptica, en la inteligencia de que, en caso de existir diferencias entre la proposición impresa y la electrónica, se estará a lo propuesto en forma impresa. La omisión en la entrega de esta información en medio electrónica, magnética u óptica, no será causal de desechamiento de la proposición.
   2. Una vez recibidas las proposiciones en sobre cerrado y las que hayan sido enviadas por medios electrónicos, se procederá a la apertura de todos los sobres, iniciando con los sobres que fueron recibidos en forma presencial; y, enseguida los recibidos en forma electrónica, haciéndose constar la documentación presentada, sin que ello implique la evaluación de su contenido; por lo que, en el caso de que algún licitante omita la presentación de algún documento o faltare algún requisito, no serán desechadas en ese momento, haciéndose constar ello en el formato de recepción de los documentos que integran la proposición.
   3. En el supuesto de las proposiciones presentadas a través de medios remotos de comunicación electrónica, y que durante el acto, por causas ajenas a la voluntad de la SFP o de la convocante, no sea posible abrir los sobres que contengan las enviadas por medios remotos de comunicación electrónica, el acto se reanudará a partir de que se restablezcan las condiciones que dieron origen a la interrupción.

* En el caso del supuesto anterior, se tendrán por no presentadas las proposiciones y la demás documentación requerida por la convocante, cuando los sobres en los que se contenga dicha información, tengan virus informáticos o no puedan abrirse por cualquier causa motivada por problemas técnicos imputables a sus programas o equipo de cómputo.
* No obstante, la convocante intentará abrir los archivos más de una vez en presencia del representante del Órgano Interno de Control y, en su caso, del Testigo Social, con los programas Word, Excel y PDF, en caso de que se confirme que el archivo contiene algún virus informático, o está alterado por causas ajenas a la convocante o a COMPRA NET, la proposición se tendrá por no presentada.
  1. Con posterioridad se realizará la evaluación integral de las proposiciones, el resultado de dicha revisión o análisis, se dará a conocer en el fallo correspondiente.
  2. En caso de que se encuentren presentes los licitantes, éstos elegirán a uno, que en forma conjunta con el servidor público que presida el acto rubricarán la proposición técnico-económica.

f) Los licitantes que deseen participar, sólo podrán presentar una proposición en el presente procedimiento de contratación; una vez recibidas las proposiciones en la fecha, hora y lugar establecidos, éstas no podrán retirarse o dejarse sin efecto, por lo que deberán considerarse vigentes dentro del presente procedimiento y hasta su conclusión

* 1. **PROPOSICIONES CONJUNTAS:**

Las personas interesadas podrán agruparse para presentar una proposición, para tal efecto deberán cubrir los siguientes requisitos:

**I)** Uno de los integrantes podrá presentar el escrito mediante el cual se manifieste el interés en participar en la junta de aclaraciones y en el procedimiento de contratación.

**II**) Los integrantes deberán celebrar en términos de la legislación aplicable un convenio, en el cual se establezcan con precisión los siguientes aspectos, de conformidad con el **Anexo Número 3 (tres)**, de las presentes bases.

**a)** Nombre, domicilio y Registro Federal de Contribuyentes de las personas integrantes, señalando, en su caso, los datos de los instrumentos públicos con los que se acredita la existencia legal de las personas morales y, de haberlas, sus reformas y modificaciones así como el nombre de los socios que aparezcan en éstas;

1. Nombre y domicilio de los representantes de cada una de las personas agrupadas, señalando, en su caso, los datos de las escrituras públicas con las que acrediten las facultades de representación;
2. Designación de un representante común, otorgándole poder amplio y suficiente, para atender todo lo relacionado con la proposición y con el procedimiento de licitación pública;

**d)** Descripción de las partes objeto del contrato que corresponderá cumplir a cada persona integrante, así como la manera en que se exigirá el cumplimiento de las obligaciones, y

**e)** Estipulación expresa de que cada uno de los firmantes quedará obligado junto con los demás integrantes, ya sea en forma solidaria o mancomunada, según se convenga, para efectos del procedimiento de contratación y del contrato, en caso de que se les adjudique el mismo;

**6. DOCUMENTOS QUE DEBERÁN PRESENTAR QUIENES DESEEN PARTICIPAR EN LA LICITACIÓN Y ENTREGAR JUNTO CON EL SOBRE CERRADO, O EL QUE SE GENERE EN COMPRANET, RELATIVO A LA PROPOSICION TECNICA.**

* 1. Una declaración firmada en forma autógrafa por el propio licitante o su representante legal, por el que manifieste bajo protesta de decir verdad, no encontrarse en alguno de los supuestos establecidos por los artículos 50 y 60, penúltimo párrafo, de la LAASSP. **Anexo Número 4 (cuatro)**
  2. Escrito de declaración de integridad, a través del cual el licitante o su representante legal manifieste bajo protesta de decir verdad, que por si mismos o a través de interpósita persona, se abstendrán de adoptar conductas para que los servidores públicos del Instituto, induzcan o alteren las evaluaciones de las proposiciones, el resultado del procedimiento, u otros aspectos que otorguen condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes, conforme al **Anexo Número 5 (cinco)**, de las presentes bases.
  3. Los licitantes con carácter de MIPYMES, deberán presentar copia del documento expedido por autoridad competente, que determine su estratificación como micro, pequeña o mediana empresa; o bien un escrito en el cual manifiesten bajo protesta de decir verdad que cuentan con ese carácter, conforme al **Anexo Número 6 (seis)**, de las presentes bases.
  4. En caso de que se presenten proposiciones en forma conjunta, cada una de las personas agrupadas, deberá presentar en forma individual los escritos señalados en este numeral, además del convenio firmado por cada una de las personas que integren la proposición. Conforme al **Anexo Número 3 (tres)**, de las presentes bases.
  5. Conforme al artículo 35 del Reglamento de la Ley, escrito bajo protesta de decir verdad, a través del cual el licitante manifieste que es de nacionalidad mexicana.
* **Además de considerar los aspectos siguientes:**

1. Los licitantes que deseen participar, sólo podrán presentar una proposición en el presente procedimiento de contratación; iniciado el Acto de Presentación y Apertura de Proposiciones, las ya presentadas no podrán ser retiradas o dejarse sin efecto por los licitantes.
2. Las proposiciones que presenten los licitantes deberán ser firmadas autógrafamente por el licitante o su representante legal, en la última hoja de cada uno de los documentos que forman parte de la misma, no siendo motivo de descalificación el hecho de que las demás hojas que las integren y sus anexos carezcan de firma o rúbrica.
3. En las proposiciones enviadas a través de medios remotos de comunicación electrónica, en sustitución de la firma autógrafa, se emplearán los medios de identificación electrónica que establezca la SFP.
4. Cada uno de los documentos que integren la proposición de los licitantes y aquéllos distintos a ésta, deben estar foliados en todas y cada una de las hojas que conforman ésta. Para tal efecto, se deberán numerar de manera individual las proposiciones técnica y económica, así como el resto de los documentos que entregue.
5. Para el caso de servicios y/ó estudios que están requeridos por ambos hospitales (HGZ No. 1 y HGZ No. 2), en entendido que el precios unitario ofertado aplica para prestar el servicio en ambos Hospitales, es decir, la propuesta presentada por servicio y/o estudio aplicará para los dos hospitales cuando así se requiera.
6. Los participantes preferentemente deberán registrarse como proveedores en COMPRANET 5.0
   1. **DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:**

La documentación complementaria que deberá presentar el licitante, es la siguiente:

* + 1. Copia simple por ambos lados de su identificación oficial vigente con fotografía, (cartilla del servicio militar nacional, pasaporte, credencial para votar con fotografía o cédula profesional), tratándose de personas físicas; y, en el caso de personas morales, de la persona que firme la proposición.

II.  **Anexo Número 7 (siete**), el cual forma parte de las presentes bases, en el que se enumeran los documentos requeridos para participar, mismo que servirá de constancia de recepción de las proposiciones, asentándose dicha recepción en el acta respectiva, la no presentación de este documento, no será motivo de descalificación.

**6.2. PROPOSICION TÉCNICA:**

La proposición técnica deberá contener la siguiente documentación:

* + 1. Descripción amplia y detallada del servicio médico subrogado ofertado, cumpliendo estrictamente con lo señalado en el **Anexo Número 1 (uno), Anexo Número 1A (uno A), Anexo Número 1B (uno B), Anexo Número 1C (uno C) para la partida 10 Estudios Especiales de Laboratorio y Anexo Número 1D (uno D) para la partida 17 Medicina Nuclear**,los cuales forman parte de estas bases.
    2. En su caso, acompañada de los folletos, catálogos y/o fotografías necesarios para corroborar las especificaciones y características del servicio.
    3. Copia simple de los documentos descritos en el numeral 2.1 de las presentes bases, según corresponda.
    4. Copia simple de los documentos indicados en el numeral 2.2, de las presentes bases, según corresponda.
    5. Escrito por el que manifiesta no encontrarse sancionado como empresa o producto, por la Secretaría de Salud.
    6. En el supuesto de que el licitante sea persona moral, deberá presentar copia simple y original ó copia certificada de la escritura pública en la que conste su Acta Constitutiva para cotejo, con la finalidad de que acredite su nacionalidad, en términos de lo dispuesto por la regla Octava, del Acuerdo por el que se establecen las Reglas para la Determinación y Acreditación del Grado de Contenido Nacional, tratándose de procedimientos de contratación de carácter nacional, publicado en el DOF de fecha 3 de marzo de 2000.En tratándose de personas físicas y, para efectos de dar cumplimiento al precitado Acuerdo, el licitante deberá presentar copia simple y original ó copia certificada del acta de nacimiento correspondiente o, en su caso, de la carta de naturalización respectiva expedida por la autoridad competente, y la documentación con la que demuestre tener su domicilio legal en el territorio nacional.
    7. Escrito bajo protesta de decir verdad, por el que los licitantes acreditarán su existencia legal y personalidad jurídica para efecto de la suscripción de las proposiciones, pudiendo utilizar el formato que aparece en el **Anexo Número 8 (ocho),** el cual forma parte de las presentes bases.
    8. Carta bajo protesta de decir verdad en la que se indique a los responsables que estarán asignados para la prestación del Servicio requerido por el Instituto.
    9. Carta bajo protesta de decir verdad, así como la documentación correspondiente en la que sustente los Servicios prestados a otras instancias (Públicas o Privadas), en las que se describa las características generales del Servicio proporcionadas a éstas por el Proveedor.
    10. Carta bajo protesta de decir verdad, en la que se especifique la infraestructura con la que cuenta para la Prestación del Servicio, Metodología, y la experiencia comprobable de implantación de ésta.

XI. Constancia del programa interno de protección civil avalado por la Coordinación Estatal de Protección Civil, donde se encuentre ubicado el establecimiento prestador del servicio, cuando se trate de servicios en los que el derechohabiente se presentará en las Instalaciones del licitante, no aplica para los servicios prestados en las instalaciones del Instituto.

**6.3. PROPOSICION ECONÓMICA**:

La proposición económica, deberá contener la cotización del servicio ofertado, indicando la partida, descripción, cantidad precio unitario, subtotal y el importe total conforme al requerimiento, el licitante deberá considerar el importe mínimo y máximo total del presupuesto a ejercer del servicio ofertado, desglosando el IVA, de acuerdo al **Anexo Número 9 (nueve),** el cual forma parte de las presentes bases y al cual deberá ajustarse totalmente al requerimiento, toda vez que si una partida o renglones se ven afectados, esto será motivo de desechamiento.

En caso de que se detecte un error de cálculo en alguna proposición, se podrá llevar a cabo su rectificación cuando la corrección no implique la modificación del precio unitario del servicio. En caso de discrepancia entre las cantidades escritas con letra y número, prevalecerá la primera, por lo que de presentarse errores en los volúmenes solicitados, estos podrán corregirse.

Los precios ofertados por los licitantes, permanecerán fijos durante la vigencia del contrato.

Las cotizaciones deberán elaborarse a 2 (dos) decimales.

Para la mejor conducción del proceso los licitantes, de preferencia, deberán proteger con cinta adhesiva la información que proporcionen en sus cotizaciones, relativa a precios, descuentos, impuestos, subtotales, totales, etc. La omisión de este requisito no será causa de descalificación.

Si resultare que dos o más proposiciones son solventes porque satisfacen la totalidad de los requerimientos solicitados por la convocante, el contrato se adjudicará a quien presente la proposición cuyo precio sea el más bajo, siempre y cuando éste resulte conveniente. Los precios ofertados que se encuentren por debajo del precio conveniente, podrán ser desechados por la convocante.

* 1. **. PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES DE LA PRESTACION DEL SERVICIO**
     1. **Plazo y lugar de la prestación del servicio.**

El servicio deberá ser prestado dentro del plazo establecido, conforme al calendario, horario y los lugares que se indican en el **Anexo Número 10 (diez)**, el cual forma parte de la presente convocatoria.

La prestación de los servicios comenzará a partir del día 01 de enero del año 2015 y concluirá el día 31 de diciembre de 2015.

Las solicitudes de servicio deberán realizarse en los plazos establecidos en la emisión del requerimiento correspondiente, la que deberá contener la información señalada en el Anexo Número 1 (uno) y Anexo Número 1A (uno A), el Anexo Número 1C (uno C) para la **partida** **10 Estudios Especiales de Laboratorio** y Anexo Número 1D (uno D) para la **partida 17 Medicina Nuclear** los cuales forman parte integrante de a presente convocatoria.

* + 1. **Condiciones de la prestación del servicio.**

En el supuesto de que el proveedor para la prestación del servicio requiera prestar el servicio en las instalaciones del Instituto, la transportación de los equipos, personal, las maniobras de carga y descarga en el andén del lugar de la prestación del servicio, serán a cargo del proveedor.

Durante la prestación del servicio, éste estará sujeto a una verificación visual aleatoria, con objeto de revisar que se cumpla con las condiciones requeridas en la presente licitación.

Cabe resaltar que mientras no se cumpla con las condiciones de la prestación del servicio establecidas en la presente convocatoria, el Instituto no dará por aceptado el servicio.

**6.5. CONDICIONES DE PAGO:**

El pago se efectuará en *Pesos Mexicanos*, por dentro de los 15 (quince), contados a partir de la entrega de la documentación completa, que acredite la prestación del servicio, así como de la factura para su revisión.

Dicha facturación será presentada durante la vigencia del contrato, de acuerdo a la necesidad de las áreas usuarias, posterior a la entrega por parte del Proveedor, de los siguientes documentos:

1. Original y copia de la factura que reúna los requisitos fiscales respectivos, en la que se indique el Servicio Prestado y el número de Contrato, en su caso, el documento que avale la Prestación del Servicio sellado por el Área del Instituto en donde se prestó éste, mismo que deberá ser entregada en el Área de Finanzas, sita en Alameda Núm. 704, Col. del Trabajo horario de 09:00 a 13:00 hrs.
2. En caso de que el Proveedor presente su factura con errores o deficiencias, el plazo de pago se ajustará en términos del Artículo 90 del Reglamento.
3. El proveedor podrá optar porque el Instituto efectúe el pago del servicio prestado, a través del esquema electrónico interbancario que el IMSS tiene en operación, con las instituciones bancarias siguientes: BBVA, Bancomer, S.A., Banamex, S.A., Banorte, S.A. y Scotiabank Inverlat, S.A., para tal efecto deberá presentar en el Área de Finanzas, sita en Alameda Núm. 704, Col. del Trabajo con horario de 09:00 a 13:00 hrs. petición escrita indicando: razón social, domicilio fiscal, número telefónico y fax, nombre completo del apoderado legal con facultades de cobro y su firma, número de cuenta de cheques, sucursal y plaza, así como, número de proveedor asignado por el IMSS. Anexo a la solicitud deberá el proveedor, presentar original y copia de la cédula del Registro Federal de Contribuyentes, Poder Notarial e identificación oficial; los originales se solicitan únicamente para cotejar los datos y les será devueltos en el mismo acto.
4. Asimismo, el Instituto aceptará del proveedor, que en el supuesto de que tenga cuentas liquidas y exigibles a su cargo, aplicarlas contra los adeudos que, en su caso, tuviera por concepto de cuotas obrero patronales, conforme a lo previsto en el artículo 40 B, de la Ley del Seguro Social.
5. Así mismo el Proveedor deberá realizar la carga del archivo electrónico con extensión XML (con base al Sistema de Administración Tributaria) al buzón creado exprofeso por el Instituto Mexicano del Seguro Social de conformidad con lo establecido en el Código Fiscal de la Federación.

Los proveedores que presten servicios al Instituto, y que celebren contratos de cesión de derechos de cobro, deberán notificarlo al Instituto, con un mínimo de 5 (cinco) días naturales anteriores a la fecha de pago programada, entregando invariablemente una copia de los contra-recibos cuyo importe se cede, además de los documentos sustantivos de dicha cesión.

El pago de la Prestación del Servicio quedará condicionado proporcionalmente al pago que el Proveedor deba efectuar por concepto de penas convencionales.

**Período de facturación** Se realizará los primeros 5 días del mes inmediato, excepto Diciembre o en cortes especiales que deben abarcar mes natural.

**6.5.1. IMPUESTOS Y DERECHOS:**

Los impuestos y derechos que procedan con motivo de la prestación del servicio objeto de la presente licitación, serán pagados por el proveedor conforme a la legislación aplicable en la materia.

El Instituto sólo cubrirá el Impuesto al Valor Agregado de acuerdo a lo establecido en las disposiciones legales vigentes en la materia.

**7. ACREDITACIÓN DE LA EXISTENCIA LEGAL, PERSONALIDAD JURÍDICA Y NACIONALIDAD DEL LICITANTE**.

**7.1. En el Acto de presentación y apertura de proposiciones.**

Los licitantes para intervenir en el acto de presentación y apertura de proposiciones, deberán entregar un escrito en el que su firmante manifieste, bajo protesta de decir verdad, que cuenta con facultades suficientes para comprometerse por si o por su representada.

**7.2. En la suscripción de proposiciones.**

Para efectos de la suscripción de las proposiciones el licitante deberá acreditar su existencia legal y personalidad jurídica entregando un escrito en el que su firmante manifieste, bajo protesta de decir verdad, que cuenta con facultades suficientes por sí o por su representada, mismo que contendrá los datos siguientes:

a) Del licitante: Registro Federal de Contribuyentes, nombre y domicilio, así como en su caso, de su apoderado o representante. Tratándose de personas morales, además se señalará la descripción del objeto social de la empresa, identificando los datos de las escrituras públicas y, de haberlas, sus reformas y modificaciones, con las que se acredita la existencia legal de las personas morales así como el nombre de los socios, y en su caso, los datos de inscripción en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio correspondiente.

* + - 1. Del representante legal del licitante: datos de las escrituras públicas en las que le fueron otorgadas las facultades para suscribir las proposiciones.

En defecto de lo anterior, el licitante podrá presentar debidamente requisitado el formato que aparece como **Anexo Número 8 (ocho)**, el cual forma parte de las presentes bases.

El domicilio que se señale en el **Anexo Número 8 (ocho)** de las presentes bases, será aquel en el que el licitante pueda recibir todo tipo de notificaciones y documentos que resulten, además de las notificaciones que se realicen a través de COMPRA NET.

**7.3. Previo a la Firma Del Contrato:**

Conforme a lo previsto en el artículo 35, fracciones I y II del Reglamento de la Ley, el licitante que resulte adjudicado, deberá presentar para su cotejo, original o copia certificada de los siguientes documentos:

* Tratándose de personas morales, testimonio de la escritura pública en la que conste que fue constituida conforme a las leyes mexicanas y que tiene su domicilio en el territorio nacional.
* Tratándose de personas físicas, copia certificada del acta de nacimiento o, en su caso, carta de naturalización respectiva, expedida por la autoridad competente, así como la documentación con la que acredite tener su domicilio legal en el territorio nacional.

**7.4. En la firma del contrato.**

El licitante ganador, en tratándose de personas morales, deberá presentar copia simple y original o copia certificada, para su cotejo, de los documentos con los que se acredite su existencia legal y las facultades de su representante para suscribir el contrato correspondiente, y copia legible de su cédula del Registro Federal de Contribuyentes. En el caso de personas físicas, deberá presentar copia legible de su cédula del Registro Federal de Contribuyentes, así como identificación vigente y copia simple de la misma (pasaporte, cartilla del servicio militar nacional o credencial para votar con fotografía).

**8. ACREDITACIÓN DE ENCONTRARSE AL CORRIENTE DE SUS OBLIGACIONES FISCALES.**

El (los) licitante(s) que resulte(n) ganador(es) y cuyo monto del contrato sea superior a $300,000.00, sin incluir el Impuesto al Valor Agregado (IVA); preferentemente dentro de los tres días hábiles posteriores a la fecha en que se tenga conocimiento del fallo o adjudicación del contrato, deberá(n) realizar la solicitud de opinión ante el Sistema de Administración Tributaria (SAT), relacionada con el cumplimiento de sus obligaciones fiscales en los términos que establece la fracción I de la Regla I.2.1.16 de la Resolución Miscelánea Fiscal para 2012, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 28 de diciembre de 2011, de conformidad con lo previsto en el artículo 32D, del Código Fiscal de la Federación.

En la solicitud de opinión a que hace referencia la fracción I de la Regla en cuestión, el (los) licitante(s) ganador(es) deberán señalar los siguientes correos electrónicos [oscar.reynal@imss.gob.mx](mailto:oscar.reynal@imss.gob.mx) y [juan.mercadoo@imss.gob.mx](mailto:juan.mercadoo@imss.gob.mx), a efecto del que el SAT envíe el “acuse de respuesta” que se emitirá en atención a su solicitud de opinión.

**(Previo a la formalización del contrato)**

Previo a la suscripción del contrato, el licitante ganador deberá presentar el acuse de recepción con el que compruebe la realización de la consulta de opinión ante el SAT, relacionada con el cumplimiento de sus obligaciones fiscales, en los términos que establece la fracción I, de la Regla I.2.1.16 de la Miscelánea Fiscal.

Para el caso de que el licitante ganador vaya a celebrar dos o más contratos derivados del presente procedimiento licitatorio, previo a la suscripción de cada instrumento jurídico y por cada uno de éstos, deberá presentar el escrito al que se hace referencia en el párrafo anterior, con el que compruebe que realizó la solicitud de opinión ante el SAT, en términos de la fracción I de la Regla I.2.1.16 de la Resolución Miscelánea Fiscal para 2012, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 28 de Diciembre de 2011, de conformidad con lo previsto en el artículo 32D, del Código Fiscal de la Federación.

En tratándose de proposiciones conjuntas, presentadas en términos del artículo 34 de la LAASSP, se deberá presentar “un acuse de recepción” con el que se compruebe que se realizó la solicitud de opinión ante el SAT, por cada uno de los participantes en dicha proposición.

En el supuesto de que el Instituto, previo a la formalización del contrato o pedido, como resultado de la consulta en el Portal del SAT detecte que la opinión es en sentido negativo sobre las obligaciones fiscales de la persona física o moral que resultó adjudicada, deberá de abstenerse de formalizar y procederá a remitir a la Secretaría de la Función Pública (SFP) la documentación de los hechos presumiblemente constitutivos de infracción por la falta de la formalización del contrato o pedido, por causas imputables al licitante al que le fue adjudicado.

**(Una vez formalizado el contrato)**

En el supuesto de que el SAT emita respuesta en sentido negativo o desfavorable para el (los) proveedor(es) con quien ya se haya formalizado el (los) contrato(s) derivado(s) de la presente licitación, sobre el cumplimiento de las obligaciones fiscales, dicha persona y el Instituto cumplirán el instrumento hasta su terminación, por lo que la presunta omisión en el cumplimiento de sus obligaciones fiscales no será motivo para retener pagos debidamente devengados por el proveedor o contratista, ni para terminar anticipadamente o rescindir administrativamente el contrato o pedido.

**9. CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LAS PROPOSICIONES Y ADJUDICACION DE LOS CONTRATOS.**

Los criterios que se aplicarán para evaluar las proposiciones, se basarán en la información documental presentada por los licitantes conforme al **Anexo Número 7 (siete)**, el cual forma parte de las presentes bases, observando para ello lo previsto en el artículo 36 en lo relativo al criterio binario y 36Bis, fracción II, de la LAASSP.

La evaluación se realizará comparando entre sí, en forma equivalente, todas las condiciones ofrecidas explícitamente por los licitantes.

No serán objeto de evaluación, las condiciones establecidas por la convocante, que tengan como propósito facilitar la presentación de las proposiciones y agilizar los actos de la licitación, así como cualquier otro requisito cuyo incumplimiento, por sí mismo, no afecte la solvencia de las proposiciones.

En tratándose de los documentos o manifiestos presentados bajo protesta de decir verdad, de conformidad con lo previsto en el artículo 39, penúltimo párrafo del Reglamento de la LAASSP, se verificará que dichos documentos cumplan con los requisitos solicitados

No se considerarán las proposiciones, cuando no cotice la totalidad del servicio requerido.

Se Asignará el 100% de los servicios incluidos en cada **PARTIDA** cotizada, al proveedor que proponga el importe global más bajo y que cumpla con las técnicas y legales.

Se entenderá como propuesta solvente más baja, aquella que cotice todos los renglones por partida y que una vez sumado todos éstos resulte ser el importe total más bajo.

**9.1. EVALUACIÓN DE LAS PROPOSICIONES TÉCNICAS.**

Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 36, de la LAASSP, **se procederá a evaluar técnicamente al menos las dos proposiciones cuyo precio resulte ser más bajo**, de no resultar éstas solventes, se procederá a la evaluación de las que le sigan en precio.

Para efectos de la evaluación, se tomarán en consideración los criterios siguientes:

* Se verificará que incluyan la información, los documentos y los requisitos solicitados en las bases.
* Se verificará documentalmente que el servicio ofertado, cumpla con las especificaciones técnicas y requisitos solicitados en estas bases, así como con aquellos que resulten de la junta de aclaraciones.
* Se verificará la congruencia de los catálogos e instructivos que presenten los licitantes con lo ofertado en la proposición técnica.
* Se verificará el cumplimiento de la proposición técnica, conforme a los requisitos establecidos en el numeral 6, 6.1, 6.2 y 6.3 de las bases de esta Convocatoria.

**9.1.1 VISITAS EN INSTALACIONES**

Se requiere realizar visita de manera documentada, mediante personal que será designado por el Jefe de Servicios Médicos Delegacionales.

Se realizara visita posterior a la presentación de proposiciones técnico-económicas, designada por el jefe de prestaciones médicas, a fin de valorar la capacidad de instalación física, mobiliario y equipamiento de los aparatos y equipos utilizados para la prestación de los servicios, visita en la cual se demostrara además el funcionamiento de los mismos.

Proceso que se realizara acta de hechos como constancia de la visita realizada en cumplimiento a los requerimientos solicitados .dicha acta deberá ser firmada por ambas partes, misma que forma parte de la evaluación de su propuesta para la emisión del fallo del procedimiento de contratación

Igualmente en caso que se determine por el Jefe de prestaciones Médicas se podrá realizar visita previa al fallo y durante la vigencia del contrato de manera documentada, mediante personal que será designado por el Jefe de Servicios Médicos Delegacionales, si se requiere efectuar visitas a las instalaciones de los licitantes**,** a efecto de conocer que los mismos cumplan con los aspectos señalados de manera objetiva y puntual en la Convocatoria.

Así mismo durante la vigencia del contrato se podrán realizar la cantidad de visitas necesarias que determine el Jefe de Servicios Médicos para verificar el cumplimiento de los puntos antes señalados

**9.2. EVALUACIÓN DE LAS PROPOSICIONES ECONÓMICAS.**

Se analizarán los precios ofertados por los licitantes, y las operaciones aritméticas con objeto de verificar el importe total del servicio ofertado, conforme a los datos contenidos en su proposición económica **Anexo Número 9 (nueve)**, de las presentes bases.

Se verificará que las mismas cumplan con los requisitos solicitados en esta convocatoria, analizando los precios y verificando las operaciones aritméticas de los mismos; en el caso de que las proposiciones económicas presentaren errores de cálculo, sólo habrá lugar a su rectificación por parte de la convocante, cuando la corrección no implique la modificación de precios unitarios. En caso de discrepancia entre las cantidades escritas con letra y con número, prevalecerá la cantidad con letra, por lo que de presentarse errores en las cantidades o volúmenes solicitados, éstos podrán corregirse.

Las correcciones se harán constar, si el licitante no acepta la corrección de la propuesta, se desechará(n) la(s) partida(s) que sea(n) afectada(s) por el error. (Artículo 55 del Reglamento de la Ley).

**9.3. CRITERIOS DE ADJUDICACIÓN DE LOS CONTRATOS.**

El contrato será adjudicado al licitante cuya oferta resulte solvente porque cumple, conforme a los criterios de evaluación establecidos, con los requisitos legales, técnicos y económicos de las presentes bases y que garanticen el cumplimiento de las obligaciones respectivas.

Si resultare que dos o más proposiciones son solventes porque satisfacen la totalidad de los requerimientos solicitados por la convocante, el contrato se adjudicará a quien presente la proposición cuyo precio sea el más bajo, siempre y cuando éste resulte conveniente. Los precios ofertados que se encuentren por debajo del precio conveniente, podrán ser desechados por la convocante.

De no actualizarse los supuestos de los párrafos anteriores; y, en caso de subsistir el empate entre empresas de la misma estratificación, o no haber empresas del sector antes señalado, y el empate se diera entre licitantes que no tienen el carácter de MIPYMES, se realizará la adjudicación del contrato a favor del licitante que resulte ganador del sorteo por insaculación, conforme a los artículos 36 Bis de la LAASSP y 54 del Reglamento.

En el caso de las proposiciones presentadas por medios electrónicos, el sorteo por insaculación se realizará a través de COMPRANET, conforme a las disposiciones administrativas que emita la SFP:

**10. CAUSAS DE DESECHAMIENTO.**

Se desecharán las proposiciones de los licitantes que incurran en uno o varios de los siguientes supuestos:

* + - 1. Que no cumplan con alguno de los requisitos establecidos en esta Convocatoria contenidos en los numerales 6, 6.1, 6.2 y 6.3., y sus anexos, así como los que se deriven del Acto de la Junta de Aclaraciones y, que con motivo de dicho incumplimiento se afecte la solvencia de la proposición.

* + - 1. Cuando se compruebe que tienen acuerdo con otros licitantes para elevar el costo del servicio solicitado o bien, cualquier otro acuerdo que tenga como fin obtener una ventaja sobre los demás licitantes.
      2. Cuando incurran en cualquier violación a las disposiciones de la LAASSP, a su Reglamento o a cualquier otro ordenamiento legal o normativo vinculado con este procedimiento.
      3. Cuando no cotice la totalidad del servicio requerido.
      4. Cuando no presente uno o más de los escritos o manifiestos solicitados con carácter de “bajo protesta de decir verdad”, solicitados en las presentes bases u omita la leyenda requerida.
      5. Cuando proporcionen información o documentación falsa y/o alterada o se le detecten irregularidades.
      6. Cuando el licitante se encuentre en alguno de los supuestos establecidos en el artículo 50 de la Ley.
      7. Cuando presente más de una propuesta en la licitación
      8. Cuando el Anexo Número 9 (nueve) sea modificado en el contenido de la descripción de la partida o renglones a ofertar.
      9. Que como resultado de las visitas de verificación no se cumpla con la NOM solicitada para cada partida.

**11. COMUNICACIÓN DEL FALLO:**

a). Por tratarse de un procedimiento de contratación realizado de conformidad con lo previsto en el artículo 26Bis, fracción III de la LAASSP, el acto de fallo se dará a conocer en junta pública y a los licitantes que hayan presentado proposiciones y que libremente hayan asistido al acto, se les entregará copia del mismo, levantándose el acta respectiva. Asimismo, el contenido del fallo se difundirá a través de COMPRA NET. A los licitantes que no hayan asistido al presente acto, se les enviará por correo electrónico el aviso de publicación en este medio.

b). Con fundamento en el artículo 37 de la LAASSP, con la notificación del fallo antes señalado, por el que se adjudicará el (los) contrato (s), las obligaciones derivadas de este (s), serán exigibles, sin perjuicio de la obligación de las partes de firmarlo en los términos señalados en el fallo y la fecha indicada en el numeral 12.2. de la presente convocatoria.

Las actas de las juntas de aclaraciones, del acto de presentación y apertura de proposiciones y de la junta pública en la que se dé a conocer el fallo serán firmadas por los licitantes que hubieran asistido, sin que la falta de firma de alguno de ellos reste validez o efectos a las mismas, de las cuales se podrá entregar una copia a dichos asistentes y, se pondrán al finalizar los actos a disposición de los licitantes que no hayan asistido, en el tablero de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, ubicada en Ave. Carolina Villanueva de García Núm. 314, Colonia Cd. Industrial, C.P. 20290 Aguascalientes Ags., por un término no menor a 5 días hábiles.

* Asimismo, se difundirá un ejemplar de dichas actas en COMPRA NET para efectos de notificación a los licitantes que hayan participado a través de COMPRA NET y a los que no hayan asistido al (los) acto(s), en el entendido de que este procedimiento sustituye el de notificación personal.
* Independientemente de lo anterior, el contenido de dichas actas podrá ser consultado en el portal de transparencia “IMSS va a comprar” - “IMSS compró”.

**12. MODELO DE CONTRATO.**

Con fundamento en el artículo 29, fracción XVI de la LAASSP, se adjunta como **Anexo Número 11 (once)**,el modelo del contrato abierto que será empleado para formalizar los derechos y obligaciones que se deriven de la presente licitación, el cual contiene en lo aplicable, los términos y condiciones previstos en el artículo 45, de la LAASSP, mismos que serán obligatorios para el licitante que resulte adjudicado, en el entendido de que su contenido será adecuado, en lo conducente, con motivo de lo determinado en la(s) junta(s) de aclaraciones y a lo que de acuerdo con lo ofertado en la proposición del licitante, le haya sido adjudicado en el fallo.

En caso de discrepancia, en el contenido del contrato en relación con el de la presente convocatoria, prevalecerá lo estipulado en esta última, así como el resultado de las juntas de aclaraciones.

Las cantidades mínimas y máximas por cada una de las partidas, objeto de esta licitación, se detallan en el **Anexo Número 1 (uno)**, el cual forma parte de las presentes bases.

**12.1. PERÍODO DE CONTRATACIÓN.**

El (los) contrato(s) que, en su caso, sea(n) formalizado(s) con motivo de este procedimiento de contratación será(n) de carácter anual y contará(n) con un período de vigencia del 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2015.

**12.2 FIRMA DEL CONTRATO:**

Con fundamento en el artículo 46 de la LAASSP, el contrato se firmará el día 17 de Diciembre de 2014, *(dentro de los quince días naturales siguientes a la notificación del fallo).*

Si el licitante a quien se le hubiere adjudicado contrato, por causas imputables a él, no formaliza el mismo en la fecha señalada en el párrafo anterior, se estará a lo previsto en el segundo párrafo del artículo 46 de la LAASSP y, se dará aviso a la Secretaria de la Función Pública (SFP), para que resuelva lo procedente en términos del artículo 59 de la LAASSP.

*En la fecha que se formalice el contrato, el licitante que resulte adjudicado deberá presentar original o copia certificada para su cotejo del Certificado que acredite el cumplimiento con la Norma Oficial Mexicana, Norma Mexicana, Norma Internacional o especificación técnica aplicable, expedido por un organismo de certificación acreditado por la EMA.*

En caso de no presentar el documento señalado a la formalización del contrato, se considerará que éste no se formalizó por causa imputable al licitante. }

***NOTA: (En tratándose de licitantes acreditados como MIPYMES, en caso de resultar adjudicados, deberán presentar):***

* Copia de última declaración anual de impuestos.
* Constancia del último pago de cuotas obrero patronales al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

**13. PENAS CONVENCIONALES Y DEDUCTIVAS**

**13.1 Penas Convencionales por atraso en la prestación del servicio.**

El Instituto aplicará una pena convencional por cada día de atraso en la prestación del servicio y/o entrega de resultados, por el equivalente al **2.5% (dos punto cinco por ciento)**, sobre el valor total, sin incluir el IVA, en el supuesto siguiente: (considerar la unidad de medida del servicio, con objeto de cuantificar el monto del servicio prestado con atraso).

* Cuando el proveedor no preste el servicio que se le haya requerido dentro del plazo señalado, o en el programa establecido de las presentes bases, considerándose este plazo como entrega oportuna, y un máximo de cuatro días con atraso.

La pena convencional por atraso, se calculará por cada día de atraso, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, que es del **2.5% (dos punto cinco por ciento),** aplicado al valor de los Servicios con atraso, y de manera proporcional al importe de la garantía de cumplimiento que corresponda a la partida. La suma de las penas convencionales no deberá exceder el importe de dicha garantía.

**"EL PROVEEDOR"** a su vez, autoriza a **"EL INSTITUTO"** a descontar las cantidades que resulten de aplicar la pena convencional señalada en el párrafo anterior, sobre los pagos que deberá cubrir a **"EL PROVEEDOR"**.

Cuando el Servicio solicitado no sea realizado en su totalidad, la aplicación de la pena convencional, corresponderá al total de la garantía de cumplimiento***.***

Conforme a lo previsto en el penúltimo párrafo del artículo 96, del Reglamento de la Ley, sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 53, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, en ningún caso se aceptará la estipulación de penas convencionales, ni intereses moratorios a cargo de **"EL INSTITUTO".**

**13.2 Deducciones Al Pago**

De conformidad con el artículo 53 Bis de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicio del Sector Público. **“EL INSTITUTO”,** podrá aplicar deducciones al pago de servicios con motivo del incumplimiento parcial o deficiente en que pudiera incurrir **“EL PROVEEDOR”,** respecto de las partidas o conceptos que integran el contrato, las cuales no excederán del monto de la garantía de cumplimiento establecida en el mismo.

Dichas deductivas serán determinadas en función de los servicios no prestados oportunamente y deberán ser calculadas de acuerdo a lo establecido en los artículos, 53 Bis de la Ley citada, 97 de su Reglamento y 4.3.3 del Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

No excederán del monto de la garantía de cumplimiento del contrato, el cual de conformidad con las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de **“EL INSTITUTO”** en el numeral número 82 establece que el límite será hasta del 10% (diez por ciento), del monto total o máximo de éste.

Se deberán determinar en función de los servicios no entregados o prestados oportunamente.

Dichas deducciones deberán calcularse hasta la fecha en que materialmente se cumpla la obligación y sin que cada concepto de deducciones exceda a la parte proporcional de la garantía de cumplimiento que le corresponda del monto total del contrato.

Los montos a deducir se deberán aplicar en la factura que el proveedor presente para su cobro, inmediatamente después de que el Área requirente tenga cuantificada la deducción correspondiente.

Cuando **“EL PROVEEDOR”** solicite la rescisión del contrato ante la autoridad judicial federal y obtenga la declaración correspondiente al artículo 98 del Reglamento de la Ley.

Cuando durante la vigencia del contrato o la garantía de cumplimiento reciba comunicado por parte de la COFEPRIS, de que ha sido sancionado el proveedor o se le ha revocado el Registro Sanitario.

Cuando la deductiva al pago de servicios, por incumplimiento parcial o cumplimiento deficiente, respecto de las partidas o conceptos que integran el contrato hayan llegado al límite del 10% (diez por ciento) del monto total o máximo del mismo

**Las deductivas al pago se realizarán por los siguientes conceptos:**

1.- Para el caso de la Partida 1 Pruebas Psicológicas, se aplicara una deductiva correspondiente al 10% del estudio, cuando a solicitud del médico tratante el reporte carezca de diagnóstico y pronostico, para emitir un dictamen; asimismo se hará de conocimiento al **“EL PROVEEDOR”** por escrito por parte del Administrador del Contrato.

2.- **“EL PROVEEDOR”** se hará acreedor a una deductiva del 10% del valor del tratamiento, cuando en referencia a las partidas 1 Pruebas Psicológicas, Partida 11 Terapia física y rehabilitación y Electromiografía y Partida 12 Estudios Otoneurologicos y Audiometrías, en el supuesto de entregar los resultados directamente al paciente, toda vez que los resultados deben ser entregados en la Coordinación Delegacional de Salud en el Trabajo aplicando para la partida 1 Pruebas Psicológicas y para las partidas 11 Terapia física y rehabilitación y Electromiografía y Partida 12 Estudios Otoneurologicos y Audiometrías a la Dirección Médica de los Hospitales respectivamente.

**3. “EL PROVEEDOR”** deberá entregar nota de valoración inicial y posterior a su alta describiendo el estado actual del paciente y su capacidad residual funcional así como sus limitaciones físicas en el momento del alta, considerando el tiempo de respuesta para informar a la subdirección médica del hospital correspondiente con máximo en 72 horas en que se da de alta al paciente para estar enterados del estado del mismo, de lo contrario se aplicara una deductiva correspondiente al 10% del resultado de los tratamientos no entregados, asimismo se hará de conocimiento al **“EL PROVEEDOR”** por escrito por parte del Administrador del Contrato

4. Cuando el Derechohabiente presente una queja por escrito de no atención, deficiente atención y maltrato por parte del **PROVEEDOR** del servicio, se aplicará una deducción del 10% con respecto al valor del servicio otorgado, asimismo se hará de conocimiento al **“EL PROVEEDOR”** por escrito por parte del Administrador del Contrato.

**14. RESCISION ADMINISTRATIVA**

“EL INSTITUTO” podrá rescindir administrativamente el presente contrato en cualquier momento, cuando “EL PROVEEDOR” incurra en incumplimiento de cualquiera de las obligaciones a su cargo de conformidad con el procedimiento previsto en el artículo 54 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, “EL INSTITUTO” podrá suspender el trámite del procedimiento de rescisión, cuando se hubiera iniciado un procedimiento de conciliación respecto del contrato materia de la rescisión.

**14.1 CAUSAS DE RESCISION ADMINISTRATIVA**

* 1. Cuando no entregue la garantía de cumplimiento del contrato, dentro del término de 10 (diez) días naturales posteriores a la firma del mismo.
  2. Cuando “EL PROVEEDOR” incurra en falta de veracidad total o parcial respecto a la información proporcionada para la celebración del contrato.
  3. Cuando se incumpla, total o parcialmente, con cualesquiera de las obligaciones establecidas en el contrato y sus anexos.
  4. Cuando se compruebe que “EL PROVEEDOR” haya prestado el servicio con alcances o características distintas a las aceptadas en esta licitación.
  5. Cuando se transmitan total o parcialmente, bajo cualquier título, los derechos y obligaciones a que se refieren la presente convocatoria, con excepción de los derechos de cobro, previa autorización de “EL INSTITUTO”.
  6. Si la autoridad competente declara el concurso mercantil o cualquier situación análoga o equivalente que afecte el patrimonio de “EL PROVEEDOR”.

**15. GARANTÍAS**

**15.1 GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.**

Se establecerá como lapso 3 días hábiles en caso de reporte por parte del derechohabiente ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, la deficiente prestación de servicio o vicios ocultos que se pudieran presentar ante el derechohabiente, y en caso de ver afectada la salud o desarrollado enfermedad crónica por la equivocada aplicación de tratamiento, será responsabilidad total del proveedor, misma que deberá garantizar con la presentación de póliza de responsabilidad civil.

Ambas partes son conformes en asumir la responsabilidad que les fuese imputada y sea debidamente acreditada, a juicio de expertos médicos que de acuerdo al case sean designados por ambas partes que así lo suscriben mediante dictamen médico cuando con motivo de la presentación de los servicios se cause daño en su persona a los derechohabientes de “EL INSTITUTO” remitidos al “SUBROGATARIO”

El subrogatario deberá comprometerse a cubrir las cantidades que se determinen por algún tipo de indemnización. El INSTITUTO con el SUBROGATARIO convendrán que los procedimientos que por su riesgo presentaran algún incidente y/o accidente y que pongan en peligro la vida del paciente, motivo que obligué a tomar decisiones de resolución inmediata, tendrá la libertad en toma de decisiones para su resolución.

En el caso de que el paciente subrogado fallezca durante la realización de algún estudio y/o cirugía se pretende imputar responsabilidad alguna de las partes para efecto de su determinación, se estará a lo que establezca mediante resolución firme a la autoridad jurisdiccional competente.

El licitante ganador, para garantizar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato adjudicado, deberá presentar fianza expedida por afianzadora debidamente constituida en términos de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas, por un importe equivalente al 10% (diez por ciento) del monto total del contrato, a erogar en el ejercicio fiscal de que se trate y deberá ser renovada cada ejercicio por el monto a erogar en el mismo, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado, a favor del Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme al **Anexo Número 12 (doce**). (En tratándose de contratos abiertos, deberá señalarse que el porcentaje de la garantía será sobre el ***(monto máximo del contrato).***

La garantía de cumplimiento a las obligaciones del contrato se liberará mediante autorización por escrito por parte del Instituto en forma inmediata, siempre y cuando el proveedor haya cumplido a satisfacción del Instituto, con todas las obligaciones contractuales.

No obstante lo anterior, en el supuesto de que el monto del contrato adjudicado sea igual o menor a 600 días de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, el licitante ganador podrá presentar la garantía de cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el contrato, mediante cheque certificado, por un importe equivalente al 10% (diez por ciento), del monto total o máximo del contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado, a favor del Instituto, de acuerdo con el procedimiento siguiente:

1. El cheque debe expedirse a nombre del Instituto Mexicano del Seguro Social.
2. Dicho cheque deberá ser resguardado, a título de garantía, en la Oficina de Contratos de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento.
3. El cheque será devuelto a más tardar el segundo día hábil posterior a que el Instituto constate el cumplimiento del contrato. En este caso, la verificación del cumplimiento del contrato por parte del Instituto deberá hacerse a más tardar el tercer día hábil posterior a aquél en que el proveedor de aviso de de que el servicio fue prestado de conformidad.

Esta garantía deberá presentarse a más tardar, dentro de los diez días naturales siguientes a la fecha de firma del contrato, en términos del artículo 48 de la Ley.

**16. INCONFORMIDADES.**

De conformidad con lo dispuesto en artículo 66 de la LAASSP, los licitantes podrán interponer inconformidad ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), o a través de la dirección de: [compranet@funcionpublica.gob.mx](mailto:compranet@funcionpublica.gob.mx), por actos del procedimiento de contratación que contravengan las disposiciones que rigen las materias objeto del mencionado ordenamiento, presentándola directamente en el Área de Responsabilidades, en días hábiles, dentro del horario de 9:00 a 15:00 horas, cuyas oficinas se ubican en:

Avenida Revolución Número 1586,

Colonia San Ángel,

Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01000,

México D.F.

**16. ANEXOS.**

| **A N E X O** | **D E S C R I P C I O N** | |
| --- | --- | --- |
| Anexo Número 1 | Requerimiento |
| *Anexo Numero 1 A* | Descripción Genérica Naturaleza Del Servicio |
| Anexo Numero 1 B | Requisitos De Contratación Servicios Médicos Subrogados 2015 |
| Anexo Numero 1 C (Uno C) | Partida 10 Estudios Especiales De Laboratorio |
| Anexo Numero 1 D (Uno D) | Estudios De Medicina Nuclear |
| Anexo Numero 1 E (Uno E) | El Requisito De Certificación Del Consejo De Salubridad General A Los Servicios Médicos Hospitalarios Privados |
| *Anexo Numero 2 (Dos)* | Solicitud De Aclaraciones A La Convocatoria |
| *Anexo Numero 3 (Tres)* | Modelo De Convenio De Participación Conjunta |
| *Anexo Numero 4 (Cuatro)* | Formato De Carta Relativa Al Punto 6 Inciso A |
| *Anexo Numero 5 (Cinco)* | Formato De Carta Relativa Al Punto 6 Inciso B |
| *Anexo Numero 6 (Seis)* | Formato Para La Manifestación Que Deberán Presentar Las MIPYME |
| *Anexo Numero7 (Siete)* | Documentación Propuesta Técnica |
| *Anexo Numero 8 (Ocho)* | Acreditación Legal |
| *Anexo Numero 9 (Nueve)* | Cotización De Servicio O Partida |
| *Anexo Numero 10 (Diez)* | Plazo, Lugar Y Condiciones Del Servicio |
| *Anexo Numero 11 (Once)* | Formato De Contrato De Prestación De Servicio |
| *Anexo Numero 12 (Doce)* | Formato Para Fianza De Cumplimiento De Contrato |

**ANEXO NÚMERO 1 (UNO)**

**REQUERIMIENTO.**

| **PARTIDA** | **DESCRIPCION DEL SERVICIO Y/O ESTUDIO** | **UNIDAD** | **CUENTA** | **HGZ 2** | | **HGZ 1** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MAXIMO SIN IVA** | **MINIMO SIN IVA** | **MAXIMO SIN IVA** | **MINIMO SIN IVA** |
| 1 | PRUEBAS PSICOLÓGICAS | EXAMEN | 42062101 | 265,517.24 | 106,206.90 | 300,000.00 | 120,000.00 |
| 2 | PLASMAFERESIS | TRATAMIENTO | 42062101 | 349,860.00 | 139,944.00 | 400,000.00 | 160,000.00 |
| 3 | TAC CORPORAL SIN MEDIO DE CONTRASTE | ESTUDIO | 42062106 | 400,000.00 | 160,000.00 | 400,000.00 | 160,000.00 |
| TAC CORPORAL CON MEDIO DE CONTRASTE | ESTUDIO | 42062106 |
| TAC CORPORAL CON MEDIO DE CONTRASTE Y CON ANESTESIA | ESTUDIO | 42062106 |
| TAC CORPORAL SIN MEDIO DE CONTRASTE Y CON ANESTESIA | ESTUDIO | 42062106 |
| TOMOGRAFIA DE CRANEO CON RECONSTRUCCION EN 3D | ESTUDIO | 42062106 |
| TOMOGRAFIA DE CRANEO CON RECONSTRUCCION EN 3D CON ANESTESIA | ESTUDIO | 42062106 |
| TOMOGRAFIA DE CRANEO CON RECONSTRUCCION EN 3D CON ANESTESIA Y MEDIO DE CONTRASTRE | ESTUDIO | 42062106 |
| ANGIOTOMOGRAFÍA | ESTUDIO | 42062106 |
| 3-A | RESONANCIA MAGNETICA DE ENCEFALO CON MEDIO DE CONTRATE | ESTUDIO | 42062106 | 2,500,000.00 | 1,000,000.00 | 2,300,000.00 | 920,000.00 |
| RESONANCIA MAGNETICA DE ENCEFALO CON ANESTESIA | ESTUDIO | 42062106 |
| RESONANCIA MAGNETICA DE ENCEFALO CON ANESTESIA Y MEDIO DE CONTRASTE | ESTUDIO | 42062106 |
| RESONANCIA MAGNETICA SIMPLE | ESTUDIO | 42062106 |
| RESONANCIA MAGNETICA CON MEDIO DE CONTRASTE | ESTUDIO | 42062106 |
| RESONANCIA MAGNETICA CON ANESTESIA | ESTUDIO | 42062106 |
| RESONANCIA MAGNETICA DE UNION DORSO LUMBAR SIMPLE | ESTUDIO | 42062106 |
| RESONANCIA MAGNETICA DE UNION DORSO LUMBAR CON ANESTESIA | ESTUDIO | 42062106 |
| RESONANCIA MAGNETICA DE UNION DORSO LUMBAR CON MEDIO DE CONTRASTE | ESTUDIO | 42062106 |
| RESONANCIA MAGNETICA DE UNION DORSO LUMBAR CON ANESTESIA Y MEDIO DE CONTRASTE | ESTUDIO | 42062106 |
| RESONANCIA MAGNETICA CON CONTRASTE Y CON ANESTESIA | ESTUDIO | 42062106 |
| ANGIORESONANCIA MAGNETICA SIN ANESTECIA | ESTUDIO | 42062106 |
| ANGIORESONANCIA MAGNETICA CON ANESTECIA | ESTUDIO | 42062106 |
| 4 | DENSITOMETRIA OSEA | ESTUDIO | 42062106 | 50,000.00 | 20,000.00 | 20,000.00 | 8,000.00 |
| 5 | **USG DOOPLER (UROLOGIA) RENAL, INJERTO RENAL, PENE** |  |  | 140,000.00 | 48,000.00 | 86,208.06 | 34,483.22 |
| USG DOOPLER RENAL | ESTUDIO | 42062106 |
| **USG DOOPLER INJERTO RENAL** | ESTUDIO | 42062106 |
| USG DOOPLER PENE | ESTUDIO | 42062106 |
| 6 | **USG DOOPLER (ANGIOLOGIA) ARTERIAL MIEMBRO SUPERIOR, ARTERIAL MIEMBRO INFERIOR, CAROTIDEO, AORTA ABDOMINAL, PORTAL, VENOSO MIEMBRO SUPERIOR, VENOSO MIEMBRO INFERIOR,** |  |  | 550,000.00 | 220,000.00 | 86,208.06 | 34,483.22 |
| USG DOOPLER ARTERIAL MIEMBROS SUPERIOR | ESTUDIO | 42062106 |
| USG DOOPLER ARTERIAL MIEMBRO INFERIOR | ESTUDIO | 42062106 |
| USG DOOPLER CAROTIDEO | ESTUDIO | 42062106 |
| USG DOOPLER AORTA ABDOMINAL | ESTUDIO | 42062106 |
| USG DOOPLER PORTAL | ESTUDIO | 42062106 |
| USG DOOPLER VENOSO MIEMBRO SUPERIOR | ESTUDIO | 42062106 |
| USG DOOPLER VENOSO MIEMBRO INFERIOR | ESTUDIO | 42062106 |
| 7 | **US. PARTES BLANDAS, OBSTETRICO , ABDOMEN, HIGADO, RENAL, VIAS BILIARES, HISTEROSALPINGOGRAFIA** |  |  | 350,000.00 | 140,000.00 | 60,000.00 | 24,000.00 |
| USG PARTES BLANDAS | ESTUDIO | 42062106 |
| USG OBSTETRICO | ESTUDIO | 42062106 |
| USG ABDOMEN | ESTUDIO | 42062106 |
| USG HIGADO | ESTUDIO | 42062106 |
| USG RENAL | ESTUDIO | 42062106 |
| HISTEROSALPINGOGRAFIA | ESTUDIO | 42062106 |
| USG VIAS BILIARES | ESTUDIO | 42062106 |
| 8 | MANOMETRIAS ESOFAGICAS | ESTUDIO | 42062106 | 400,000.00 | 160,000.00 | 500,000.00 | 200,000.00 |
| MANOMETRIAS ESOFAGICAS CON IMPEDANCIA | ESTUDIO | 42062106 |
| PHMETRIA | ESTUDIO | 42062106 |
| 9 | YAG LASER | TRATAMIENTO | 42062106 | 770,000.00 | 308,000.00 | 500,000.00 | 200,000.00 |
| TAC OPTICA COHERENTE DE MACULA Y NERVIO OPTICO | ESTUDIO | 42062106 |
| CAMPIMETRÍA | ESTUDIO | 42062106 |
| US OCULAR MODO B | ESTUDIO | 42062106 |
| FLUORANGIOGRAFÍA RETINIANA | ESTUDIO | 42062106 |
| 10 | ESTUDIOS ESPECIALES DE LABORATORIO | ESTUDIO | 42062106 | 600,000.00 | 240,000.00 | 400,000.00 | 160,000.00 |
| 11 | TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | TRATAMIENTO | 42062106 | 800,000.00 | 320,000.00 | 250,000.00 | 100,000.00 |
| ELECTROMIOGRAFIAS | TRATAMIENTO | 42062106 |
| 12 | ESTUDIOS OTONEUROLÓGICOS | TRATAMIENTO | 42062106 | 258,620.69 | 103,448.28 | 300,000.00 | 120,000.00 |
| AUDIOMETRÍAS | ESTUDIO | 42062106 |
| TIMPANOMETRIA | ESTUDIO | 42062106 |
| POTENCIALES EVOCADOS SOMATO SENSORIALES | ESTUDIO | 42062106 |
| POTENCIALES EVOCADOS VISUALES | ESTUDIO | 42062106 |
| PRUEBA DE ESTIMULACION REPETITIVA DEL NERVIO PERIFERICO | ESTUDIO | 42062106 |
| POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS | ESTUDIO | 42062106 |
| 13 | APOYO MECÁNICO VENTILATORIO POR DIA | ESTUDIO | 42062106 | 550,000.00 | 220,000.00 | 500,000.00 | 200,000.00 |
| 14 | ESTUDIOS ENDOSCOPICOS ESPECIALES |  |  | 700,000.00 | 280,000.00 | 850,000.00 | 340,000.00 |
| CPRE SIMPLE | TRATAMIENTO | 42062106 |
| CPRE CON PROTESIS BILIAR | TRATAMIENTO | 42062106 |
| 15 | COLONOSCOPIAS | ESTUDIO | 42062106 | 350,000.00 | 140,000.00 | 100,000.00 | 40,000.00 |
| COLONOSCOPIAS CON BIOPSIA | ESTUDIO | 42062106 |
| 16 | ESTUDIOS ENDOSCOPICOS CONVENCIONALES |  |  | 1,300,000.00 | 520,000.00 | 600,000.00 | 240,000.00 |
| ENDOSCOPIAS ALTAS CON ANESTESIA ADULTO | ESTUDIO | 42062106 |
| ENDOSCOPIAS ALTAS SIN ANESTESIA ADULTO | ESTUDIO | 42062106 |
| ENDOSCOPIAS ALTAS PEDIATRICAS SIN ANESTESIA | ESTUDIO | 42062106 |
| ENDOSCOPIA GASTROFAGICA CON DILATACIONES | ESTUDIO | 42062106 |
| ENDOSCOPIA GASTROESOFAGICA CON ESCLEROTERAPIA | ESTUDIO | 42062106 |
| ENDOSCOPIA GASTROESOFAGICA CON LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS | ESTUDIO | 42062106 |
| ENDOSCOPIAS ALTAS PEDIATRICAS CON ANESTESIA | ESTUDIO | 42062106 |
| BRONCOSCOPIA ADULTO Y PEDIATRICO | ESTUDIO | 42062106 |
| 17 | MEDICINA NUCLEAR | ESTUDIO | 42062106 | 1,400,000.00 | 560,000.00 | 1,400,000.00 | 560,000.00 |
| 18 | DOSIMETRIA | ESTUDIO | 42062106 | 80,000.00 | 32,000.00 | 25,006.97 | 10,002.79 |
| 19 | ELECTROENCEFALOGRAMA | ESTUDIO | 42062106 | 350,000.00 | 140,000.00 | 50,000.00 | 20,000.00 |
| ELECTROENCEFALOGRAMA PORTATIL | ESTUDIO | 42062106 |
| 20 | US. DOPPLER COLOR ONCOLOGIA, HEPATICO, Y PORTAL, MAMARIO Y PELVICO | ESTUDIO | 42062106 |  |  | 60,000.00 | 24,000.00 |
| USG DOPLER COLOR ONCOLOGIA | ESTUDIO | 42062106 |
| USG DOOPLER COLOR HEPATICO | ESTUDIO | 42062106 |
| USG DOOPLER COLOR Y PORTAL | ESTUDIO | 42062106 |
| USG DOOPLER COLOR MAMARIO | ESTUDIO | 42062106 |
| USG DOOPLER COLOR PELVICO | ESTUDIO | 42062106 |
| 21 | SERVICIO DE PATOLOGIA (INMUNOHISTOQUIMICO) Y TINCIONES ESPECIALES | ESTUDIO | 42062106 |  |  | 150,000.00 | 60,000.00 |
| 22 | RADIOTERAPIA LINEAL (CONFORMACIONAL) | ESTUDIO | 42062106 |  |  | 700,000.00 | 280,000.00 |
| 23 | ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO | ESTUDIO | 42062106 | 280,000.00 | 112,000.00 | 400,000.00 | 160,000.00 |
| PRUEBA DE ESFUERZO | ESTUDIO | 42062106 |
| REHABILITACION CARDIACA | ESTUDIO | 42062106 |
| ECOCARDIOGRAMA CONVENCIONAL ADULTO Y PEDIATRICO | ESTUDIO | 42062106 |
| HOLTER | ESTUDIO | 42062106 |
| ECOCARDIOGRAMA ADULTO Y PEDIATRICO PORTATIL | ESTUDIO | 42062106 |
| ECOCARDIOGRAMA CON DOBUTAMINA | ESTUDIO | 42062106 |
| 24 | SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL | ESTUDIO | 42062106 | 49,000.00 | 19,600.00 | 40,000.00 | 16,000.00 |
| 25 | TRANSITO INTESTINAL | ESTUDIO | 42062106 | 50,000.00 | 20,000.00 | 40,000.00 | 16,000.00 |
| 26 | COLON POR ENEMA | ESTUDIO | 42062106 | 50,000.00 | 20,000.00 | 40,000.00 | 16,000.00 |
| 27 | TOMOGRAFIA CON EMISION DE POSITRONES (PET) | ESTUDIO | 42062106 |  |  | 300,000.00 | 120,000.00 |
| 28 | FLUOROSCOPIO (ARCO EN C) | ESTUDIO | 42062106 | 300,000.00 | 120,000.00 | 300,000.00 | 120,000.00 |
| 29 | PROCEDIMIENTO DE LITOTRICIA FLEXIBLE CON LASER CON APOYO DE EQUIPO | CIRUGIA | 42062109 |  |  | 400,000.00 | 160,000.00 |
| 30 | CIRUGIA DE NEUROCIRUGIA DE URGENCIA ADULTO Y PEDIATRICO | CIRUGIA | 42062109 | 450,000.00 | 180,000.00 | 350,000.00 | 140,000.00 |
| CIRUGIA DE NEUROCIRUGIA ADULTO Y PEDIATRICO | CIRUGIA | 42062109 |
| VALORACION DE NEUROCIRUGIA URGENCIAS ADULTO Y PEDIATRICO | CONSULTAS | 42062108 | 560,000.00 | 224,000.00 | 30,000.00 | 12,000.00 |
| VALORACION DE NEUROCIRUGIA ADULTO Y PEDIATRICO |
| 31 | CIRUGIA PEDIATRICA HERNIOPLASTIA ABDOMINAL | CIRUGIA | 42062109 | 300,000.00 | 120,000.00 | 60,000.00 | 24,000.00 |
| CIRUGIA PEDIATRICA HERNIOPLASTIA INGUINAL | CIRUGIA | 42062109 |
| CIRUGIA PEDIATRICA INTUSUCEPCION INTESTINAL (VOLVULOS) | CIRUGIA | 42062109 |
| CIRUGIA PEDIATRICA HERNIOPLASTIA UMBILICAL | CIRUGIA | 42062109 |
| CIRUGIA DE HERNIA DIAFRAGMATICA | CIRUGIA | 42062109 |
| CIRUGIA PEDIATRICA GASTROSQUISIS | CIRUGIA | 42062109 |
| CIRUGIA PEDIATRICA FIMOSIS | CIRUGIA | 42062109 |
| CIRUGIA PEDIATRICA CRIPTORQUIDEA | CIRUGIA | 42062109 |
| CIRUGIA PEDIATRICA ORQUIDOPEXIA | CIRUGIA | 42062109 |
| CIRUGIA PEDIATRIACA PILOROPLASTIA | CIRUGIA | 42062109 |
| LAPAROTOMIA EXPLORADORA | CIRUGIA | 42062109 |
| 32 | VALORACION Y CIRUGIA DE OTORRINO URGENTES ADULTO Y PEDIATRICO, TRAUMATISMO NASAL, FRACTURA NASAL, HEMORRAGIAS NASALES DE DIFICIL CONTROL CON COLOCACION DE TAPONAMINTO POSTERIOR, EXTRACCION DE CUERPOS EXTRAÑOS |  |  |  |  |  |  |
| VALORACION DE OTORRINO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIATRICO | CONSULTA | 42062108 | 55,000.00 | 22,000.00 | 15,000.00 | 6,000.00 |
| CIRUGIA DE OTORRINO URGENTES ADULTO Y PEDIATRICO, TRAUMATISMO NASAL, | CIRUGIA | 42062109 | 300,000.00 | 120,000.00 | 100,000.00 | 40,000.00 |
| CIRUGIA DE OTORRINO URGENTES ADULTO Y PEDIATRICO, FRACTURA NASAL, | CIRUGIA | 42062109 |
| CIRUGIA DE OTORRINO URGENTES ADULTO Y PEDIATRICO,HEMORRAGIAS NASALES DE DIFICIL CONTROL CON COLOCACION DE TAPONAMINTO POSTERIOR, | CIRUGIA | 42062109 |
| CIRUGIA DE OTORRINO URGENTES ADULTO Y PEDIATRICO, EXTRACCION DE CUERPOS EXTRAÑOS | CIRUGIA | 42062109 |
| 33 | VALORACION Y CIRUGIA DE OFTALMOLOGIA URGENTE ADULTO Y PEDIATRICOTRAUMATISMO O LESIONES OCULARES DIVERSAS, EXTRACCIÓN CUERPOS EXTRAÑOS EN CORNEAS |  |  |  |  |  |  |
| VALORACION OFTALMOLOGICA DE URGENCIA ADULTO Y PEDIATRICO | CONSULTA | 42062108 | 55,000.00 | 22,000.00 | 15,000.00 | 6,000.00 |
| CIRUGIA DE OFTALMOLOGIA URGENTE ADULTO Y PEDIATRICO TRAUMATISMO O LESIONES OCULARES DIVERSAS, EXTRACCION DE CUERPOS EXTRAÑOS EN CORNEAS | CIRUGIA | 42062109 | 402,931.00 | 161,172.40 | 100,000.00 | 40,000.00 |
| VITRECTOMIAS |
| 34 | CATETERISMO CARDIACO (ANGIOPLASTIA PRIMARIA) CON STEN Y SIN STEN |  |  | 2,000,000.00 | 800,000.00 | 1,200,000.00 | 480,000.00 |
| CATETERISMO CARDIACO | CIRUGIA | 42062109 |
| CATETERISMO CARDIACO CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA CON STEN | CIRUGIA | 42062109 |
| CATETERISMO CARDIACO CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA SIN STEN | CIRUGIA | 42062109 |
| CATETERISMO CARDIACO CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA CON STEN (SOLO STEN) | CIRUGIA | 42062109 |
| 35 | CIRUGIA DE ANGIOLOGIA, ( SAFENOEXCERESIS, LESIONES VASCULARES TRUMATICAS, FISTULA ARTERIOVENOSAS, INSUFICIENCIA ARTERIAL AGUDA, COLOCACION DE CATETER PERMACAT PARA HEMODIALISIS) |  | |  |  | 815,000.00 | 326,000.00 |
| CIRUGIA DE ANGIOLOGIA, ( SAFENOEXCERESIS) | CIRUGIA | 42062109 |
| CIRUGIA DE ANGIOLOGIA (LESIONES VASCULARES TRAUMATICAS) | CIRUGIA | 42062109 |
| CIRUGIA DE ANGIOLOGIA (FISTULA ARTERIOVENOSAS) | CIRUGIA | 42062109 |
| CIRUGIA DE ANGIOLOGIA (INSUFICIENCIA ARTERIAL AGUDA CON STENT) | CIRUGIA | 42062109 |
| CIRUGIA DE ANGILOGIA (COLOCACION DE CATETER PERMACAT PARA HEMODIALISIS) | CIRUGIA | 42062109 |
| CIRUGIA ENDOVASCULAR PERIFERICA CON STEN | CIRUGIA | 42022109 |
| CIRUGIA ENDOVASCULAR PERIFERICA SIN STEN | CIRUGIA | 42022109 |
| VALORACION DE ANGILOGIA DE URGENCIA ADULTO Y PEDIATRICO | CONSULTA | 42062108 |
| 36 | RESECCION PROSTATICA TRANSURETRAL | CIRUGIA | 42062109 |  |  | 800,000.00 | 320,000.00 |
| PIELOLITOTOMIA | CIRUGIA | 42062109 |
| NEFRECTOMIAS | CIRUGIA | 42062109 |
| URETEROLITOTRICIA | CIRUGIA | 42062109 |
| CISTOSCOPIA Y RESECION TRANSURETRALES DE TUMORES DE VEJIGA | CIRUGIA | 42062109 |
| NEFROLITOTRICIA PERCUTANEA NEUMATICO ULTRASONICA LASER Y ELECTROHIDRAULICA | CIRUGIA | 42062109 |
| CIRUGIA UROLOGIA (NEFROS TOMIAS PERCUTANEAS PARA EXTRACCION DE CALCULOS URINARIOS) | CIRUGIA | 42062109 |
| NEFROLITOTOMIA A CIELO ABIERTO | CIRUGIA | 42062109 |
| URETEROSTOMIA | CIRUGIA | 42062109 |
| NEFROLITROTICIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA | CIRUGIA | 42062109 |
| 37 | PROCEDIMIENTO DE TERMOCOAGULACION PARA CONTROL DE DOLOR FACETARIO O DOLOR DISCOGENO CON APOYO DE EQUIPO | PROCEDIMIENTO | 42062106 |  |  | 300,000.00 | 120,000.00 |
| 38 | PROCEDIMIENTO DE VERTEBROPLASTIA CON APOYO DE EQUIPO | PROCEDIMIENTO | 42062106 |  |  | 150,000.00 | 60,000.00 |

| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO NUMERO 1A (UNO A)**  **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** |
| --- | --- |
| **PRUEBAS PSICOLOGICAS**  **(PARTIDA 1)** | LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS SON INSTRUMENTOS EXPERIMENTALES CUYO OBJETIVO ES EVALUAR UNA CARACTERÍSTICA PSICOLÓGICA ESPECÍFICA, O LOS RASGOS GENERALES DE LA PERSONALIDAD DE UN INDIVIDUO. EL COMPORTAMIENTO QUE PROVOCAN LOS REACTIVOS DE LA PRUEBA PUEDE COMPARARSE ESTADÍSTICA O CUALITATIVAMENTE CON EL DE OTROS SUJETOS SOMETIDOS A LA MISMA SITUACIÓN, CON LO CUAL ES POSIBLE CLASIFICAR UN COMPORTAMIENTO DETERMINADO. LAS PRUEBAS DEBEN REPRESENTAR LO MÁS FIELMENTE POSIBLE EL FUNCIONAMIENTO DEL SUJETO EN SITUACIONES REALES Y COTIDIANAS.SE REALIZAN CON CARÁCTER DIAGNOSTICO PARA COMPLEMENTAR LOS DICTÁMENES DE RIESGOS DE TRABAJO, ASÍ COMO LAS PROBABLES SECUELAS PRESENTES O POTENCIALES, ADEMÁS EN CASOS CLÍNICOS PROBLEMA, QUE LLEVAN AL OTORGAMIENTO DE UNA PENSIÓN POR INVALIDEZ, LOS CUALES DEBEN ESTAR SÓLIDAMENTE SUSTENTADOS, TANTO EN LOS RIESGOS DE TRABAJO COMO EN LOS CASOS DE ENFERMEDADES OCUPACIONALES O GENERALES. ESTAS PRUEBAS SON RESPALDADAS ADEMÁS, CON DIAGNÓSTICOS DE ESPECIALIDADES COMO PSIQUIATRÍA, MEDICINA INTERNA Y OTRAS SUBESPECIALIDADES RELACIONADAS. ASÍ MISMO LOS DIAGNÓSTICOS DEBERÁN CORRELACIONARSE DESDE EL PUNTO DE VISTA NEUROPSICOLOGICO.  LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS SE LLEVARAN A CABO DE FORMA PROGRAMADA, DEBIENDO ACUDIR EL PACIENTE POR SUS PROPIOS MEDIOS, AL CONSULTORIO DEL SUBROGATARIO, MISMO QUE DEBERÁ ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD.  EL SUBROGATARIO DEBERÁ REALIZAR LAS SESIONES NECESARIAS HASTA LA CONCLUSION DEL CASO PARA EMITIR UN DIAGNOSTICO, MISMO QUE SE CONSIDERARA PARA COBRO POR PACIENTE INCLUYENDO LAS SESIONES QUE SEAN NECESARIAS, ASI MISMO DEBERÁ PRESENTAR EL RESULTADO A TRAVÉS DE UN INFORME DENTRO DEL PERIODO MÁXIMO DE 21 DIAS, YA QUE SE GENERA INCAPACIDAD LABORAL EN EL 95% DE ESTOS CASOS.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  EN CASO DE TRATARSE DE UN CASO MÉDICO LEGAL DE SALUD; EL REPORTE DEL ESTUDIO DEBERÁ SER ENVIADO A LA COORDINACION DELEGACIONAL DE SALUD EN EL TRABAJO SOLICITANTE EN HORARIO DE 8:00 A 16:00 HRS., DE LUNES A VIERNES.  POR NINGUN MOTIVO LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS DEBERAN SER ENTREGADOS A LOS PACIENTES.  SE REQUIERE EL SERVICIO LAS 24 HORAS DEL DÍA DE LOS 365 DÍAS DEL AÑO  EL SUBROGATARIO ESTARÁ OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCIÓN AL PACIENTE :  PARA ATENCIÓN ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DÍAS.  RESULTADOS DE ESTUDIOS:  PARA ATENCIÓN ORDINARIA: AL DÍA SIGUIENTE DEL TÉRMINO DE LAS SESIONES AUTORIZADAS.  EN CASO ESPECÍFICO DE PRUEBAS SOLICITADAS POR SALUD EN EL TRABAJO PARA RENDICIÓN DE PERICIALES MÉDICAS EL RESULTADO DEBERÁ ENTREGARSE EN UN PLAZO MÁXIMO DE 21 DÍAS, DEBIENDO ENTREGARSE EL RESULTADO EN LA COORDINACION DELEGACIONAL DE SALUD EN EL TRABAJO.  SE DEBERÁ ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **PLASMAFERESIS**  **(PARTIDA 2)** | ES UN MÉTODO MEDIANTE EL CUAL SE EXTRAE COMPLETAMENTE LA SANGRE DEL CUERPO Y SE PROCESA DE TAL FORMA QUE LOS GLÓBULOS BLANCOS Y ROJOS SE SEPAREN DEL PLASMA.  LAS CÉLULAS DE LA SANGRE SE DEVUELVEN LUEGO AL PACIENTE SIN EL PLASMA, EL CUAL ES RÁPIDAMENTE RECUPERADO POR EL ORGANISMO.  ESTE PROCEDIMIENTO SE UTILIZA PARA TRATAR UNA VARIEDAD DE ALTERACIONES COMO: DEFICIENCIAS EN EL SISTEMA INMUNOLÓGICO INCLUIDOS SÍNDROME DE GUILLIAN BARRE, LUPUS ERITEMATOSO Y PURPURA TROMBOCITOPENICA.  EL SUBROGATARIO DEBERÁ ACUDIR AL HGZ NO.1 Y HGZ 2 CON EL EQUIPO NECESARIO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PREVIA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE UN DIRECTIVO DEL PROPIO HOSPITAL.  RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO  SE REQUIERE EL SERVICIO LAS 24 HORAS DEL DÍA DE LOS 365 DÍAS DEL AÑO  EL SUBROGATARIO ESTARÁ OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCIÓN AL PACIENTE :  PARA ATENCIÓN URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 24 HORAS  PARA ATENCIÓN ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DÍAS NATURALES.  SE DEBERÁ ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL RESUMEN DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **TAC CORPORAL CON O SIN MEDIO DE CONTRASTE, CON O SIN APOYO DE ANESTESIA, TAC DE CRANEO CON RECONSTRUCCION EN 3D, TAC DE CRANEO CON RECONSTRUCCION EN 3D CON ANESTESIA, TAC DE CRANEO CON RECONSTRUCCION EN 3D CON ANESTESIA Y MEDIO DE CONTRASTE**  **(PARTIDA 3)** | EL ESTUDIO DE TAC CORPORAL ES MÉTODO DE DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO NO INVASIVO QUE PUEDE UTILIZAR MEDIO DE CONTRASTE PARA VISUALIZAR DIVERSAS ESTRUCTURAS DEL CUERPO COMO CRÁNEO, TÓRAX, COLUMNA, ABDOMEN, PELVIS, CADERA RODILLA, ETC. DEFINICIÓN DE IMAGEN DEL ORGANISMO A LA ACCIÓN DE UN CAMPO ELECTROMAGNÉTICO.  EL SUBROGATARIO DEBERÁ ENTREGAR INVARIABLEMENTE EL RESULTADO DEL ESTUDIO EN IMÁGENES ASÍ COMO LA INTERPRETACIÓN DIAGNOSTICA POR ESCRITO Y LA INTERPRETACIÓN DE LOS HALLAZGOS OBTENIDOS POR ESTE PROCEDIMIENTO POR EL MÉDICO ESPECIALISTA EN UN PLAZO NO MAYOR DE 24 HORAS EN PACIENTES AMBULATORIOS Y EN UN PLAZO NO MAYOR DE 6 HORAS PARA EL PACIENTE HOSPITALIZADO. LOS ESTUDIOS PUEDEN SER PROGRAMADOS, PREVIA CITA, O URGENTES LAS 24 HORAS Y LOS 365 DÍAS DEL AÑO, EL PACIENTE SUBROGADO ACUDIRÁ AL GABINETE SUBROGATARIO POR SUS PROPIOS MEDIOS O TRASLADADOS POR UNA AMBULANCIA DEL INSTITUTO PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO (MISMO QUE DEBERÁ ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD). LOS ESTUDIOS DEBERÁN SER ENTREGADOS EN LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL REQUIRENTE.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  SE REQUIERE EL SERVICIO LAS 24 HORAS DEL DÍA DE LOS 365 DÍAS DEL AÑO  EL SUBROGATARIO ESTARÁ OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCIÓN AL PACIENTE :  PARA ATENCIÓN URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 24 HORAS  PARA ATENCIÓN ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DÍAS NATURALES.  RESULTADOS DE ESTUDIOS:  PARA ATENCIÓN URGENTE : EN UN MÁXIMO DE 6 HORAS  PARA ATENCIÓN ORDINARIA: AL DÍA SIGUIENTE DEL ESTUDIO  SE DEBERÁ ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **RESONANCIA MAGNETICA SIMPLE, CON O SIN MEDIO DE CONTRASTE, CON O SIN APOYO DE ANESTESIA, RESONANCIA MAGNETICA DE ENSEFALO CON MEDIO DE CONTRASTE, RESONANCIA MAGNETICA DE ENSEFALO CON ANESTESIA, RESONANCIA MAGNETICA CON ANESTESIA Y MEDIO DE CONTRASTE , RESONANCIA MAGNETICA DE UNION DORSO LUMBAR SIMPLE,RESONANCIA MAGNETICA DE UNION DORSO LUMBAR CON MEDIO DE CONTRASTE, RESONANCIA MAGNETICA DE UNION DORSO LUMBAR CON MEDIO DE CONTRASTE Y ANESTESIA, RESONANCIA MAGNETICA CON CONTRASTE Y ANESTESIA**  **(PARTIDA 3-A)** | LA RESONANCIA MAGNÉTICA ES UNA TÉCNICA DIAGNOSTICA EN LA QUE SE INTRODUCE AL PACIENTE EN UN CAMPO MAGNÉTICO CREADO POR UN GRAN IMÁN Y MEDIANTE LA APLICACIÓN DE DETERMINADOS ESTÍMULOS, SE LOGRA LA “RESONANCIA” DE LOS NÚCLEOS DE SUS ÁTOMOS, RECOGIENDO LA ENERGÍA LIBERADA EN FORMA DE SEÑAL QUE TRATADA ADECUADAMENTE SE TRANSFORMA EN IMÁGENES TOMOGRAFÍAS. HAY DISTINTOS TIPOS DE ESTÍMULOS Y POR LO TANTO, SE PUEDEN OBTENER DISTINTOS TIPOS DE IMÁGENES PARA DIFERENCIAR TEJIDOS CORPORALES NORMALES, DE AQUELLOS CON PATOLOGÍA. LA RESONANCIA MAGNÉTICA PERMITE ESTUDIAR LA ANATOMÍA HUMANA EN LOS TRES PLANOS DEL ESPACIO A TRAVÉS DE CORTES TOPOGRÁFICOS DE ACUERDO A LA ZONA ESTUDIADA.  SE UTILIZA PARA REALIZAR DIAGNÓSTICOS FINOS A CUALQUIER NIVEL CORPORAL, QUE NO SE HAN PODIDO DETERMINAR POR LOS MÉTODOS TRADICIONALES. SE PUEDE UTILIZAR O NO MEDIO DE CONTRASTE (PREFERENTEMENTE GADOLINIO POR SU BAJO POTENCIAL NEUROTÓXICO Y PRÁCTICAMENTE SIN REACCIONES ALÉRGICAS).  PUEDE REQUERIR APOYO DE ANESTESIA DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO Y EL TIPO DE PACIENTE.  EL SUBROGATARIO DEBERÁ ENTREGAR INVARIABLEMENTE EL RESULTADO DEL ESTUDIO EN IMÁGENES, ASÍ COMO LA INTERPRETACIÓN DIAGNOSTICA POR ESCRITO DE LOS HALLAZGOS OBTENIDOS POR ESTE PROCEDIMIENTO POR UN MÉDICO ESPECIALISTA EN IMAGENOLOGIA.  MUY IMPORTANTE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS SE REQUIERE DE ENTREGAR RESULTADOS INTERPRETADOS EN EL MISMO MOMENTO CON EL PACIENTE YA QUE SON DE VITAL IMPORTANCIA PARA LA TOMA DE DECISIONES QUEDANDO BAJO RESPONSABILIDAD DEL SUBROGATARIO SI LOS MISMOS SE ENTREGAN EXTEMPORÁNEAMENTE Y DE CONFIRMARSE QUE POR LA FALTA DE LOS MISMOS REPERCUTIÓ EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.  PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS O EN SERVICIO DE URGENCIAS, LA CITA NO PODRÁ OTORGARSE CON MÁS DE 24 HORAS, AMÉN DE QUE EL PROCEDIMIENTO SEA MÁS URGENTE SE REALIZARA LA ACLARACIÓN VÍA TELEFÓNICA AL SOLICITAR LA CITA.  LOS ESTUDIOS PUEDEN SER PROGRAMADOS, PREVIA CITA, NO MÁS DE 72 HORAS O URGENTES LAS 24 HORAS Y LOS 365 DÍAS DEL AÑO, EL PACIENTE SUBROGADO ACUDIRÁ AL GABINETE SUBROGATARIO PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO (MISMO QUE DEBERÁ ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD) PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE ESTUDIO. O BIEN SER TRASLADADO POR UNA AMBULANCIA DEL INSTITUTO EN CASOS DE QUE LAS CONDICIONES DEL PACIENTE NO PERMITAN LA DE AMBULACIÓN.  RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO, ASÍ COMO QUE LA EMPRESA GANADORA DEBERÁ DE CONTAR CON EQUIPOS SUFICIENTE PARA PODER ATENDER A LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE, Y NO TRASLADAR A LOS PACIENTES DE UN LUGAR A OTRO  SE REQUIERE EL SERVICIO LAS 24 HORAS DEL DÍA DE LOS 365 DÍAS DEL AÑO  REALIZAR LOS ESTUDIOS EN EL DOMICILIO DEL SUBROGATARIO  SE DEBERÁ ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL RESUMEN DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL.  LA RESONANCIA MAGNÉTICA ES UNA TÉCNICA DIAGNOSTICA EN LA QUE SE INTRODUCE AL PACIENTE EN UN CAMPO MAGNÉTICO CREADO POR UN GRAN IMÁN Y MEDIANTE LA APLICACIÓN DE DETERMINADOS ESTÍMULOS, SE LOGRA LA “RESONANCIA” DE LOS NÚCLEOS DE SUS ÁTOMOS, RECOGIENDO LA ENERGÍA LIBERADA EN FORMA DE SEÑAL QUE TRATADA ADECUADAMENTE SE TRANSFORMA EN IMÁGENES TOMOGRAFÍAS. HAY DISTINTOS TIPOS DE ESTÍMULOS Y POR LO TANTO, SE PUEDEN OBTENER DISTINTOS TIPOS DE IMÁGENES PARA DIFERENCIAR TEJIDOS CORPORALES NORMALES, DE AQUELLOS CON PATOLOGÍA. LA RESONANCIA MAGNÉTICA PERMITE ESTUDIAR LA ANATOMÍA HUMANA EN LOS TRES PLANOS DEL ESPACIO A TRAVÉS DE CORTES TOPOGRÁFICOS DE ACUERDO A LA ZONA ESTUDIADA.  SE UTILIZA PARA REALIZAR DIAGNÓSTICOS FINOS A CUALQUIER NIVEL CORPORAL Y VASCULAR, QUE NO SE HAN PODIDO DETERMINAR POR LOS MÉTODOS TRADICIONALES. SE PUEDE UTILIZAR O NO MEDIO DE CONTRASTE (PREFERENTEMENTE GADOLINIO POR SU BAJO POTENCIAL NEUROTÓXICO Y PRÁCTICAMENTE SIN REACCIONES ALÉRGICAS).  PUEDE REQUERIR APOYO DE ANESTESIA DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO Y EL TIPO DE PACIENTE.  EL SUBROGATARIO DEBERÁ ENTREGAR INVARIABLEMENTE EL RESULTADO DEL ESTUDIO EN IMÁGENES, ASÍ COMO LA INTERPRETACIÓN DIAGNOSTICA POR ESCRITO DE LOS HALLAZGOS OBTENIDOS POR ESTE PROCEDIMIENTO POR UN MÉDICO ESPECIALISTA EN IMAGENOLOGIA.  MUY IMPORTANTE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS SE REQUIERE DE ENTREGAR RESULTADOS INTERPRETADOS EN UN PLAZO NO MAYOR A 4 HORAS Y ENTREGARLOS EN LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL DE REFERENCIA, YA QUE SON DE VITAL IMPORTANCIA PARA LA TOMA DE DECISIONES QUEDANDO BAJO RESPONSABILIDAD DEL SUBROGATARIO SI LOS MISMOS SE ENTREGAN EXTEMPORÁNEAMENTE Y DE CONFIRMARSE QUE POR LA FALTA DE LOS MISMOS REPERCUTIÓ EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.  PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS O EN SERVICIO DE URGENCIAS, LA CITA NO PODRÁ OTORGARSE CON MÁS DE 8 HORAS, AMÉN DE QUE EL PROCEDIMIENTO SEA MÁS URGENTE SE REALIZARA LA ACLARACIÓN VÍA TELEFÓNICA AL SOLICITAR LA CITA.  LOS ESTUDIOS PUEDEN SER PROGRAMADOS, PREVIA CITA, NO MÁS DE 72 HORAS O URGENTES LAS 24 HORAS Y LOS 365 DÍAS DEL AÑO, EL PACIENTE SUBROGADO ACUDIRÁ AL GABINETE SUBROGATARIO PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO (MISMO QUE DEBERÁ ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD) PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE ESTUDIO. O BIEN SER TRASLADADO POR UNA AMBULANCIA DEL INSTITUTO EN CASOS DE QUE LAS CONDICIONES DEL PACIENTE NO PERMITAN LA DEAMBULACIÓN.  RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO, ASÍ COMO QUE LA EMPRESA GANADORA DEBERÁ DE CONTAR CON EQUIPOS SUFICIENTE PARA PODER ATENDER A LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE, Y NO TRASLADAR A LOS PACIENTES DE UN LUGAR A OTRO  SE REQUIERE EL SERVICIO LAS 24 HORAS DEL DÍA DE LOS 365 DÍAS DEL AÑO  REALIZAR LOS ESTUDIOS EN EL DOMICILIO DEL SUBROGATARIO  SE DEBERÁ ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL RESUMEN DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **DENSITOMETRIA ÓSEA**  **(PARTIDA 4)** | DENSINTOMETRIA ÓSEA ES UN PROCEDIMIENTO NO INVASIVO QUE DETERMINA LA DENSIDAD ÓSEA Y SECUNDARIAMENTE DETECTA PATOLOGÍAS COMO OSTEOPOROSIS.  ESTOS ESTUDIOS SE LLEVAN A CABO EN GABINETES INDEPENDIENTES O ESTABLECIDOS DENTRO DE UNA UNIDAD MÉDICA AUTORIZADA POR EL INSTITUTO DE SALUD.  SON PROGRAMADOS PREVIA CITA NO MÁS DE 72 HORAS Y EL PACIENTE DEBERÁ TRASLADARSE POR SUS PROPIOS MEDIOS. LA DENSITOMETRIA ÓSEA DEBERÁ REALIZARSE EN LA COLUMNA LUMBAR DEL PACIENTE Y COMPLEMENTARIAMENTE EN CADERA Y/O TOBILLO.  EL SUBROGATARIO DEBERÁ ENTREGAR INVARIABLEMENTE AL INSTITUTO, EL RESULTADO DEL ESTUDIO EN IMÁGENES, ASÍ COMO LA INTERPRETACIÓN DIAGNOSTICA POR ESCRITO, EN UN PLAZO NO MAYOR DE 24 HORAS EN LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA O DIRECCIÓN DEL HOSPITAL CORRESPONDIENTE.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  EL SUBROGATARIO ESTARÁ OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCIÓN AL PACIENTE :  PARA ATENCIÓN URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 24 HORAS  PARA ATENCIÓN ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DÍAS NATURALES.  SE DEBERÁ ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **ULTRASONIDO DOPPLER COLOR UROLOGIA RENAL, INJERTO RENAL Y PENE**  **(PARTIDA 5)** | EL ULTRASONIDO DOPLER COLOR; PROCEDIMIENTO COMPLEMENTARIO AL REALIZADO EN ESCALA DE GRISES Y QUE FAVORECE ESTUDIAR PATOLOGIAS PRINCIPALMENTE CON INVOLUCRO VASCULAR Y DIFERENCIAR ENTRE OTROS (IMÁGENES EN ROJO Y AZUL DEPENDIENDO DEL SENTIDO DEL FLUJO), CON PROCESOS NEOPROLIFERATIVOS Y/O QUISTICOS. DE TAL MANERA QUE ES DE GRAN UTILIDAD EN DIVERSAS ESPECIALIDADES COMO EN UROLOGIA, ANGIOLOGIA, CIRUGIA, ONCOLOGIA ETC.  SE REALIZA EN UN GABINETE ESTABLECIDO Y AUTORIZADO POR LA SECRETARIA DE SALUD EN EL ESTADO QUE PUEDE SER INDEPENDIENTE Ò DENTRO DE UNA UNIDAD MEDICA DE ATENCIÒN AMBULATORIA, (MISMO QUE DEBERA ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD).  EL SUBROGATARIO DEBERÀ ENTREGAR INVARIABLEMENTE EL RESULTADO DEL ESTUDIO EN IMÁGENES, ASI COMO LA INTERPRETACION DEL ESTUDIO POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN LA SUBDIRECCION MEDICA O DIRECCION MEDICA DEL HOSPITAL CORRESPONDIENTE CONFORME A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.  LOS ESTUDIOS DEBEN SER PROGRAMADOS ACORDE A LO ESTABLECIDO EN ESTE REQUERIMIENTO, Y EL PACIENTE SUBROGADO ACUDIRA AL GABINETE SUBROGATARIO PARA LA REALIZACIÒN DEL ESTUDIO POR SUS PROPIOS MEDIOS O TRASLADADOS EN AMBULANCIA DEL INSTITUTO EN CASO DE ESTAR HOSPITALIZADO.  EL SERVICIO DEBERA OFRECERSE LAS 24 HOSRAS DEL DIA LOS 365 DIAS DEL AÑO.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  LA EMPRESA GANADORA DEBERA DE CONTAR CON EQUIPOS SUFICIENTE PARA PODER ATENDER A LA POBLACION DERECHOHABIENTE, Y NO TRASLADAR A LOS PACIENTES DE UN LUGAR A OTRO  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 8 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES.  RESULTADOS DE ESTUDIOS:  PARA ATENCION URGENTE : EN UN MÁXIMO DE 4 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: AL DIA SIGUIENTE DEL ESTUDIO  SE DEBERA ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **USG DOPPLER (ANGIOLOGIA) ARTERIAL MIEMBRO SUPERIOR, ARTERIAL MIEMBRO INFERIOR, CAROTIDEO, AORTA ABDOMINAL, PORTAL, VENOSO MIEMBRO SUPERIOR, VENOSO MIEMBRO INFERIOR**  **(PARTIDA 6)** | EL ULTRASONIDO DOPLER COLOR; PROCEDIMIENTO COMPLEMENTARIO AL REALIZADO EN ESCALA DE GRISES Y QUE FAVORECE ESTUDIAR PATOLOGIAS PRINCIPALMENTE CON INVOLUCRO VASCULAR Y DIFERENCIAR ENTRE OTROS (IMÁGENES EN ROJO Y AZUL DEPENDIENDO DEL SENTIDO DEL FLUJO), CON PROCESOS OBSTRUCTIVOS TANTO VENOSOS COMO ARTERIALES DEL SISTEMA CIRCULATORIO MAS FRECUENTES. DE TAL MANERA QUE ES DE GRAN UTILIDAD ENLA ESPECIALIDAD DE ANGIOLOGIA.  SE REALIZA EN UN GABINETE ESTABLECIDO Y AUTORIZADO POR LA SECRETARIA DE SALUD EN EL ESTADO QUE PUEDE SER INDEPENDIENTE Ò DENTRO DE UNA UNIDAD MEDICA DE ATENCIÒN AMBULATORIA, (MISMO QUE DEBERA ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD).  EL SUBROGATARIO DEBERÀ ENTREGAR INVARIABLEMENTE EL RESULTADO DEL ESTUDIO EN IMÁGENES, ASI COMO LA INTERPRETACION DEL ESTUDIO POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN LA SUBDIRECCION MEDICA O DIRECCION MEDICA DEL HOSPITAL CORRESPONDIENTE CONFORME A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.  LOS ESTUDIOS DEBEN SER PROGRAMADOS ACORDE A LO ESTABLECIDO EN ESTE REQUERIMIENTO, Y EL PACIENTE SUBROGADO ACUDIRA AL GABINETE SUBROGATARIO PARA LA REALIZACIÒN DEL ESTUDIO POR SUS PROPIOS MEDIOS O TRASLADADOS EN AMBULANCIA DEL INSTITUTO EN CASO DE ESTAR HOSPITALIZADO.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  LA EMPRESA GANADORA DEBERA DE CONTAR CON EQUIPOS SUFICIENTE PARA PODER ATENDER A LA POBLACION DERECHOHABIENTE, Y NO TRASLADAR A LOS PACIENTES DE UN LUGAR A OTRO  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 8 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES.  RESULTADOS DE ESTUDIOS:  PARA ATENCION URGENTE : EN UN MÁXIMO DE 4 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: AL DIA SIGUIENTE DEL ESTUDIO  SE DEBERÁ ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **ULTRASONIDO GENERAL PARTES BLANDAS, OBSTÉTRICO, ABDOMINAL, HIGADO, RENAL, VIAS B ILIARES E HISTERO SALPINGOGRAFIA**  **(PARTIDA 7)** | ULTRASONIDO GENERAL PARTES BLANDAS, OBSTÉTRICO, ABDOMINAL, HIGADO, RENAL, VIAS BILIARES E HISTEROSALPINGOGRAFIA ES UN ESTUDIO MEDIANTE EL USO DE ONDAS SONORAS DE ALTA FRECUENCIA PARA CREAR IMÁGENES EN ESCALA DE GRISES DE ÓRGANOS Y SISTEMAS DENTRO DEL CUERPO.  ULTRASONIDO GENERAL PARTES BLANDAS, OBSTÉTRICO, ABDOMINAL, HIGADO, RENAL, VIAS BILIARES E HISTEROSALPINGOGRAFIA SE REALIZAN EN UN GABINETE ESTABLECIDO Y AUTORIZADO POR EL INSTITUTO DE SALUD EN EL ESTADO QUE PUEDE SER INDEPENDIENTE O DENTRO DE UNA UNIDAD MEDICA DE ATENCION AMBULATORIA U HOSPITALIZACION, (MISMO QUE DEBERA ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD).  EL SUBROGATARIO DEBERÀ ENTREGAR INVARIABLEMENTE EL RESULTADO DEL ESTUDIO EN IMÁGENES, ASI COMO LA INTERPRETACION DEL ESTUDIO POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN LA SUBDIRECCION MEDICA O DIRECCION MEDICA DEL HOSPITAL CORRESPONDIENTE CONFORME A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.  LOS ESTUDIOS DEBEN SER PROGRAMADOS ACORDE A LO ESTABLECIDO EN ESTE REQUERIMIENTO, Y EL PACIENTE SUBROGADO ACUDIRA AL GABINETE SUBROGATARIO PARA LA REALIZACIÒN DEL ESTUDIO POR SUS PROPIOS MEDIOS O TRASLADADOS EN AMBULANCIA DEL INSTITUTO EN CASO DE ESTAR HOSPITALIZADO.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  LA EMPRESA GANADORA DEBERA DE CONTAR CON EQUIPOS SUFICIENTE PARA LA ATENCION A LA POBLACION DERECHOHABIENTE, EN UN MISMO LUGAR.  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 8 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES.  RESULTADOS DE ESTUDIOS:  PARA ATENCION URGENTE : EN UN MÁXIMO DE 4 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: AL DIA SIGUIENTE DEL ESTUDIO  SE DEBERÁ ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **MANOMETRIAS ESOFAGICAS Y MANOMETRIAS ESOFAGICAS CON IMPEDANCIA Y PH METRIAS**  **(PARTIDA 8)** | PH METRIA Y MANOMETRIA ESOFAGICA Y MANOMETRIA IMPEDANCIA; SON UN METODO DIAGNOSTICO INVASIVO UTILIZADO PARA VISUALIZAR EL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR Y MEDIR LA PRESIÒN GASTRICA EN CASOS DE SOSPECHA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO. EN EL CUAL POR ENDOSCOPÌA SE COLOCAN SENSORES A NIVEL DEL ESFINTER PARA MEDIR LAS CONTRACCIONES MUSCULARES Y EL TONO MUSCULAR. LA IMPEDANCIA COADYUVA A EVALUAR EL TRÁNSITO DEL BOLO ALIMENTICIO (LÍQUIDO, SÓLIDO) SIN NECESIDAD DE RADIACIÓN, EVALÚA EL VACIAMIENTO ESOFÁGICO, DETECTA LA DIRECCIÓN DEL MOVIMIENTO DEL BOLO ALIMENTICIO. LA PH METRIA MONITOREA EL PH A NIVEL ESOFAGICO Y GASTRICO MEDIANTE SENSORES COLOCADOS EN DICHAS AREAS, ESTOS SENSORES REALIZAN UN MONITOREO REGISTRADO DURANTE 24 HRS QUE SE ENTREGA COMO RESULTADO DEL ESTUDIO Y SIRVE COMO REFERENCIA PARA NORMAR UNA CONDUCTA TERAPEUTICA.  EL PACIENTE DEBERA ACUDIR POR SUS PROPIOS MEDIOS AL CONSULTORIO O GABINETE DEL SUBROGATARIO (MISMO QUE DEBERA ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD) PARA LA REALIZACION DE ESTE ESTUDIO O BIEN SER TRASLADADO POR UNA AMBULANCIA DEL INSTITUTO EN CASOS DE QUE LAS CONDICIONES DEL PACIENTE NO PERMITAN LA DEAMBULACIÓN, PREVIA CITA ACORDE A LO ANOTADO EN ESTE REQUERIMIENTO.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  EL SUBROGATARIO DEBERÀ ENTREGAR INVARIABLEMENTE EL RESULTADO DEL ESTUDIO EN IMÁGENES, ASI COMO LA INTERPRETACION DEL ESTUDIO POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN LA SUBDIRECCION MEDICA O DIRECCION MEDICA DEL HOSPITAL CORRESPONDIENTE CONFORME A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.  LA EMPRESA GANADORA DEBERA DE CONTAR CON EQUIPOS SUFICIENTE PARA LA ATENCION A LA POBLACION DERECHOHABIENTE, EN UN MISMO LUGAR. EL SERVICIO DEBERA OFRECERSE LAS 24 HORAS DEL DIA LOS 365 DIAS DEL AÑO.  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 8 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES.  RESULTADOS DE ESTUDIOS:  PARA ATENCION URGENTE : EN UN MÁXIMO DE 4 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: AL DIA SIGUIENTE DEL ESTUDIO  SE DEBERÁ ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL RESUMEN DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **YAG LASER**  **(PARTIDA 9)** | YAG LASER ES UN PROCEDIMIENTO MEDICO DE APLICACIÓN DE RAYO LÁSER EN REGIÓN OCULAR, REALIZADO POR UN MEDICO ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA CON ANESTESIA LOCAL, PARA EL TRATAMIENTO DE CAPSULOTOMIA, IRIDOTOMIA, CATARATA Y GLAUCOMA.  ESTE TRATAMIENTO SE REALIZA SIEMPRE A SOLICITUD DE UN OFTALMOLOGO INSTITUCIONAL PREVIA VALORACION, CON AUTORIZACION DEL SUBDIRECTOR MEDICO PARA QUE ENVIE AL PACIENTE AL CONSULTORIO DEL SUBROGATARIO POR SUS PROPIOS MEDIOS A RECIBIR ESTE TRATAMIENTO CUMPLIENDO LOS PLAZOS ESTABLECIDOS EN EL REQUERIMIENTO.  PARA ESTE TRATAMIENTO EL SUBROGATARIO DEBERA DE CONTAR CON INSTALACION EN LA LOCALIDAD AL MOMENTO DE ADJUDICAR EL CONTRATO, POR EL TIPO DE PACIENTES CON PATOLOGIA CRONICO-DEGENERATIVA TALES COMO DIABETES E INSUFICIENCIA RENAL, QUE LOS HACE DEBILES A DESCOMPENSARSE, EXPONIENDOLOS A UN RIESGO MAYOR AL SER TRASLADADOS FUERA DE LA LOCALIDAD.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 8 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES.  RESULTADOS DE ESTUDIOS:  PARA ATENCION URGENTE : EN UN MÁXIMO DE 4 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: AL DIA SIGUIENTE DEL ESTUDIO  SE DEBERA ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **TOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE DE MACULA Y NERVIO OPTICO**  **(PARTIDA 9)** | TOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE DE MACULA Y NERVIO OPTICO ES UN METODO DE DIAGNOSTICO RADIOLOGICO NO INVASIVO QUE UTILIZA ONDAS DE LUZ QUE OFRECE UNA PENETRACION MILIMETRICA CON RESOLUCION AXIAL Y LATERAL PARA MAPEAR Y MEDIR LA RETINA, QUE ES USADA PARA DIAGNNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PATOLOGIAS RETINIANAS.  EL SUBROGATARIO DEBERA DE ENTREGAR INVARIABLEMENTE ELRESULTADO DEL ESTUDIO EN IMAGENES ASÍ COMO LA INTERPRETACION DIAGNOSTICA POR ESCRITO Y LA INTERPRETACION DE LOS HALLAZGOS OBTENIDOS POR ESTE PROCEDIMIENTO POR EL MEDICO ESPECIALISTA CONFORME A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.  LOS ESTUDIOS PUEDES SER PROGRAMADOS O URGENTES LAS 24 HORAS DEL DIA LOS 365 DIAS DEL AÑO Y EL PACIENTE SUBROGADO ACUDIRA AL GABINETE DEL SUBROGATARIO, MISMO QUE DEBERÁ ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD PARA LA REALIZACION DE ESTE ESTUDIO PREVIA CITA CONFORME A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS EN EL REQUERIMIENTO, O BIEN SER TRASLADADO POR UNA AMBULANCIA DEL INSTITUTO EN CASO DE QUE LAS CONDICIONES DEL PACIENTE NO PERMITAN SU DEAMBULACION.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 8 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES.  RESULTADOS DE ESTUDIOS:  PARA ATENCION URGENTE : EN UN MÁXIMO DE 4 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: AL DIA SIGUIENTE DEL ESTUDIO  SE DEBERA ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL RESUMEN DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **CAMPIMETRIA**  **(PARTIDA 9)** | CAMPIMETRIA, TAMBIEN DENOMINADA PERIMETRIA VISUAL ES UN EXAMEN OFTALMOLOGICO COMPLEMENTARIO NO INVASIVO, QUE ESTUDIA LAS ALTERACIONES DEL CAMPO VISUAL. SE EMPLEA EN EL DIAGNOSTICO Y CONTROL EVOLUTIVO DEL GLAUCOMA Y DE DIVERSAS PATOLOGIAS RETINIANAS, ASI COMO EL ESTUDIO DE LAS LESIONES DE LA VIA OPTICA.  PARA ESTE ESTUDIO EL SUBROGATARIO DEBERA DE CONTAR CON INSTALACION EN LA LOCALIDAD AL MOMENTO DE ADJUDICAR EL CONTRATO, ESTO DEBIDO A QUE ESTE SERVICIO ES PARA PACIENTES CON PATOLOGIA CRONICA DEGENERATIVA TALES COMO DIABETES E INSUFICIENCIA RENAL.  EN TODOS LOS CASOS EL PACIENTE DEBERA ACUDIR POR SUS PROPIOS MEDIOS AL CONSULTORIO O GABINETE DEL SUBROGATARIO BAJO PREVIA CITA CONFORME A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS EN EL REQUERIMIENTO PARA LA REALIZACION DE ESTE ESTUDIO.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  MUY IMPORTANTE ENTREGA DE RESULTADOS INTERPRETADOS EN LA SUBDIRECCION MEDICA O DIRECCION DEL HOSPITAL CORRESPONDIENTE EN LOS PLAZOS ESTABLECIDOS DEL REQUERIMIENTO.  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 8 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES.  RESULTADOS DE ESTUDIOS:  PARA ATENCION URGENTE : EN UN MÁXIMO DE 4 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: AL DIA SIGUIENTE DEL ESTUDIO  SE DEBERÁ ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL RESUMEN DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **VITRECTOMIAS**  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES. **(PARTIDA 33)** | LA VITRECTOMÍA ES UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, MEDIANTE EL CUAL SE EXTRAE EL HUMOR VÍTREO DE UN OJO Y SE SUSTITUYE, GENERALMENTE, CON UN GAS O LÍQUIDO. UNA VEZ REALIZADA ESTA OPERACIÓN, EL ESPACIO OCUPADO PREVIAMENTE POR EL CUERPO VÍTREO, PASA A SER OCUPADO POR UN LÍQUIDO INTRAOCULAR QUE GENERA EL OJO Y QUE SE CONOCE COMO HUMOR ACUOSO.  ESTÁ INDICADA EN SITUACIONES DONDE EXISTAN CAMBIOS PATOLÓGICOS DEL VÍTREO. ESTOS CAMBIOS PUEDEN SER ADQUIRIDOS -COMO LA TURBIDEZ VÍTREA ASOCIADA A LOS PROCESOS DEGENERATIVOS, INFLAMATORIOS Y TUMORALES O LA TURBIDEZ VÍTREA OCASIONADA POR UNA HEMORRAGIA INTRAOCULAR O CONGÉNITOS, COMO LOS CAMBIOS DERIVADOS DE LAS ANOMALÍAS DEL DESARROLLO QUE AFECTAN A LOS VASOS SANGUÍNEOS DE LA RETINA O DEL VÍTREO.  ESTE PROCEDIMIENTO SE UTILIZA PARA EL TRATAMIENTO DE DIFERENTES ENFERMEDADES OCULARES, COMO EL DESPRENDIMIENTO DE RETINA, LA HEMORRAGIA VÍTREA Y EL AGUJERO MACULAR  EN TODOS LOS CASOS EL PACIENTE DEBERA ACUDIR POR SUS PROPIOS MEDIOS AL CONSULTORIO O GABINETE DEL SUBROGATARIO BAJO PREVIA CITA NO MAYOR A 72 HORAS PARA LA REALIZACION DE ESTE TRATAMIENTO.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  EL SUBROGATARIO DEBERA INFORMAR AL HOSPITAL MEDIANTE NOTA MEDICA EL PROCEDIMIENTO REALIZADO CON LOS HALLAZGOS Y EL TRATAMIENTO A SEGUIR. SERA RESPONSABILIDAD DEL SUBROGATARIO DAR SEGUIMIENTO AL PACIENTE DE MANERA POSTQUIRURGICA HASTA SU ALTA QUE DEBERA DE NOTIFICARSE AL HOSPITAL DE REFERENCIA CON NOTA MEDICA RESPECTIVA.  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 6 HORAS  SE DEBERÁ ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **ULTRASONIDOS OCULARES MODO B**  **(PARTIDA 9)** | ULTRASONIDO OCULAR ES UN PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO NO INVASIVO QUE SIRVE PARA DETECTAR PATOLOGÍA RETROCULAR, INTRAOCULAR, APORTA INFORMACION SOBRE LA TOPOGRAFIA (LOCALIZACION), FORMA, CRECIMIENTO (EXTENSION LATERAL) Y CONSISTENCIA DE UNA LESION.  PARA ESTE ESTUDIO EL SUBROGATARIO DEBERA DE CONTAR CON INSTALACION EN LA LOCALIDAD  ESTE ESTUDIO SE REALIZARA SIEMPRE A SOLICITUD DE UN OFTALMOLOGO INSTITUCIONAL, PREVIA VALORACION CON AUTORIZACION DEL SUBDIRECTOR MEDICO EN TURNO EN CUALQUIERA DE LOS HOSPITALES DE ESTA DELEGACION. EL PACIENTE SE ENVIARA A LAS INSTALACIONES DEL SUBROGATARIO POR SUS PROPIOS MEDIOS PARA LA REALIZACION DEL MISMO EN LOS PLAZOS INDICADOS EN ESTE REQUERIMIENTO.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  LA ENTREGA DE RESULTADOS SERAN AL PROPIO PACIENTE  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 8 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES.  RESULTADOS DE ESTUDIOS:  PARA ATENCION URGENTE : EN UN MÁXIMO DE 4 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: AL DIA SIGUIENTE DEL ESTUDIO  SE DEBERA ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL.  ESTUDIOS ESPECIALES DE LABORATORIO, SON ESTUDIOS DIVERSOS.  LOS HOSPITALES DE ZONA NO 1 Y 2 ENVIARAN LAS MUESTRAS SANGUINEAS PARA LA DETERMINACION O CUANTIFICACION DE ANTICUERPOS, ANTIGENOS Y FARMACOS.  DEPENDIENDO DEL CASO ALGUNOS ESTUDIOS Y POR LAS CONDICIONES  EN QUE DEBE TOMARSE LA MUESTRA EL SUBROGATARIO DEBERA ACUDIR A LOS HOSPITALES DE ZONA A LA TOMA DE MUESTRA.  EN OTROS CASOS EL PACIENTE DEBERA ACUDIR POR SUS PROPIOS MEDIOS AL LABORATORIO DEL SUBROGATARIO (MISMO QUE DEBERA ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD) PREVIA CITA PARA LA TOMA DE MUESTRA.  RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESTUDIOS ESPECIALES DE LABORATORIO**  **(PARTIDA 10)** | **ANEXO 1A** |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** |
| ESTUDIOS ESPECIALES DE LABORATORIO, SON ESTUDIOS DIVERSOS.  LOS HOSPITALES DE ZONA NO 1 Y 2 ENVIARAN LAS MUESTRAS SANGUINEAS PARA LA DETERMINACION O CUANTIFICACION DE ANTICUERPOS, ANTIGENOS Y FARMACOS.  DEPENDIENDO DEL CASO ALGUNOS ESTUDIOS Y POR LAS CONDICIONES  EN QUE DEBE TOMARSE LA MUESTRA EL SUBROGATARIO DEBERA ACUDIR A LOS HOSPITALES DE ZONA A LA TOMA DE MUESTRA.  EN OTROS CASOS EL PACIENTE DEBERA ACUDIR POR SUS PROPIOS MEDIOS AL LABORATORIO DEL SUBROGATARIO (MISMO QUE DEBERA ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD) PREVIA CITA PARA LA TOMA DE MUESTRA.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  MUY IMPORTANTE ENTREGA DE RESULTADOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EL MISMO DIA Y SOLO EN CASOS DE ESTUDIOS QUE REQUIERAN POR SUS CARACTERISTICAS DE TARDAR MAS TIEMPO, AVISAR A LA UNIDAD EMISORA.  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : RECIBIR LAS MUESTRAS EL MISMO DIA  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES.  RESULTADOS DE ESTUDIOS:  PARA ATENCION URGENTE : EN UN MÁXIMO DE 4 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: AL DIA SIGUIENTE DEL ESTUDIO  SE DEBERA ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **TERAPIA FISICA Y REHABILITACION, ELECTROMIOGRAFIA**  **(PARTIDA 11)** | ELECTROMIOGRAFIA ES UN METODO DE DIAGNÓSTICO INVASIVO QUE EVALUA LA ACTIVIDAD ELECTRICA DE MUSCULOS Y NERVIOS ESPECIFICOS. SE INTRODUCE UN ELECTRODO DE AGUJA A TRAVES DE LA PIEL HASTA LLEGAR AL MUSCULO ESTUDIADO. SE DETERMINA ASI MISMO LA VELOCIDAD DE CONDUCCION DE LAS VIAS NERVIOSAS, PARA ESTUDIAR AFECTACIONES NERVIOSAS SE UTILIZA EN PACIENTES CON PATOLOGIAS NEUROLOGICAS DE DIVERSA ETIOLOGIA.  LA MEDICINA FISICA Y REHABILITACION COMPRENDE EL ESTUDIO, DETECCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CLINICO DE LOS PACIENTES CON PROCESOS DISCAPACITANTES. SUS ACTIVIDADES SE CENTRAN FUNDAMENTALMENTE, EN LAS ENFERMEDADES Y PROBLEMAS QUE AFECTAN A LOS SISTEMAS MUSCULOESQUELÉTICO, NEUROLÓGICO, CARDÍACO Y VASCULAR, RESPIRATORIO Y ENDOCRINO, ABORDANDO ASIMISMO DISFUNCIONES UROGENITALES, POR DOLOR Y CÁNCER, POR QUEMADURAS, TRASPLANTES Y AMPUTACIONES.  DEBERAN OTORGAR NOTA DE VALORACION INICIAL Y POSTERIOR A SU ALTA DESCRIBIENDO EL ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE Y SU CAPACIDAD RESIDUAL FUNCIONAL ASI COMO SUS LIMITACIONES FISICAS EN EL MOMENTO.  SE DEBERA INFORMAR A LA SUBDIRECCION MEDICA O DIRECCION DEL HOSPITAL CORRESPONDIENTE CON NOTA MEDICA, MAXIMO EN 72 HORAS EN QUE SE DA DE ALTA AL PACIENTE PARA ESTAR ENTERADOS DEL ESTADO DEL PACIENTE. FUNDAMENTADO EN LA NORMA OFICIAL MEXICANA 004 (EXPEDIENTE CLINICO).  EL TRATAMIENTO CONSISTIRA EN 10 TERAPIAS. EN CASO DE QUE EL PACIENTE REQUIERA NUEVO TRATAMIENTO, EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A INFORMAR A LAS AUTORIDADES INSTITUCIONALES, Y DEBERA JUSTIFICAR MEDICAMENTE LA AMPLIACION DEL TRATAMIENTO PARA SU PROBABLE AUTORIZACION VIA NOTA MEDICA.  EN TODOS LOS CASOS EL PACIENTE DEBERA ACUDIR POR SUS PROPIOS MEDIOS AL CONSULTORIO O GABINETE DEL SUBROGATARIO (MISMO QUE DEBERA ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD), BAJO PREVIA CITA ACORDE A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE REQUERIMIENTO PARA LA REALIZACION DEL ESTUDIO O TRATAMIENTO.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE ELECTROMIOGRAFIA DEBERAN SER ENTREGADOS A LA SUBDIRECCION MEDICA O DIRECCION DEL HOSPITAL CORRESPONDIENTE EN LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.  LA EMPRESA GANADORA DEBERA DE CONTAR CON EQUIPOS Y LAS INSTALACIONES ADECUADAS PARA PODER ATENDER A LA POBLACION DERECHOHABIENTE, EN EL MISMO LUGAR.  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE CONFORME LO SIGUIENTE.  PARA CITA DE ATENCION A VALORACION O REALIZACION DE ELECTROMIOGRAFIA.  PARA ATENCION URGENTE: EN UN PERIODO MÁXIMO DE 8 HORAS.  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 DIAS CALENDARIO.  ENTREGA DE RESULTADOS DE ESTUDIOS  PARA ATENCION URGENTE: EN UN MÁXIMO DE 4 HORAS (ELECTROMIOGRAFIA).  PARA ATENCION ORDINARIA: AL DIA SIGUIENTE DEL ESTUDIO (ELECTROMIOGRAFIA)  PARA TERAPIA FISICA Y REHABILITACION CITA  PARA ATENCION URGENTE: EN UN MAXIMO DE 24 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN MAXIMO DE 5 DIAS CALENDARIO  EN CASO DE QUE EL PACIENTE SEA DADO DE ALTA, SE DEBERA INFORMAR A LA SUBDIRECCION O DIRECCION MEDICA DEL HOSPITAL CORRESPONDIENTE CON NOTA MEDICA FUNDAMENTADA EN LA NORMA OFICIAL MEXICANA 004 (EXPEDIENTE CLINICO), EN UN PLAZO MAXIMO DE 48 HORAS PARA ENTERAR DEL ESTADO CLINICO DEL PACIENTE,  SE DEBERA ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DE CADA HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL, PARA LLEVAR CONTROL DE NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS. |
| **APOYO MECANICO VENTILATORIO POR DIA**  **(PARTIDA 13)** | EL APOYO MECANICO VENTILATORIO ES UN METODO DE SOPORTE DE VIDA A FIN DE MANTENER LA FUNCION RESPIRATORIA EN PACIENTES CRITICAMENTE ENFERMOS, EN SERVICIOS DE URGENCIAS, TERAPIA INTENSIVA, HOSPITALIZACION, TANTO EN ADULTOS COMO EN NIÑOS DE CUALQUIER EDAD. SE TRATA DE UN EQUIPO Y CIRCUITOS DE ALTA ESPECIALIDAD QUE MANTIENEN CON VIDA AL PACIENTE QUE SE ENCUENTRA CON FALLA RESPIRATORIA DE CUALQUIER ETIOLOGIA.  LA PRESTACION DEL SERVICIO SE REALIZARA POR 24 HORAS DE USO, COMENZANDO DESDE EL MOMENTO EN QUE SE INSTALE EN UN PACIENTE DEL INSTITUTO, MISMO QUE DEBERA SER TRASLADADO Y ENTREGADO BAJO LA RESPONSABILIDAD DEL SUBROGATARIO Y TERMINARA A PARTIR DE QUE SEA RETIRADO EL EQUIPO DEL PACIENTE Y EL INSTITUTO DE AVISO Y SOLICITE AL SUBROGATARIO EL RETIRO DEL EQUIPO. ASI MISMO ESTE DEBERA DE INCLUIR LOS INSUMOS NECESARIOS PARA SU FUNCIONAMIENTO.  EL SUBROGATARIO DENTRO DEL PROCEDIMIENTO PROPORCIONARA EL EQUIPO Y CIRCUITOS NUEVOS FUNCIONANDO Y CON ADITAMIENTOS COMPLETOS EN TODOS LOS CASOS EN QUE LE SEAN REQUERIDOS POR PARTE DE ALGUN DIRECTIVO MEDICO DE LOS HOSPITALES GENERALES DE ZONA Nº 1 Y Nº 2  MUY IMPORTANTE QUE EL SUBROGATARIO ENTREGUE A SU ENTERA SATISFACCION AL SUBDIRECTOR MEDICO EN TURNO O JEFE DE SERVICIO QUE LO HAYA SOLICITADO, ASI COMO AL ENCARGADO DE INHALOTERAPIA EN TURNO, QUIEN SE ENCARGARA DE LA INSTALACION DEL EQUIPO. LOS DIRECTIVOS DEBERAN PONER EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE (4-30-2/03) SU NOMBRE COMPLETO, MATRICULA Y FIRMA, ESTO PARA FINES DE CONSTATAR EL SERVICIO BRINDADO.  DEBERÁN INCLUIR Y PROPORCIONAR AL MENOS 1 EQUIPO PEDIATRICO-NEONATAL Y UN EQUIPO DE ADULTO O DOS EQUIPOS VENTILATORIOS QUE SOPORTEN LOS 3 TIPOS DE PACIENTES (NEONATAL-PEDIATRICO Y ADULTO) LOS CUALES PERMANECERAN A DISPONIBILIDAD, EN EL LUGAR QUE CONSIDERE PERTINENTE CADA HOSPITAL.  LAS CARACTERISTICAS DEL EQUIPO SERA:  UN APARATO ELECTROMECÁNICO CONTROLADO POR MICROPROCESADOR, DE SOPORTE DE VIDA PARA APOYO VENTILATORIO EN PACIENTES ADULTOS, PEDIÁTRICOS Y NEONATALES QUE TIENEN COMPROMETIDA LA FUNCIÓN RESPIRATORIA CON MODALIDAD DE PRESION PARA PACIENTES NEONATALES-PEDIATRICOS Y VOLUMETRICO PARA PACIENTES ADULTOS, CON POSIBILIDAD DE CAMBIAR A MODO DE PRESION, CON PANTALLA A COLOR O MONOCROMATICA QUE MUESTRE GRÁFICAS, LAZOS DE VENTILACION Y DATOS NUMÉRICOS EN TIEMPO REAL, ALARMAS PRIORIZADAS Y LOS DIFERENTES MODOS VENTILATORIOS SELECCIONADOS PARA UN ADECUADO TRATAMIENTO  LA PETICIÓN PODRÁ SER REALIZADA ÚNICAMENTE POR EL SUBDIRECTOR MÉDICO EN TURNO.  CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS DE LOS EQUIPOS:  VENTILADOR CON PANTALLA A COLOR O MONOCROMATICA Y CONFIGURABLE POR EL USUARIO.  VOLUMEN CORRIENTE DE AL MENOS (5 O MENOR–INFERIOR, Y 2000ML O MAYOR SUPERIOR).  FLUJO INSPIRATORIO (LÍMITE INFERIOR 2 O MENOR O LÍMITE SUPERIOR 120L/MIN O MAYOR)  PRESIÓN INSPIRATORIA (CMH2O, LÍMITE INFERIOR 5 O MENOR Y LÍMITE SUPERIOR: 80 O MAYOR).  FRECUENCIA RESPIRATORIA (RPM), LÍMITE INF. 3 O MENOR Y LÍMITE SUP. 150 O MAYOR)  TIEMPO INSPIRATORIO, (LÍMITE INFERIOR 0.2 O MENOR Y LÍMITE SUPERIOR 5 O MAYOR)·  FIO2, (LÍMITE INFERIOR 21 Y LÍMITE SUPERIOR 100)  PEEP/CPAP (CMH2O), (LÍMITE INFERIOR 1 O MENOR, LÍMITE SUPERIOR:45 O MAYOR)  PRESIÓN SOPORTE (PSV), PRESIÓN ASISTIDA O ASB (CMH2O), LÍMITE INFERIOR 0 Y LÍMITE SUPERIOR:60 O MAYOR.  TRIGGER POR PRESIÓN Y POR FLUJO.  SENSIBILIDAD ESPIRATORIA O TERMINACIÓN DE LA FASE INSPIRATORIA.  VENTILACIÓN ASISTIDA CONTROLADA POR VOLUMEN Y PRESIÓN·          PRESIÓN SOPORTE O PRESIÓN ASISTIDA  CPAP O ESPONTANEO CON LÍNEA DE BASE ELEVADA, CON GARANTÍA O LÍMITE DE VOLUMEN.  RESPALDO EN CASO DE APNEA DE ACUERDO AL MODO VENTILATORIO POR VOLUMEN O PRESIÓN.  RESPIRACIÓN ESPONTANEA CON AL MENOS 2 NIVELES DE PRESIÓN  VENTILACIÓN CONTROLADA POR PRESIÓN EN NEONATOS, CICLADO POR TIEMPO Y LIMITADO EN PRESIÓN O TCPLV.  VENTILACIÓN LIMITADA POR PRESIÓN CICLADA POR TIEMPO Y POR FLUJO, PARA NEONATOS EN LOS MODOS DE VENTILACIÓN ASISTO-CONTROL, SIMV Y VENTILACIÓN CON PRESIÓN DE SOPORTE.  DEBE INCLUIR HUMIFICADOR SERVOCONTROLADO PARA USO CON CALENTADOR DE TUBO SENCILLO O DUAL, CON SENSOR DE TEMPERATURA, SEGÚN SE REQUIERA.  SE DEBERÁ DESPLEGAR LA RELACIÓN I:E, EL DESPLIEGUE DE AL MENOS 2 LAZOS DE VENTILACIÓN SIMULTANEA (VOLUMEN-TIEMPO, FLUJO-TIEMPO, PRESIÓN-TIEMPO).  LOS EQUIPOS DEBERÁN CONTENER UNA BATERÍA DE RESPALDO CON UNA DURACIÓN MÍNIMA DE 2 HRS.  EL EQUIPO DEBERÁ TENER ALARMAS AUDIBLES Y VISUALES. (APENA, PEEP BAJO, PRESIÓN INSPIRATORIA ALTA-BAJA, FIO2 ALTA Y BAJA, BAJA PRESIÓN EN EL SUMINISTRO DE GASES, FALTA DE ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA, BATERÍA BAJA, VENTILADOR INOPERANTE, O FALLA DEL VENTILADOR, SILENCIO DE ALARMA).  CIRCUITO DESECHABLE POR PACIENTE, PODRÁ SER ADULTO, PEDIÁTRICO O NEONATAL, SEGÚN LO REQUIERA EL ÁREA MÉDICA DEL INSTITUTO.  CÁMARA DE HUMIFICACIÓN  MASCARILLA DESECHABLE PARA CADA PACIENTE.  CAPACIDAD PARA OFRECER VENTILACIÓN NO INVASIVA.EN ESTA MODALIDAD DEBERA DE INCLUIRSE:  MASCARILLA NASAL U ORONASAL  CIRCUITO ESPECIAL PARA VENTILACION NO INVASIVA EN CASO DE REQUERIRSE POR EL EQUIPO  SE DEBE REALIZAR UNA CAPACITACIÓN AL ÁREA MÉDICA DEL HOSPITAL PARA EL CONOCIMIENTO DEL LOS EQUIPOS Y FUNCIONAMIENTO DEL MISMO AL INICIO DEL CONTRATO.  EL EQUIPO DE SOPORTE VENTILATORIO DEBERA ESTAR EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO Y EN CASO DE FALLA EL PROVEEDOR DEBERA SER RESPONSABLE DE LA SUSTITUCION INMEDIATA DEL EQUIPO.  SE DEBERA ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA A LA SUBDIRECCION MÉDICA Y LA JEFATURA DE TERAPIA INTENSIVA POR PARTE DEL PROVEEDOR, EL LISTADO DE PACIENTES Y EL TIEMPO QUE REQUIRIERON APOYO MECÁNICO VENTILATORIO, ESTO CON LA FINALIDAD DE CONSTATAR LOS EQUIPOS QUE FUERON UTILIZADOS. Y LA AGILIZACION DEL TRÁMITE DE LA SUBROGACION. | |
|  | |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** |
| **ESTUDIOS ENDOSCOPICOS ESPECIALES, CPRE SIMPLE Y CPRE CON PROTESIS BILIAR (PARTIDA 14)** | **LA COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPRE**) ES UN ESTUDIO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DEL PÁNCREAS Y LA VÍA BILIAR, COMBINA LA ENDOSCOPIA CON LOS RAYOS X PARA SU REALIZACIÓN.  SE UTILIZA UN DUODENOSCOPIO, QUE TIENE VISIÓN LATERAL QUE PERMITE LA LOCALIZACIÓN DE LA PAPILA MAYOR O AMPOLLA DE VATER Y DE LA PAPILA MENOR O ACCESORIA, AMBAS SE ENCUENTRAN EN LA SEGUNDA PORCIÓN DE DUODENO. USUALMENTE ES EL AMPOLLA DE VATER EL PUNTO DE INTERÉS. AL CANULAR EL ÁMPULA DE VATER SE PUEDE INYECTAR MEDIO DE CONTRASTE Y ES ALLÍ CUANDO ENTRAN A FUNCIONAR LOS RAYOS X, POR MEDIO DE FLUOROSCOPÍA QUE ES UN ESTUDIO DINÁMICO. SE OBSERVA CÓMO AVANZA EL MEDIO DE CONTRASTE Y DIBUJA LA VÍA BILIAR O PANCREÁTICA. PERMITE DETERMINAR SU ANATOMÍA Y DETECTAR DEFORMIDADES, PRESENCIA DE CÁLCULOS, DE TUMORES O DE ESTRECHECES. SI SE DETECTA ALGUNA ANORMALIDAD, CON FRECUENCIA SE PASA A LA FASE TERAPÉUTICA.  FUNCIONA TERAPÉUTICAMENTE EN ENFERMEDADES COMO LOS CÁLCULOS DE LA VÍA BILIAR (COLEDOCOLITIASIS), LOS TUMORES DE LA VÍA BILIAR Y PANCREÁTICA, LAS OBSTRUCCIONES POSTQUIRÚRGICAS, LOS PSEUDOQUISTES DEL PÁNCREAS, LA DISFUNCIÓN DEL ESFÍNTER DE ODDI Y EN PÁNCREAS DIVISUM.  LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZAN CON MAYOR FRECUENCIA SON: PAPILOTOMÍA O ESFINTEROTOMÍA. ES DE UTILIDAD EN LA MAYORÍA DE PATOLOGÍAS ARRIBA MENCIONADAS YA QUE PERMITE LA INTRODUCCIÓN DE OTROS INSTRUMENTOS TERAPÉUTICOS Y ADEMÁS FACILITA LA EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS BILIARES. BARRIDO CON BALÓN: ES DE UTILIDAD PARA EXTRAER LAS CÁLCULOS DE LA VÍA BILIAR. SE INTRODUCE UNA CÁNULA QUE TIENE UN BALÓN INFLABLE EN SU PUNTA. EL BALÓN PASA ESTANDO DESINFLADO Y SE COLOCA DISTAL A LA PIEDRA, ENTONCES SE INFLA Y CON ESTO SE EMPUJA LA PIEDRA EXTRAYÉNDOLA. BARRIDO CON CANASTA: ES SIMILAR AL BARRIDO CON BALÓN PERO CONSISTE EN UNA CANASTA QUE SE ABRE EN LA VÍA BILIAR Y SE MANIPULA HASTA COLOCAR EL CÁLCULO EN SU INTERIOR. UNA VEZ COLOCADA SE CIERRA PARA ATRAPAR LA PIEDRA Y LUEGO SE EXTRAE. LITOTRIPSIA: DE MANERA SIMILAR, SE CAPTURA LA PIEDRA CON LA CANASTA, SOLO QUE SE EJERCE PRESIÓN SOBRE LA PIEDRA HASTA DESINTEGRARLA PARA LUEGO PODERLA EXTRAER. ES DE UTILIDAD EN LOS CÁLCULOS DE MAYOR TAMAÑO QUE NO PUEDEN SER EXTRAÍDOS EN UNA PIEZA A PESAR DE LA ESFINTEROTOMÍA. DILATACIÓN: SE USA EN VÍA BILIAR Y EN VÍA PANCREÁTICA, TANTO EN ESTRECHECES BENIGNAS (POSTQUIRÚRGICAS, TRAUMÁTICAS) COMO EN MALIGNAS (COLANGIOCARCINOMA, CÁNCER DE LA CABEZA DEL PÁNCREAS). SE UTILIZAN DILATADORES INFLABLES O DE DIÁMETRO CRECIENTE. POSTERIOR A LA DILATACIÓN SUELE COLOCARSE UN STENT EN EL ÁREA ESTRECHA QUE MANTIENE LA PERMEABILIDAD DE LA VÍA. COLOCACIÓN DE STENTS: EL STENT ES UN TUBO PLÁSTICO O DE METAL CUYA FUNCIÓN ES PERMITIR EL DRENAJE DE LA VÍA DONDE SE COLOQUE. SE USA EN TUMORES Y EN ESTRECHECES BENIGNAS. LOS PLÁSTICOS SON TEMPORALES Y SE REMUEVEN MESES O DÍAS DESPUÉS, LOS METÁLICOS SON PERMANENTES Y POR TANTO, SOLO SE USAN EN NEOPLASIAS COMPROBADAS CON FINES TERAPÉUTICOS Y SELECTIVOS FINES. EN CASO DE COMPLICACIONES QUE PUDIERAN OCURRIR EN LAS SIGUIENTES 72 HRS A LA REALIZACION DEL ESTUDIO Y/O PROCEDIMIENTO, SERA RESPONSABILIDAD DEL SUBROGATARIO.  EN EL CASO DE QUE EL PACIENTE AMERITE INSTALACION DE UNA PROTESIS BILIAR ESTA SERA SUMINISTRADA POR EL MISMO SUBROGATARIO Y EN EL MISMO MOMENTO NO REGRESARLO A LA UNIDAD EMISORA PARA REQUISITAR UN NUEVO FORMATO DE SUBROGACION Y UNA NUEVA CITA YA QUE ESTE PROCEDIMIENTO POR SU GRADO DE COMPLEJIDAD IMPLICA UN ALTO RIESGO.  EN LOS ESTUDIOS ENDOSCOPICOS AMBULATORIOS EL PACIENTE DEBERA ACUDIR POR SUS PROPIOS MEDIOS AL CONSULTORIO O GABINETE DEL SUBROGATARIO (MISMO QUE DEBERA ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD) PREVIA CITA PARA LA REALIZACION DE ESTE ESTUDIO O BIEN SER TRASLADADO POR UNA AMBULANCIA DEL INSTITUTO EN CASOS DE PACIENTES QUE SE ENCUENTREN HOSPITALIZADOS.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  EL SUBROGATARIO DEBERA INFORMAR EN FORMA OPORTUNA Y CLARA LOS REQUISITOS PARA LA REALIZACION DE LOS ESTUDIO ENDOSCOPICOS TALES COMO PREPARACION PREVIA, LABORATORIO Y/O GABINETE E INFORMACION MEDICA YA QUE EL EXPEDIENTE CLINICO NO PUEDE SALIR DE LA UNIDAD.  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 24 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES.  **RESULTADOS DE ESTUDIOS:**  PARA ATENCION URGENTE : RESULTADOS AL TERMINAR EL ESTUDIO  PARA ATENCION ORDINARIA: AL DIA SIGUIENTE DEL ESTUDIO  SE DEBERA ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
|
|
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** |
| **COLONOSCOPIAS Y COLONOSCOPIA CON BIOPSIA**  **(PARTIDA 15)** | COLONOSCOPIA ES UN METODO DE DIAGNÓSTICO INVASIVO UTILIZADO PARA VISUALIZAR EL INTESTINO GRUESO (COLON ASCENDENTE, COLON TRANSVERSO, COLON DESCENDENTE Y SIGMOIDES).  LA PRINCIPAL INDICACION DE ESTE PROCEDIMIENTO ES CUANDO SE SOSPECHA LA PRESENCIA DE CUALQUIER TIPO DE LESION EN EL COLON,. COMO COLITIS, PÓLIPOS, HEMORRAGIA, DIARREA CRÓNICA, DIVERTICULOS, TUMORES., ETC., CON BIOPSIA INCLUIDA .**EN CASO DE COMPLICACIONES QUE PUDIERAN OCURRIR EN LAS SIGUIENTES 72 HRS A LA REALIZACION DEL ESTUDIO Y/O PROCEDIMIENTO, SERA RESPONSABILIDAD DEL SUBROGATARIO.**  EL PACIENTE DEBERA ACUDIR POR SUS PROPIOS MEDIOS AL CONSULTORIO O GABINETE DEL SUBROGATARIO (MISMO QUE DEBERA ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD) PREVIA CITA PARA LA REALIZACION DE ESTE ESTUDIO O BIEN SER TRASLADADO POR UNA AMBULANCIA DEL INSTITUTO EN CASOS DE QUE EL PACIENTE ESTE HOSPITALIZADO  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  SE REQUIERE EL SERVICIO LAS 24 HORAS DEL DIA DE LOS 365 DIAS DEL AÑO  MUY IMPORTANTE ENTREGA DE RESULTADOS INTERPRETADOS EN EL MISMO MOMENTO CON EL PACIENTE  ENTREGAR MUESTRA DE BIOPSIA CON EL PACIENTE PARA SU ANALISIS EN LAS INSTALACIONES DEL INSTITUTO.  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 24 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES.  **RESULTADOS DE ESTUDIOS:**  PARA ATENCION URGENTE : AL FINALIZAR EL ESTUDIO  PARA ATENCION ORDINARIA: AL DIA SIGUIENTE DEL ESTUDIO  SE DEBERA ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL RESUMEN DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** |
| **ESTUDIOS ENDOSCOPICOS CONVENCIONALES, ENDOSCOPIAS ALTAS CON Y SIN ANESTESIA ADULTO, ENDOSCOPIAS ALTAS PEDIATRICAS CON Y SIN ANESTESIA, ENDOSCOPIAS GASTROFAGICAS CON DILATACIONES, ENDOSCOPIA GASTROENSOFAGICA CON ESCLEROTERAPIA, ENDOSCOPIA GASTROENSOFAGICA CON LIGADURA DE VARICES ESOFAGICA, BRONCOSCOPIA ADULTO Y PEDIATRICO (PARTIDA 16)** | LAS ENDOSCOPIAS ALTAS ES UN METODO INVASIVO DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO PARA VISUALIZAR EL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR (ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO). LA PRINCIPAL INDICACION ES EXPLORACION DIAGNOSTICA DE ESTAS AREAS EN BUSCA DE LESIONES (CON TOMA DE BIOPSIA SI ES NECESARIO), TALES COMO: VARICES ESOFAGICAS, ULCERAS GASTRICAS, TUMORACIONES VARIAS, ETC. PUEDE SER TERAPEUTICO (LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS), CAUTERIZACION ESCLEROTERAPIA DE VARICES ESOFAGICAS Y GASTRICAS Y EXTRACCION DE CUERPOR EXTRAÑOS), QUEDANDO A CRITERIO DEL PROVEEDOR LA UTILIZACION DE ANESTESIA Y/O SEDACION ASI COMO EL APORTE DE LOS INSUMOS QUE REQUIERA PARA EL PROCEDIMIENTO DEBERA PROPORCIONARLOS EL PROPIO SUBROGATARIO. **EN CASO DE COMPLICACIONES QUE PUDIERAN OCURRIR DURANTE LA REALIZACION DEL ESTUDIO, SERA RESPONSABILIDAD DEL SUBROGATARIO DAR ATENCION AL PACIENTE Y REGERESARLO EN CONDICIONES ESTABLES A LA UNIDAD DE REFERENCIA.**  EL PROVEEDOR DEBERA INCLUIR DENTRO DEL COSTO DEL CONTRATO, LAS LIGAS PARA LIGADURA DE VARICES, EL POLIDOCANO AL 3% PARA ESCLEROTERAPIA, LOS DILATADORES Y EL EQUIPAMIENTO NECESARIO PARA EXTRACCION DE CUERPOS EXTRAÑOS.  EL PACIENTE DEBERA ACUDIR POR SUS PROPIOS MEDIOS A RECIBIR LA ATENCION AL CONSULTORIO O GABINETE MEDICO DEL SUBRROGATARIO, SOLO EN CASO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS, ESTE SERA TRASLADADO POR UNA AMBULANCIA DEL PROPIO INSTITUTO O BIEN EL SUBROGATARIO DEBERA ACUDIR AL INSTITUTO A PROPORCIONAR DICHO SERVICIO.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  SE REQUIERE EL SERVICIO LAS 24 HORAS DEL DIA DE LOS 365 DIAS DEL AÑO  MUY IMPORTANTE ENTREGA DE RESULTADOS INTERPRETADOS EN EL MISMO MOMENTO CON EL PACIENTE  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 8 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES.  **RESULTADOS DE ESTUDIOS:**  PARA ATENCION URGENTE : AL FINALIZAR EL ESTUDIO  PARA ATENCION ORDINARIA: AL DIA SIGUIENTE DEL ESTUDIO  SE DEBERÁ ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL RESUMEN DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** |
| **MEDICINA NUCLEAR**  **(PARTIDA 17)** | LOS ESTUDIOS DE MEDICINA NUCLEAR PARA SU REALIZACIÓN, PRECISAN DE LA ADMINISTRACIÓN PREVIA AL PACIENTE, GENERALMENTE POR VÍA INTRAVENOSA, DE UN RADIOFÁRMACO, EL CUAL UNA VEZ EN EL INTERIOR DEL ORGANISMO, SE FIJA EN UN TEJIDO, ÓRGANO O SISTEMA DETERMINADO, POSIBILITANDO SU SEGUIMIENTO DESDE EL EXTERIOR DEBIDO A SU CAPACIDAD DE EMITIR UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE RADIACIÓN GAMMA QUE ES DETECTADA POR UNOS APARATOS DENOMINADOS GAMMAGRAMAS. ESTA SEÑAL RADIACTIVA EMITIDA ES AMPLIFICADA Y TRANSFORMADA EN UNA SEÑAL ELÉCTRICA QUE POSTERIORMENTE ES ANALIZADA POR UN ORDENADOR Y CONVERTIDA EN IMÁGENES DEL ÓRGANO ESTUDIADO.  ESTOS ESTUDIOS SE REALIZAN EN INSTALACIONES QUE CUENTEN CON PERMISO DE LA COMISION NACIONAL NUCLEAR, DEBIENDO TENER LA CAPACIDAD PARA REALIZAR LOS ESTUDIOS CON OPORTUNIDAD Y EL TIEMPO NECESARIO PARA SU VALORACION POR EL PERSONAL INSTITUCIONAL.  EN CASO DE COMPLICACIONES DURANTE LA REALIZACION DEL ESTUDIO Y/O PROCEDIMIENTO, SERA RESPONSABILIDAD DEL SUBROGATARIO DAR LA ATENCION INICIAL AL PACIENTE, HASTA SU ESTABILIZACION Y DARA AVISO A LA UNIDAD MEDICA SUBROGATARIA.  LOS ESTUDIOS PUEDEN SER PROGRAMADOS PREVIA CITACON UN PLAZO NO MAYOR A 72 HORAS O URGENTES LAS 24 HORAS LOS 365 DÍAS DEL AÑO, EL PACIENTE SUBROGADO ACUDIRA A LAS INSTALACIONES DEL SUBROGATARIO PARA LA REALIZACIÒN DEL ESTUDIO, POR SUS PROPIOS MEDIOS O TRASLADADO POR AMBULANCIA DEL PROPIO INSTITUTO EN CASOS DE QUE LAS CONDICIONES DEL PACIENTE NO PERMITAN LA DEAMBULACIÓN.  EL DERECHOHABIENTE DEBERÁ RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 24 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 DIAS NATURALES.  RESULTADOS DE ESTUDIOS:  PARA ATENCION URGENTE : EN UN MÁXIMO DE 4 HORAS DIRECTAMENTE AL PACIENTE  PARA ATENCION ORDINARIA: AL DIA SIGUIENTE DEL ESTUDIO EN CASO DE PACIENTES AMBULATORIOS, EN CASO DE PACIENTES QUE SE ENCUENTREN HOSPITALIZADOS EL RESULTADO SE DEBERA ENTREGAR A LA SUBDIRECCION MEDICA DEL LA UNIDAD SUBROGATARIA.  SE DEBERA ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCION Y/O SUBDIRECCION MEDICA DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** |
| **DOSIMETRIA**  **(PARTIDA 18)** | UN DOSIMETRO ES UN MEDIDOR DE RADIACION DISEÑADO PARA CUANTIFICAR LA RADIACION ACUMULADA DURANTE UN PERIODO DE TIEMPO EN PERSONAL QUE ESTÁ EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES, O QUE PERMANECE EN ZONAS DONDE EXISTE RIESGO DE RADIACION, ESPECIFICAMENTE LOS DEPARTAMENTOS DE RAYOS X EN CLINICAS Y HOSPITALES  LOS DOSIMETROS SON ENVIADOS A LUGARES ESPECIALIZADOS PARA QUE SE REALICE LA LECTURA DE LA CANTIDAD DE RADIACION RECIBIDA POR EL PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO, EN FORMA MENSUAL Y ACUMULADA ANUAL, QUE SE ENTREGARAN AL INSTITUTO CON LA PERIODICIDAD SEÑALADA.  DEBERA ENTREGAR LOS RESULTADOS EN UN MÁXIMO DE 3 A 5 DIAS HABILES POSTERIOR A REALIZAR LAS MEDICIONES Y EL PROVEEDOR ESTARA OBLIGADO A PRESENTAR UN INFORME MENSUAL Y ANUAL DE LOS RESULTADOS EN FORMA ESCRITA Y DIGITAL ENVIADO A LA JEFATURA DE RAYOS X Y A LA DIRECCION DE CADA UNO DE LOS HOSPITALES GENERALES DE ZONA  EL PROVEEDOR DEBERA DOTAR AL INSTITUTO LOS DOSIMETROS NECESARIOS PARA EL PERSONAL DEL INSTITUTO ADSCRITO AL SERVICIO DE RADIOLOGIA DE CADA UNIDAD MEDICA, DE ACUERDO AL REGISTRO DEL PERSONAL ENTREGADO POR LA JEFATURA DE RAYOS X Y/O DIRECTORES DE UNIDAD MEDICA.  LA ENTREGA DE LOS DOSIMETROS DEBERA REALIZARSE DE 3 A 5 DIAS HABILES AL TERMINO DE CADA MES PREVIO AL INICIO DEL MES SIGUIENTE AL JEFE DE SERVICIO DE RAYOS X Y/O DIRECTORES DE UNIDAD MEDICA, ASIMISMO DEBERA REALIZAR LA RECOLECCION DE LOS DOSIMETROS AL INICIO DEL MES. |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** |
| **ELECTROENCEFALOGRAMA Y ELECTROENCEFALOGRAMA PORTATIL (PARTIDA 19)** | ES UN ESTUDIO NO INVASIVO QUE REGISTRA LA ACTIVIDAD BIOELECTRICA CEREBRAL, EN CONDICIONES DE REPOSO, SUEÑO O VIGILIA, Y DURANTE ESTÍMULOS ESPECIFICOS, QUE SE REALIZA CON FINES DE COMPLEMENTO DIAGNOSTICO EN NEUROLOGIA.  EN CASO DE ELECTROENCEFALOGRAFIA NO PORTATIL, EL PACIENTE DEBERA ACUDIR POR SUS PROPIOS MEDIOS AL CONSULTORIO O GABINETE DEL SUBROGATARIO (MISMO QUE DEBERA ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD DE AGUASCALIENTES), PREVIA CITA, LA CUAL DEBERA DE SER OTORGADA EN UN LAPSO NO MAYOR DE 3 DIAS CALENDARIO PARA LA REALIZACION DEL ESTUDIO.  EN EL CASO DE ELECTROENCEFALOGRAMA PORTATIL; EL SUBROGATARIO DEBERA ACUDIR A REALIZAR DICHO ESTUDIO A LA UNIDAD HOSPITALARIA (HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1 O 2) DE MANERA INMEDIATO A LA SOLICITUD DEL DIRECTIVO EN TURNO CUANDO ASI SE REQUIERA, EN UN LAPSO NO MAYOR A 4 HORAS.  AMBOS ESTUDIOS DEBERAN UTILIZAR ELECTROENCEFALOGHRAFIA DIGITAL CON MAPEO CEREBRAL.  LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO INVARIABLEMENTE DEBERAN DE ENTREGARSE EN FORMATO DIGITAL QUE INCLUYA SOFTWARE ADECUADADO PARA LA VISUALIZACION DEL MISMO EN CUALQUIER ORDENADOR INSTITUCIONAL, Y CON INTERPRETACION IMPRESA DE LA SIGUIENTE MANERA:  PARA ATENCION ORDINARIA: AL DIA SIGUIENTE DEL ESTUDIO  PARA ATENCION URGENTE : AL TERMINO DEL ESTUDIO  OFRECER AL DERECHOHABIENTE UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO  SE DEBERA ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL, PARA LLEVAR CONTROL DE LOS ESTUDIOS PRACTICADOS, POR LO QUE DE NO HABER ESTUDIOS REALIZADOES EN DICHA SEMANA NO SERA OBLIGACION ENVIAR RESUMEN ALGUNO. |
| **ERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** |
| **USG DOOPLER COLOR ONCOLOGIA, USG DOOPLER COLOR HEPATICO, USG DOOPLER COLOR PORTAL, USG DOOPLER COLOR PELVICO, USG DOOPLER MAMARIO (PARTIDA 20)** | EL ULTRASONIDO DOPLER COLOR; PROCEDIMIENTO COMPLEMENTARIO AL REALIZADO EN ESCALA DE GRISES Y QUE FAVORECE ESTUDIAR PATOLOGIAS PRINCIPALMENTE RELACIONADOS CON NEOPLASIAS DE LOS DIFERENTES ORGANOS Y DIFERENCIAR ENTRE OTROS (IMÁGENES EN ROJO Y AZUL DEPENDIENDO DEL SENTIDO DEL FLUJO), Y EVALUAR EL COMPROMISO DE LAS ESTRUCTURAS ANATOMICAS RELACIONADAS CON LAS DIFERENTES NEOPLASIAS.  SE REALIZA EN UN GABINETE ESTABLECIDO Y AUTORIZADO POR LA SECRETARIA DE SALUD EN EL ESTADO QUE PUEDE SER INDEPENDIENTE Ò DENTRO DE UNA UNIDAD MEDICA DE ATENCIÒN AMBULATORIA, (MISMO QUE DEBERA ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD).  EL SUBROGATARIO DEBERÀ ENTREGAR INVARIABLEMENTE EL RESULTADO DEL ESTUDIO EN IMÁGENES EL MISMO DIA E INTERPRETADO POR ESCRITO POR EL MEDICO RADIOLOGO, CON LA DESCRIPCION DETALLADA DE LOS HALLAZGOS Y POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS.  LOS ESTUDIOS PUEDEN SER PROGRAMADOSCON NO MAS DE 72 HORAS O URGENTES (LAS 24 HORAS LOS 365 DÍAS DEL AÑO) Y EL PACIENTE SUBROGADO ACUDIRA AL GABINETE SUBROGATARIO PARA LA REALIZACIÒN DEL ESTUDIO Y ACUDE POR SUS PROPIOS MEDIOS O TRASLADADO POR AMBULANCIA DEL PROPIO INSTITUTO CUANDO SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  ASI COMO QUE LA EMPRESA GANADORA DEBERA DE CONTAR CON EQUIPOS SUFICIENTE PARA PODER ATENDER A LA POBLACION DERECHOHABIENTE, Y NO TRASLADAR A LOS PACIENTES DE UN LUGAR A OTRO.  EL ULTRASONIDO DOPLER COLOR; PROCEDIMIENTO COMPLEMENTARIO AL REALIZADO EN ESCALA DE GRISES Y QUE FAVORECE ESTUDIAR PATOLOGIAS PRINCIPALMENTE DEL HIGADO QUE REQUIERA EVALUAR EL COMPROMISO VASCULAR. IMÁGENES EN ROJO Y AZUL DEPENDIENDO DEL SENTIDO DEL FLUJO), Y EVALUAR EL COMPROMISO DE LAS ESTRUCTURAS ANATOMICAS RELACIONADAS CON LAS DIFERENTES PATOLOGIAS  EL ULTRASONIDO DOPLER COLOR; PROCEDIMIENTO COMPLEMENTARIO AL REALIZADO EN ESCALA DE GRISES Y QUE FAVORECE ESTUDIAR PATOLOGIAS PRINCIPALMENTE DE LA VENA PORTA QUE REQUIERA EVALUAR EL COMPROMISO VASCULAR. IMÁGENES EN ROJO Y AZUL DEPENDIENDO DEL SENTIDO DEL FLUJO), Y EVALUAR EL COMPROMISO DE LAS ESTRUCTURAS ANATOMICAS RELACIONADAS CON LAS DIFERENTES PATOLOGIAS DE LA VENA PORTA.  EL ULTRASONIDO DOPLER COLOR; PROCEDIMIENTO COMPLEMENTARIO AL REALIZADO EN ESCALA DE GRISES Y QUE FAVORECE ESTUDIAR PATOLOGIAS PRINCIPALMENTE DE LA MAMA QUE REQUIERA EVALUAR EL COMPROMISO VASCULAR. IMÁGENES EN ROJO Y AZUL DEPENDIENDO DEL SENTIDO DEL FLUJO), Y EVALUAR EL COMPROMISO DE LAS ESTRUCTURAS ANATOMICAS RELACIONADAS CON LAS DIFERENTES PATOLOGIAS DE LA MAMA.  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 8 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES.  **RESULTADOS DE ESTUDIOS:**  PARA ATENCION URGENTE : AL FINAL DEL ESTUDIO  PARA ATENCION ORDINARIA: AL DIA SIGUIENTE DEL ESTUDIO  SE DEBERA ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** |
| **SERVICIO DE PATOLOGIA (INMUNOHISTOQUIMICO) Y TINCIONES ESPECIALES (PARTIDA 21)** | EL ESTUDIO INMUNOHISTOQUIMICO SIRVE PARA DETECCION DE ANTIGENOS EN CORTES DE TEJIDOS PROCESADOS CON LAS TECNICAS DE RUTINA, Y ES DE UTILIDAD COMO METODO DIAGNOSTICO EN LA PATOLOGIA HUMANA.  SE UTILIZA EN PREPARADOS HISTOLOGICOS Y TAMBIEN PARA COLOREAR ESPECIMENES CITOLOGICOS, TALES COMO LIQUIDOS DE PUNCION, CITOLOGIA EXFOLIATIVA, MUESTRAS HEMATOLOGICAS, PUNCIONES CON AGUJA FINA, ETC.  SERVICIO DE PATOLOGIA TINCIONES ESPECIALES COMO LO SON RECEPTORES DE ESTROGENOS, RECEPTORES DE PROGESTERONA Y HER-2-NEU PARA PRONOSTICO DE CANCER DE MAMA.  CD 20 PARA TUMORES DE ORIGEN EPITELIAL GASTRICO.  PTF-1 PARA TUMOR EPITELIAL PULMONAR  CD-3, CD-4 PARA LINFOMAS DE LINFOCITOS T  CD-20, BCL2 PARA LINFOMA FOLICULAR DE LINFOCITOS B  CD6 PARA LINFOCITOS DEL CENTRO GERMINAL NO MALIGNOS  CD 15, CD 30 PARA LINFOMA DE HODKING  CD45 RO PARA LINFOMAS B RICOS EN LINFOCITOS T  CADENAS KAPPA, CADENAS LAMBDA PARA MIELOMA MULTIPLE O DISCRASIA DE CELULAS PLASMATICAS  HMB45 PARA MELANOMAS  CITOQUERATINA 8-18 DE ALTO PESO PARA CANCER DE PROSTATA  CITOQUERATINAS 7, CITOQUERATINAS 10 PARA TUMORES DE OVARIO  PROTEINAS S-100 PARA TUMORES NEUROGENICOS |
| ESTOS ESTUDIOS SE REALIZARAN EN UN CONSULTORIO DE PATOLOGIA BIEN ESTABLECIDO  EL ESTABLECIMIENTO DEBERA CONTAR CON LA LICENCIA SANITARIA  EL SERVICIO SUBROGATARIO RECIBIRA DEL PACIENTE EL BLOQUE DE PARAFINA CON LA MUESTRA BIEN REQUISITADA EN FORMATO DE PATOLOGIA |
| ENTREGAR RESULTADOS DE ESTUDIOS EN TIEMPO Y FORMA CON EL MISMO PACIENTE  RECIBIR TRATO AMABLE |
| EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 24 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES.  **RESULTADOS DE ESTUDIOS:**  PARA ATENCION URGENTE : EN UN MÁXIMO DE 4 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: AL DIA SIGUIENTE DEL ESTUDIO  SE DEBERA ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL RESUMEN DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** |
| **RADIOTERAPIA LINEAL (CONFORMACIONAL) (PARTIDA 22)** | LA RADIOTERAPIA CONFORMACIONAL MEDIANTE ACELERADOR LINEAL, PERMITE ENTREGAR DOSIS ALTAS DE RADIACIÓN EN EL VOLUMEN BLANCO DE PLANEACIÓN, LO QUE HA PERMITIDO INCREMENTAR LA DOSIS TOTAL DE TRATAMIENTO CON EL CONSECUENTE INCREMENTO EN LA POSIBILIDAD DE CONTROL TUMORAL; LA SEGUNDA VENTAJA COMPROBADA DE LA RADIOTERAPIA CONFORMACIONAL MEDIANTE ACELERADOR LINEAL ES QUE SE HA LOGRADO LIMITAR DE MANERA SIGNIFICATIVA LA DOSIS A LOS TEJIDOS SANOS ADYACENTES, DE TAL MANERA DE QUE SE LOGRA DISMINUIR DE FORMA SIGNIFICATIVA LA POSIBILIDAD DE EFECTOS SECUNDARIOS AGUDOS Y CRÓNICOS  PARA ESTE TRATAMIENTO EL SUBROGATARIO DEBERA DE CONTAR CON INSTALACION EN LA LOCALIDAD AL MOMENTO DE ADJUDICAR EL CONTRATO.  EN EL CASO DE PACIENTES AMBULATORIOS DEBERA ACUDIR POR SUS PROPIOS MEDIOS AL CONSULTORIO O GABINETE DEL SUBROGATARIO BAJO PREVIA CITA NO MAYOR A 72 HORAS PARA LA REALIZACION DE ESTE TRATAMIENTO Y EN LOS CASOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS DEBERAN SER TRASLADADOS EN AMBULANCIA, IGUALMENTE EN CASOS URGENTES. LA ANTENCION DEBE BRINDARSE LAS 24 HORAS DEL DIA Y LOS 365 DIAS DEL AÑO. PREVIO INICIO DE LAS SESIONES DE RADIOTERAPIA, EL PACIENTE DEBERA SER EVALUADO DENTRO DE LAS INSTALACIONES DONDE SERA OTORGADO EL TRATAMIENTO POR EL ONCOLOGO O RADIO-ONCOLOGO PARA DETERMINAR LA INTENSIDAD Y NUMERO DE SESIONES, POSTERIOR A LOS CUAL EMITITIRAN UN DOCUMENTO DIRIGIDO A LA JEFATURA DEL SERVICIO CORRESPONDIENTE Y A SUBDIRECCION MEDICA PARA PODER EMITIR LA HOJA DE SUBROGACION CON EL NUMERO DE SESIONES INDICADAS. EN CASO DE COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA RADIOTERAPIA EL SUBROGATARIO SE HARA CARGO DE LA ATENCION DE DICHAS COMPLICACIONES HASTA SU RESOLUCION  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 24 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES.  **REPORTE DEL TRATAMIENTO:**  PARA ATENCION URGENTE : EN UN MÁXIMO DE 4 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: AL DIA SIGUIENTE DEL ESTUDIO  SE DEBERA ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** |
| **ECOCARDIOGRAMA CONVENCIONAL ADULTO Y PEDIATRICO, ECOCARDIOGRAMA PORTATIL ADULTO Y PEDIATRICO. ECOCARDIOGRAMA CON DOBUTAMIDA, ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO, PRUEBA DE ESFUERZO, REHABILITACION CARDIACA , HOLTER (PARTIDA 23)** | ESTUDIO DE GABINETE NO INVASIVO QUE SE REALIZA CON FINES DIAGNOSTICOS EN PACIENTES CON CARDIOPATIA DE DIVERSA ETIOLOGIA QUE PUEDE INCLUSO ESTABLECER PRONOSTICO FUNCIONAL A LOS PACIENTES.  **ES UNA PRUEBA DIAGNOSTICA QUE PERMITE EL REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ELECTRICA DEL CORAZON DE FORMA CONTINUA DURANTE UN PERIODO DE TIEMPO PRE ESTABLECIDO (24 A 48 HS). ESTE REGISTRO EMPLEA EL APARATO CONOCIDO COMO HOLTER CARDIACO, FORMADO POR ELECTRODOS QUE SE CONECTAN AL TORAX DEL PACIENTE Y A UN APARATO GRABADOR DONDE SE ANALIZA EN FORMA POSTERIOR LA ACTIVIDAD DEL CORAZON, PREDOMINANTEMENTE CUANDO HAY ARRITMIAS CARDIACAS**.  LA ECOCARDIOGRAFÍA APORTA INFORMACIÓN ACERCA DE LA FORMA, TAMAÑO, FUNCIÓN, FUERZA DEL CORAZÓN, MOVIMIENTO Y GROSOR DE SUS PAREDES Y EL FUNCIONAMIENTO DE SUS VÁLVULAS. ADEMÁS, PUEDE APORTAR INFORMACIÓN DE LA CIRCULACIÓN PULMONAR Y SUS PRESIONES, LA PORCIÓN INICIAL DE LA AORTA Y VER SI EXISTE LÍQUIDO ALREDEDOR DEL CORAZÓN (DERRAME PERICÁRDICO). **EL ECOCARDIOGRAMA CON MÉTODO DOPPLER Y EL DOPPLER COLOR** PARA ANALIZAR EL FLUJO DE LA SANGRE DENTRO DEL CORAZÓN.  LA COMBINACIÓN DEL ECOCARDIOGRAMA CLÁSICO Y EL DOPPLER COLOR PERMITE OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LAS ESTRUCTURAS DEL CORAZÓN Y SU FUNCIONAMIENTO. DETERMINAR EL TAMAÑO (DIÁMETROS, ÁREAS Y VOLÚMENES), Y CALCULAR EL PESO DEL MISMO EN GRAMOS  DETERMINAR EN FORMA NO INVASIVA LAS PRESIONES INTRACARDÍACAS Y PULMONARES, LA FUERZA DE CONTRACCIÓN, ASÍ COMO EL VOLUMEN QUE EYECTA EN CADA LATIDO. MEDIR LA VELOCIDAD Y LA PRESIÓN DE LA SANGRE QUE PASA A TRAVÉS DE CADA UNA DE LAS VÁLVULAS.  **EL ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO** CONSISTE EN LA REALI- ZACIÓN DE UN ECOCARDIOGRAMA MEDIANTE UNA PEQUEÑA SONDA INSTALADA EN UN ENDOSCOPIO DE CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL QUE SE EMPLEA PARA LA REALIZACIÓN DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS.  GRACIAS A ESTE SISTEMA, CONSEGUIMOS COLOCAR LA SONDA DE ECOCARDIOGRAFÍA EN UNA POSICIÓN MUY PRÓXIMA A LAS ESTRUCTURAS CARDIACAS, CON LO QUE LA CALIDAD DE LAS IMÁGENES OBTENIDAS SUELE SER MUY ALTA.  LA ECOCAR- DIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA NOS PERMITE ANALIZAR LAS CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS Y LA FUNCIÓN DE LAS ESTRUCTURAS CARDIACAS, ASÍ COMO EVALUAR LOS FLUJOS SANGUÍNEOS INTRACARDIACOS E INTRAVASCULARES.  **UN ECOCARDIOGRAMA STRESS CON DOBUTAMINA**, ALGUNAS VECES LLAMADO SOLO ECO STRESS, ES UNA HERRAMIENTA DE DIAGNÓSTICO NO INVASIVO QUE COMBINA EL ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO CON LA ESTIMULACIÓN CARDIACA CON UN FÁRMACO LLAMADO DOBUTAMINA.  LA DOBUTAMINA ES UN MEDICAMENTO QUE PERTENECE AL GRUPO DE LOS ESTIMULANTES DE RECEPTORES BETA Y ENTRE OTROS EFECTOS PRODUCE AUMENTO DE LA FUERZA DE CONTRACCIÓN DEL CORAZÓN ASÍ COMO AUMENTO DE LA FRECUENCIA CARDIACA, EFECTOS QUE SE EVALÚAN DURANTE LAS DIFERENTES FASES DEL ESTUDIO. DE ESTA FORMA PERMITE LA DETECCIÓN DE ALTERACIONES EN LA CONTRACCIÓN DEL CORAZÓN CUYA CAUSA PRINCIPAL ES SECUNDARIA A OBSTRUCCIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS. ASÍ, EN ESTE ESTUDIO PRIMERO SE ADQUIEREN IMÁGENES DEL CORAZÓN EN REPOSO Y LUEGO SE COMPARAN CON LAS OBTENIDAS DURANTE LA ESTIMULACIÓN PARA EVALUAR COMO RESPONDE EL CORAZÓN. ESTE ESTUDIO DEBE REALIZARSE POR UN CARDIÓLOGO-ECOCARDIOGRAFISTA.  LA PRUEBA DE ESFUERZO ES UN ESTUDIO COMÚN QUE SE UTILIZA PARA DIAGNOSTICAR LA ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA. PERMITE VER CÓMO FUNCIONA EL CORAZÓN DURANTE EL EJERCICIO. LAS PRUEBAS DE ESFUERZO TAMBIÉN SE DENOMINAN PRUEBAS DE ESFUERZO FÍSICO, PRUEBAS DE TOLERANCIA AL EJERCICIO, ERGOMETRÍAS, ELECTROCARDIOGRAFÍAS DE ESFUERZO O ECG DE ESFUERZO.  REHABILITACION CARDIACA: ESTE TIPO DE PROGRAMAS ESTÁN ELABORADOS PARA SUBSANAR AQUELLAS NECESIDADES MÉDICAS Y PARAMÉDICAS, DE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA, Y SUELEN SER A MEDIANO Y LARGO PLAZO. EN GENERAL, LAS ACTIVIDADES QUE LOS COMPRENDEN SON: LA EVALUACIÓN MÉDICA Y AL ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR, LA PRESCRIPCIÓN DE PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO FÍSICO, LA DETECCIÓN Y CORRECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y LA INSTALACIÓN DE UN ESTILO DE VIDA CARDIOSALUDABLE. ESTOS PROGRAMAS SE BASAN EN LA ENSEÑANZA Y EL CONSEJO A LOS PACIENTES.  EN LOS PRHC SE PUEDEN INCLUIR DESDE NIÑOS PEQUEÑOS (3 AÑOS DE EDAD) HASTA ADULTOS MAYORES  EL PACIENTE DEBERA ACUDIR POR SUS PROPIOS MEDIOS O BIEN SERA TRASLADADO POR UNA AMBULANCIA DEL INSTITUTO CUANDO ASI SE REQUIERA PARA LA REALIZACION DEL ESTUDIO SOLICITADO O BIEN ACUDIR AL INSTITUTO CON EQUIPO PORTATIL EN LOS CASOS DE ECOCARDIOGRAMA CONVENCIONAL Y HOLTER CUANDO EL PACIENTE NO ESTE EN CONDICIONES DE SER TRASLADADO.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  SE REQUIERE QUE LOS RESULTADOS SEAN ENTREGADOS EL MISMO DIA CON EL PACIENTE  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 8 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES.  **RESULTADOS DE ESTUDIOS:**  PARA ATENCION URGENTE : AL FINALIZAR EL ESTUDIO  PARA ATENCION ORDINARIA: AL DIA SIGUIENTE DEL ESTUDIO  SE DEBERA ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **ERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** |
| **ERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL**  **(PARTIDA 24)** | LA SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL ES UN ESTUDIO QUE CONSISTE EN UNA SERIE DE RADIOGRAFIAS TOMADAS PARA EXAMINAR EL ESOFAGO, EL ESTOMAGO E INTESTINO DELGADO, EL CUAL SE APLICA MEDIO DE CONTRASTE (BARIO), SE UTILIZA CON FINES DIAGNOSTICOS PARA BUSCAR PATOLOGIAS DE ESTRUCTURA O FUNCIONAMIENTO DEL ESOFAGO, EL ESTOMAGO O INTESTINO DELGADO.  ESTE ESTUDIO SE REALIZA EN UNA SALADA DE RX, ESTABLECIMIENTO QUE DEBE ESTAR DEBIDAMENTE ACREDITADO Y CERTIFICADO.  EL SUBROGATARIO DEBERÀ ENTREGAR INVARIABLEMENTE EL RESULTADO DEL ESTUDIO EN IMAGENES ASÌ COMO LA INTERPRETACIÒN DIAGNOSTICA POR ESCRITO Y LA INTERPRETACION DE LOS HALLAZGOS OBTENIDOS POR ESTE PROCEDIMIENTO POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN UN PLAZO NO MAYOR DE 24 HORAS EN PACIENTES AMBULATORIOS Y EN UN PLAZO NO MAYOR DE 6 HORAS PARA EL PACIENTE HOSPITALIZADO.  LOS ESTUDIOS PUEDEN SER PROGRAMADOS, PREVIA CITA, O URGENTES LAS 24 HORAS Y LOS 365 DÍAS DEL AÑO, EL PACIENTE SUBROGADO ACUDIRA AL GABINETE SUBROGATARIO POR SUS PROPIOS MEDIOS O TRASLADADOS POR UNA AMBULANCIA DEL INSTITUTO PARA LA REALIZACIÒN DEL ESTUDIO (MISMO QUE DEBERA ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD)  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  SE REQUIERE EL SERVICIO LAS 24 HORAS DEL DIA DE LOS 365 DIAS DEL AÑO  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 8 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES.  **RESULTADOS DE ESTUDIOS:**  PARA ATENCION URGENTE : EN UN MÁXIMO DE 4 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: AL DIA SIGUIENTE DEL ESTUDIO  SE DEBERÁ ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** |
| **TRANSITO INTESTINAL (PARTIDA 25)** | ESTUDIO DE GABINETE QUE CONSISTE EN LA AMINISTRACION ORAL DE MEDIO DE CONTRASTE PARA VALORAR LA CANTIDAD DE TIEMPO QUE LE TOMA A LOS ALIMENTOS TRANSITAR DESDE LA BOCA HASTA LA REGION ANAL.  ESTE ESTUDIO SE REALIZA EN UNA SALA DE RX, ESTABLECIMIENTO QUE DEBE ESTAR DEBIDAMENTE ACREDITADO Y CERTIFICADO.  EL SUBROGATARIO DEBERÀ ENTREGAR INVARIABLEMENTE EL RESULTADO DEL ESTUDIO EN IMAGENES ASÌ COMO LA INTERPRETACIÒN DIAGNOSTICA POR ESCRITO , OBTENIDOS POR ESTE PROCEDIMIENTO POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN UN PLAZO NO MAYOR DE 24 HORAS EN PACIENTES AMBULATORIOS Y EN UN PLAZO NO MAYOR DE 6 HORAS PARA EL PACIENTE HOSPITALIZADO.  LOS ESTUDIOS PUEDEN SER PROGRAMADOS, PREVIA CITA, O URGENTES LAS 24 HORAS Y LOS 365 DÍAS DEL AÑO, EL PACIENTE SUBROGADO ACUDIRA AL GABINETE SUBROGATARIO POR SUS PROPIOS MEDIOS O TRASLADADOS POR UNA AMBULANCIA DEL INSTITUTO PARA LA REALIZACIÒN DEL ESTUDIO (MISMO QUE DEBERA ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD)  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  SE REQUIERE EL SERVICIO LAS 24 HORAS DEL DIA DE LOS 365 DIAS DEL AÑO  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 8 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES.  RESULTADOS DE ESTUDIOS:  PARA ATENCION URGENTE : AL FINALIZAR EL ESTUDIO  PARA ATENCION ORDINARIA: AL DIA SIGUIENTE DEL ESTUDIO  SE DEBERA ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** |
| **COLON POR ENEMA (PARTIDA 26)** | EL COLON POR ENEMA ES UN PROCEDIMIENTO RADIOLOGICO UTILIZADO PARA EXAMINAR LAS ESTRUCTURAS Y FUNCION DEL COLON Y RECTO, SE REALIZA CON MEDIO DE CONTRASTE Y GENERALMENTE SE UTILIZA PARA DIAGNOSTICOS DE TUMORES DE COLON Y RECTO, POLIPOS, DIVERTICULOS, ETC.  ESTE ESTUDIO SE REALIZA EN UNA SALADA DE RX, ESTABLECIMIENTO QUE DEBE ESTAR DEBIDAMENTE ACREDITADO Y CERTIFICADO.  EL SUBROGATARIO DEBERÀ ENTREGAR INVARIABLEMENTE EL RESULTADO DEL ESTUDIO EN IMAGENES ASÌ COMO LA INTERPRETACIÒN DIAGNOSTICA POR ESCRITO Y LA INTERPRETACION DE LOS HALLAZGOS OBTENIDOS POR ESTE PROCEDIMIENTO POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN UN PLAZO NO MAYOR DE 24 HORAS EN PACIENTES AMBULATORIOS Y EN UN PLAZO NO MAYOR DE 6 HORAS PARA EL PACIENTE HOSPITALIZADO.  LOS ESTUDIOS PUEDEN SER PROGRAMADOS, PREVIA CITA, O URGENTES LAS 24 HORAS Y LOS 365 DÍAS DEL AÑO, EL PACIENTE SUBROGADO ACUDIRA AL GABINETE SUBROGATARIO POR SUS PROPIOS MEDIOS O TRASLADADOS POR UNA AMBULANCIA DEL INSTITUTO PARA LA REALIZACIÒN DEL ESTUDIO (MISMO QUE DEBERA ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD)  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  SE REQUIERE EL SERVICIO LAS 24 HORAS DEL DIA DE LOS 365 DIAS DEL AÑO  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 24 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES.  **RESULTADOS DE ESTUDIOS:**  PARA ATENCION URGENTE : AL FINALIZAR EL ESTUDIO  PARA ATENCION ORDINARIA: AL DIA SIGUIENTE DEL ESTUDIO  SE DEBERA ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** |
| **FLUOROSCOPIO ARCO EN C (PARTIDA 28)** | EQUIPO ELECTRICO QUE PROVEE FUNCIONES DE CAPTURA, GRABACION Y ADMINISTRACION DE LA IMAGEN COMPARABLES A LAS SOFISTICADAS SALAS DE FLUOROSCOPIA A UN COSTO SIGNIFICATIVAMENTE MENOR.  LOS ARCOS MÓVILES EN C SE UTILIZAN EN MULTIPLES PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, TERAPÉUTICOS Y DE DIAGNOSTICO MININAMENTE INVASIVOS Y DE INTERVENCIÓN, REALIZADOS EN CARDIOLOGÍA, UROLOGÍA, NEUROLOGÍA, NEUROCIRUGIA, ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, CIRUGIA GENERAL.  LAS UNIDADES MÓVILES DEBERÁN PERMITIR LA TOMA DE IMÁGENES DIGITALES RADIOLÓGICAS Y FLUROSCÓPICAS, ESTO CON EL FIN DE OBTENER LAS IMÁGENES DE BUENA CALIDAD SIN DESPLAZAR AL PACIENTE DEL HOSPITAL. DEBERA DE PODER REALIZAR DIVERSOS MOVIMIENTOS ISOCENTRICOS, MOVIMIENTOS LINEALES Y DE ROTACIÓN, EL CUAL PERMITA SU ADECUADO POSICIONAMIENTO ANTE EL PACIENTE, MIENTRAS ESTÉ PERMANECE QUIETO.  EL EQUIPO SE REQUERIRA POR DIA-PACIENTE DE USO, COMENZANDO DESDE EL MOMENTO QUE EL INSTITUTO RECIBA EL EQUIPO UNA VEZ QUE SE HAYA REALIZADO LA SOLICITUD, MISMO QUE DEBERA SER TRASLADADO Y ENTREGADO BAJO LA RESPONSABILIDAD DEL SUBROGATARIO Y TERMINARA A PARTIR DE QUE EL INSTITUTO DE AVISO Y SOLICITE AL SUBROGATARIO QUE RETIRE EL EQUIPO. ASI MISMO ESTE DEBERA DE INCLUIR LOS INSUMOS NECESARIOS PARA SU FUNCIONAMIENTO. EL SUBROGATARIO DEBERA CONTAR CON LAS UNIDADES MOVILES DE ARCO EN C NECESARIAS PARA ATENDER LA DEMANDA SOLICITADA POR LA UNIDAD, ASI COMO PERSONAL TECNICO CALIFICADO Y SUFICIENTE PARA CUBRIR LA DEMANDA. EL RETRAZO EN EL ACTO QUIRURGICO POR NO CONTAR CON EL PERSONAL TECNICO Y ARCO EN C EN EL MOMENTO NECESARIO, SERA CONDICIONANTE DE SANCION ECONOMICA EN RELACION NO SOLO AL TIEMPO DE RETRAZO EN DICHA CIRUGIA, SINO TAMBIEN EN OTROS CASOS DONDE SE HALLA TENIDO QUE SUSPENDER LA CIRUGIA DE PACIENTES PROGRAMADOS A SEGUIR Y DIRECTAMENTE RELACIONADO A NO HABER OTORGADO OPORTUNAMENTE EL SERVICIO.CABE HACER MENCION QUE EN ALGUNOS CASOS SE PUEDE REQUERIR AL MISMO TIEMPO MAS DE UN EQUIPO DE ARCO EN C.  EL SUBROGATARIO PROPORCIONARA EL EQUIPO FUNCIONANDO EN TODOS LOS CASOS EN QUE LE SEAN REQUERIDOS POR PARTE DE ALGUN DIRECTIVO DE LOS HOSPITALES GENERALES DE ZONA Nº 1 Y Nº 2.  MUY IMPORTANTE EL SUBROGATARIO ENTREGARA A SU ENTERA SATISFACCION AL SUBDIRECTOR MEDICO EN TURNO O JEFE DE SERVICIO QUE LO HAYA SOLICITADO, EL EQUIPO, DONDE DICHOS DIRECTIVOS DEBERAN PONER EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE (4-30-2/03) SU NOMBRE COMPLETO, MATRICULA Y FIRMA, ESTO PARA FINES DE CONSTATAR PAGO DEL SERVICIO.  SE REQUIERE QUE EL EQUIPO QUE PROPORCIONE EL PROVEEDOR SE INSTALE EN EL QUIROFANO DESTINADO PARA LAS CIRUGIAS, APOYO TECNICO, MONITOR Y MANDILES QUE SE REQUIERAN PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.  El PROVEDOR DEBERA SER RESPONSABLE POR LAS EVALUACIONES DE DOSIMETRIA DEL PERSONAL POR ELLO MISMO LA EMPRESA DEBERA TENER RESPALDO DE UN MEDICO RADIOLOGO ESPECIALIZADO.  SE REQUIERE A SOLICITUD DEL JEFE DEL SERVICIO CORRESPONDIENTE O COORDINADOR EN TURNO.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO. LOS EQUIPOS DEBERAN CONTAR CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:  \*CON ROTACIÓN MOTORIZADA DE LAS PROYECCIONES LAO Y RAO,  \*ANGULACIÓN EN LA DIRECCIÓN CRANEAL, MOVIMIENTO MANUAL Y MOTORIZADO DEL INTENSIFICADOR DE IMAGEN.  \*DISTANCIA VARIABLE ENTRE EL FOCO Y LA PANTALLA DEL INTENSIFICADOR DE IMAGEN O PANTALLA PLANA.  \*MOVIMIENTO LONGITUDINAL MOTORIZADO DEL ARCO CON VELOCIDAD Y DESPLAZAMIENTO. \*INTENSIFICADOR DE IMAGEN O PANTALLA PLANA  .  \*PROTECCIÓN CONTRA COLISIÓN.  \*TABLERO PLANO CON MOVIMIENTO LONGITUDINAL Y TRANSVERSAL.  \*AJUSTE MOTORIZADO DE LA ALTURA  \* TUBO DE RAYOS X CON DOS PUNTOS FOCALES.  \*CON CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE CALOR DEL ÁNODO.  \*COLIMADORES CON POSICIONAMIENTO AUTOMÁTICO.  \*FILTRACIÓN DE LA RADIACIÓN DE BAJA ENERGÍA.  SE DEBE REALIZAR UNA CAPACITACIÓN AL ÁREA MÉDICA DEL HOSPITAL PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO AL INICIO DEL CONTRATO. SE DEBERÁ ENTREGAR UN LISTADO DE PARTICIPACIÓN A LA COORDINACIÓN BIOMÉDICA DELEGACIONAL.  SE DEBERÁ ENTREGAR AL PERSONAL DE BIOMÉDICA DELEGACIONAL, LA COMPROBACIÓN DE LOS ÚLTIMOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS QUE SE EFECTÚEN A LOS EQUIPOS OFERTADOS, EL ÚLTIMO DE ESTOS NO DEBERÁ SER MAYOR A LOS 2 AÑOS.  SE DEBERÁ ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** |
| **VALORACIÓN DE NEUROCIRUGIA URGENCIAS ADULTO Y PEDIATRICO, VALORACION DE NEUROCIRUGIA ADULTO Y PEDIATRICO, CIRUGIA DE NEUROCIRUGIA DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIATRICO, CIRUGIA DE NEUROCIRUGIA ADULTO Y PEDIATRICO (PARTIDA 30)** | VALORACION NEUROLOGICA Y NEUROCIRUGIA; ESTAS SE REALIZAN DENTRO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS U HOSPITALIZACION EN LOS HOSPITALES HGZ 1 Y HGZ 2 DE LA DELEGACION AGUASCALIENTES, A SOLICITUD DE UN DIRECTIVO DE AMBOS HOSPITALES Y SIEMPRE CON CARÁCTER DE URGENCIA MEDICA CALIFICADA. EL NEUROCIRUJANO INVARIABLEMENTE ACUDE CON EL INSTRUMENTAL NECESARIO Y UN ANESTESIOLOGO DE SU CONFIANZA PARA LA REALIZACION DEL EVENTO QUIRURGICO SI ASI LO REQUIERE Y SE LLEVA A CABO DENTRO DE LOS QUIROFANOS DEL PROPIO HOSPITAL CON EL APOYO DEL RESTO DEL EQUIPO QUIRURGICO INSTITUCIONAL. LA VIGILANCIA POSTQUIRURGICA CONTINUA BAJO LA RESPONSABILIDAD DEL PROPIO SUBROGATARIO HASTA EL ALTA DEL PACIENTE, CON RELACION AL SERVICIO O PROCEDIMIENTO SOLICITADO. EL ESPECIALISTA DEBERA PONER NOTA MEDICA EN TODOS LOS CASOS ACORDE A LOS LINEAMIENTOS DE LA NOM 004, REALIZAR COPIA POR TRIPLICADO DE LA VALORACION, DEJAR ORIGINAL EN EL EXPEDIENTE FISICO DEL PACIENTE Y ENTREGAR UNA COPIA AL AREA DE SUBDIRECCION MEDICA LA CUAL SERA EN EL MOMENTO FIRMADA Y SELLADA, Y LA TERCERA COPIA QUEDARA A MANOS DEL NEUROCIRUJANO FIRMADA Y SELLADA TAMBIEN POR SUBDIRECCION MEDICA. EL FORMATO DE SUBROGACION DEBERA SER EMITIDO EN UN LAPSO NO MAYOR A 48HRS POSTERIOR A LA VALORACION. EN CASO DE QUE EL NEUROCIRUJANO NO PUEDA A LAS VALORACIONES DEBERA DEJAR A OTRO NEUROCIRUJANO A CARGO DE DICHAS VALORACIONES Y AVISAR POR OPORTUNIDAD A LA DIRECCION O SUBDIRECCION DEL HGZ1 Y HGZ2. EL SUPLENTE DEBERA CUMPLIR CON TODOS LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN EL CONTRATO. LOS EVENTOS CONSIDERADOS COMO URGENCIA SON:  A).- TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO  B).- COLOCACION DE VALVULAS DE DERIVACION VENTRICULO PERITONEAL, POR HIDROCEFALIA  C).- CRANEOTOMIAS.  D).-TRAUMATISMOS RAQUIMEDULARES  E).- OTRAS URGENCIAS NEUROLOGICAS QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA DEL PACIENTE  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  PARA ATENCION URGENTE : EN UN NO MAYOR A 4 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 24 A 48 HRS  SE DEBERA ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** | | |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** | | |
| **VALORACION DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIATRICO, CIRUGIA DE OTORRINOLARINGOLOGIA URGENTES ADULTO Y PEDIATRICO TRAUMATISMO NASAL, CIRUGIA DE OTORRINOLARINGOLOGIA URGENTES ADULTO Y PEDIATRICO FRACTURA NASAL, CIRUGIA DE OTORRINOLARINGOLOGIA URGENTES ADULTO Y PEDIATRICO HEMORRAGIAS NASALES DE DIFICIL CONTROL CON COLOCACION DE TAPONAMIENTO POSTERIOR, CIRUGIA DE OTORRINOLARINGOLOGIA URGENTES ADULTO Y PEDIATRICOS EXTRACCION DE CUERPOS EXTRAÑOS. (PARTIDA 32)** | CIRUGIAS FUNCIONALES DE NARIZ Y SENOS PARANASALES  CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGICA ES UN METODO DE TRATAMIENTO DEFINITIVO PARA LA RESOLUCION DE PROBLEMAS OTORRINOLARINGOLOGICOS DE CARÁCTER QUIRURGICO ESPECÍFICO.  SEPTUMPLASTIA: PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PARA CORREGIR CUALQUIER PROBLEMA EN EL TABIQUE NASAL (PARED EN EL INTERIOR DE LA NARIZ QUE SEPARA LAS FOSAS NASALES)  RINOSEPTUMPLASTIA: PROCEDIMIENTO QUIRURGICO QUE TIENE POR OBJETO REMODELAR LA FORMA DE LA NARIZ, AUMENTA O REDUCE EL TAMAÑO DE LA NARIZ, CAMBIAR LA FORMA DE LA PUNTA O DEL PUENTE, CAMBIAR EL TAMAÑO DE LOS ORIFICIOS NASALES. PUEDE SER REALIZADA PARA CORREGIR PROBLEMAS RESPIRATORIOS, DEFECTOS DE NACIMIENTO O DEFORMIDADES ADQUIRIDAS CAUSADAS POR ACCIDENTES.  DEBE SER REALIZADA CON ANESTESIA GENERAL.  POLIPECTOMIA NASAL: PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PRACTICADO CON TECNICA ENDOSCOPICA Y CIRUGIA FUNCIONAL DE SENOS PARANASALES Y CON LA REALIZACION DE UNA ETMOIDECTOMIA PARCIAL. UTILIZANDO PARA LA EXTRACCIÓN DE PÓLIPOS NASALES QUE OBSTRUYEN EL MECANISMO DE LA RESPIRACIÓN.  DEBE REALIZARSE CON ANESTESIA GENERAL.  ADENOAMIGGDALECTOMIA: PROCEDIMIENTO QUIRURGICO QUE SE REALIZA PARA EXTIRPAR LAS AMIGDALAS Y LAS VEGETACIONES ADENOIDEAS.  SUELE INDICARSE SU EXTIRPACION GENERALEMNTE POR PROBLEMAS DE INFECCIONES DE REPETICION, O POR QUE ALCANCEN UN GRAN TAMAÑO QUE DIFICULTE LA RESPIRACION POR LA BOCA O ROQUIDOS.  DEBE REALIZARSE CON ANESTESIA GENERAL.  CIRUGIAS O MANEJOS URGENTES DE OTORRINOLARINGOLOGIA EN ADULTOS Y PEDIATRICOS GENERALMENTE TRAUMAS NASALES, FRACTURA NASAL, HEMORRAGIA NASAL DE DIFICIL CONTROL QUE REQUIERE TAPONAMIENTO ANTERIOR O POSTERIOR U OTRO PROCEDIMIENTO INVASIVO PARA SU CONTROL COMO CAUTERIZACION, URGENCIAS COMO EXTRACCION DE CUERPOS EXTRAÑOS.  EL OTORRINOLARINGOLOGO REALIZARA DICHO PROCEDIMIENTO A PETICION DE UN DIRECTIVO DEL HOSPITAL. CON CARÁCTER DE URGENCIA MEDICA CALIFICADA, O MEDIANTE PROGRAMACION EN UN QUIROFANO DE CUALQUIER HOSPITAL CERTIFICADO (MISMO QUE DEBERA ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD) PARA LA REALIZACION DELA MISMA, LA VIGILANCIA POSTOPERATORIA CONTINUARA BAJO RESPONSABILIDAD DEL OTORRINOLARINGOLOGO SUBROGATARIO, ASI COMO LA SOLUCION DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL ACTO QUIRÚRGICO, HASTA EL EGRESO DEL PACIENTE. EL ESPECIALISTA QUE OTORGE LA ATENCION DEL PACIENTE DEBERA EMITIR POR ESCRITO EL REPORTE DE SU VALORACION Y/O PROCEDIMIENTO DE ACUERDO A LA NOM 004, DICHAS VALORACION DEBE IR CON DOS ORIGINALES, UNA DE LAS CUALES QUEDARA EN POSESION DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO Y LA OTRA DEBERA SER ANEXADA AL EXPEDIENTE FISICO DEL PACIENTE AL TERMINO DEL PACIENTE PARA CONSTATAR DE DICHA ATENCION.  EL PACIENTE DEBERA ACUDIR POR SUS PROPIOS MEDIOS O BIEN SERA TRASLADADO POR UNA AMBULANCIA DEL INSTITUTO CUANDO ASI SE REQUIERA PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SOLICITADO.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  SE REQUIERE EL SERVICIO LAS 24 HORAS DEL DIA DE LOS 365 DIAS DEL AÑO  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 8 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES.  SE DEBERA ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. | | |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** | | |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** | | |
| **VALORACION DE OFTALMOLOGIA DE URGENCIA ADULTO Y PEDIATRICO, CIRUGIA DE OFTALMOLOGIA URGENTE ADULTO Y PEDIATRICO TRAUMATISMO O LESIONES OCULARES DIVERSAS, EXTRACCION CUERPOS EXTRAÑOS EN CORNEA**  **(PARTIDA 33)** | VALORACION MEDICO QUIRURGICA OFTALMOLOGICA ES UN METODO DE TRATAMIENTO PARA LA RESOLUCION DE PROBLEMAS OFTALMOLOGIA DE CARÁCTER MEDICO O QUIRURGICO ESPECIFICOS URGENTES.  EL MEDICO OFTALMOLOGO REALIZARA DICHO PROCEDIMIENTO A PETICION DE UN DIRECTIVO DEL HOSPITAL. CON CARÁCTER DE URGENCIA MEDICA CALIFICADA, O MEDIANTE PROGRAMACION EN UN CONSULTORIO O QUIROFANO DE CUALQUIER HOSPITAL CERTIFICADO (MISMO QUE DEBERA ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD) PARA LA REALIZACION DELA MISMA, LA VIGILANCIA POSTOPERATORIA SI ASI LO REQUIRIERA CONTINUARA BAJO RESPONSABILIDAD DEL MEDICO OFTALMOLOGO SUBROGATARIO, ASI COMO LA SOLUCION DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL ACTO MEDICO O QUIRÚRGICO, HASTA EL EGRESO DEL PACIENTE. EL ESPECIALISTA QUE OTORGE LA ATENCION DEL PACIENTE DEBERA EMITIR POR ESCRITO EL REPORTE DE SU VALORACION Y/O PROCEDIMIENTO DE ACUERDO A LA NOM 004, DICHAS VALORACION DEBE IR CON DOS ORIGINALES, UNA DE LAS CUALES QUEDARA EN POSESION DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO Y LA OTRA DEBERA SER ANEXADA AL EXPEDIENTE DEL PACIENTE AL TERMINO DEL PROCEDIMIENTO PARA CONSTATAR DICHA ATENCION.  EL PACIENTE DEBERA ACUDIR POR SUS PROPIOS MEDIOS O BIEN SERA TRASLADADO POR UNA AMBULANCIA DEL INSTITUTO CUANDO ASI SE REQUIERA PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO MEDICO O QUIRURGICO SOLICITADO.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  SE REQUIERE EL SERVICIO LAS 24 HORAS DEL DIA DE LOS 365 DIAS DEL AÑO  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 08 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES.  SE DEBERA ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. | | |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** | | |
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** | | |
| **VALORACION DE ANGIOLOGIA DE URGENCIA ADULTO Y PEDIATRICO, CIRUGIA DE ANGIOLOGIA (SAFENOEXCERESIS), CIRUGIA DE ANGIOLOGIA ( LESIONES VASCULARES TRAUMATICAS), CIRUGIA DE ANGIOLOGIA ( FISTULA ARTEROVENOSAS), CIRUGIA DE ANGIOLOGIA (INSUFICIENCIA ARTERIAL AGUDA CON STEN), CIRUGIA DE ANGIOLOGIA (COLOCACION DE CATETER PERMACAT PARA HEMODIALISIS)**  **(PARTIDA 35)** | CIRUGIA DE ANGIOLOGIA ES UN METODO DE TRATAMIENTO DEFINITIVO PARA LA RESOLUCION DE PROBLEMAS ANGIOLOGICOS ESPECIFICOS.  EL ANGIOLOGO REALIZARA DICHO PROCEDIMIENTO A PETICION DE UN DIRECTIVO DEL HOSPITAL. CON CARÁCTER DE URGENCIA MEDICA CALIFICADALA CUAL DEBERA DE SER LAS 24 HORAS DEL DIA LOS 365 DIAS DEL AÑO, O MEDIANTE PROGRAMACION EN UN QUIROFANO CON UN PLAZO NO MAYOR A 72 HORAS EN CUALQUIER HOSPITAL CERTIFICADO (MISMO QUE DEBERADE CONTAR CON LOS PERMISOS ESTABLECIDOS Y ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD) PARA LA REALIZACION DE LA MISMA, LA VIGILANCIA POSTOPERATORIA CONTINUARA BAJO RESPONSABILIDAD DEL ANGIOLOGO SUBROGATARIO, ASI COMO LA SOLUCION DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL ACTO QUIRURGICO, HASTA EL EGRESO DEL PACIENTE. EL ESPECIALISTA QUE OTORGE LA ATENCION DEL PACIENTE DEBERA EMITIR POR ESCRITO EL REPORTE DE SU VALORACION Y/O PROCEDIMIENTO DE ACUERDO A LA NOM 004, DICHAS VALORACION DEBE IR CON DOS ORIGINALES, UNA DE LAS CUALES QUEDARA EN POSESION DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO Y LA OTRA DEBERA SER ANEXADA AL EXPEDIENTE DEL PACIENTE AL TERMINO DEL PROCEDIMIENTO PARA CONSTATAR DICHA ATENCION.  EL PACIENTE DEBERA ACUDIR POR SUS PROPIOS MEDIOS O BIEN SERA TRASLADADO POR UNA AMBULANCIA DEL INSTITUTO CUANDO ASI SE REQUIERA PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SOLICITADO.  EL SERVICIO SUBROGATARIO PROPORCIONARA LOS INSUMOS QUE SE REQUIERAN EN CASO DE LOS CATETER PARA HEMODIALISIS LOS CUALES SERAN DE BUENA CALIDAD PARA ASEGURAR LA PERMANENCIA DE LOS MISMOS Y BUENA FUNCIONALIDAD.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  SE REQUIERE EL SERVICIO LAS 24 HORAS DEL DIA DE LOS 365 DIAS DEL AÑO  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : EN UN PERIODO MÁXIMO DE 08 HORAS  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES.  SE DEBERA ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. | | |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** | | |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** | | |
| **CIRUGIA PEDIATRICA (HERNIOPLASTIA UMBILICAL, ABDOMINAL, INGUINAL, INTESTINAL (VOLVULOS), CIRUGIA DE HERNIA DIAFRAGMATICA, CIRUGIA PEDIATRICA GASTROQUISIS, CIRUGIA PEDIATRICA FIMOSIS, CIRUGIA PEDIATRICA CRIPTORQUIDIA, CIRUGIA PEDIATRICA ORQUIDOPEXIA, CIRUGIA PEDIATRICA PILOROPLASTIA, LAPAROTOMIA EXPLORADORA (PARTIDA 31)** | CIRUGIA PEDIATRICA ES UN METODO DE TRATAMIENTO DEFINITIVO PARA LA RESOLUCION DE PROBLEMAS QUIRURGICOS PEDIATRICOS ESPECIFICOS, POR UN CIRUJANO PEDIATRA, EL CIRUJANO PEDIATRA REALIZARA DICHO PROCEDIMIENTO A PETICION DE UN DIRECTIVO DEL HOSPITAL. CON CARÁCTER DE URGENCIA MEDICA CALIFICADA, O MEDIANTE PROGRAMACION EN UN QUIROFANO DE CUALQUIER HOSPITAL CERTIFICADO (MISMO QUE DEBERA ESTAR DENTRO DE LA LOCALIDAD) PARA LA REALIZACION DELA MISMA, LA VIGILANCIA POSTOPERATORIA CONTINUARA BAJO RESPONSABILIDAD DEL CIRUJANO PEDIATRA SUBROGATARIO, ASI COMO LA SOLUCION DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL ACTO QUIRURGICO, HASTA EL EGRESO DEL PACIENTE. EL ESPECIALISTA QUE OTORGE LA ATENCION DEL PACIENTE DEBERA EMITIR POR ESCRITO EL REPORTE DE SU VALORACION Y/O PROCEDIMIENTO DE ACUERDO A LA NOM 004, DICHAS VALORACION DEBE IR CON DOS ORIGINALES, UNA DE LAS CUALES QUEDARA EN POSESION DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO Y LA OTRA DEBERA SER ANEXADA AL EXPEDIENTE DEL PACIENTE AL TERMINO DEL PROCEDIMIENTO PARA CONSTATAR DICHA ATENCION.  EL PACIENTE DEBERA ACUDIR POR SUS PROPIOS MEDIOS O BIEN SERA TRASLADADO POR UNA AMBULANCIA DEL INSTITUTO CUANDO ASI SE REQUIERA PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PREVIAMENTE SOLICITADO, CON ATENCION EN 72 HORAS COMO MAXIMO EN CASO DE QUE NO SEA UNA URGENCIA.  EL DERECHOHABIENTE DEBERA RECIBIR UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO.  SE REQUIERE EL SERVICIO LAS 24 HORAS DEL DIA DE LOS 365 DIAS DEL AÑO  EL SUBROGATARIO ESTARA OBLIGADO A DAR FECHA DE CITA Y ATENCION AL PACIENTE :  PARA ATENCION URGENTE : DE FORMA INMEDIATA  PARA ATENCION ORDINARIA: EN UN PERIODO DE 3 A 5 DIAS NATURALES  SE DEBERA ENTREGAR LOS LUNES DE CADA SEMANA POR PARTE DEL PROVEEDOR EL LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD QUE REMITE, EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN IMPRESO Y FORMATO DIGITAL. | | |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** | | |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** | | |
| **RESECCION PROSTATICA TRANSURETRAL, PIELOLITOTOMIA, NEFRECTOMIAS, URETEROLITOTRICIA, CISTOSCOPIA Y RESECION TRANSURETRALES DE TUMORES DE VEJIGA, NEFROLITOTRICIA PERCUTANEA NEUMATICO ULTRASONICA Y ELECTROHIDRAULICO, CIRUGIA UROLOGIA (NEFROS TOMIAS PERCUTANEAS PARA EXTRACCION DE CALCULOS URINARIOS), NEFROLITOTOMIA A CIELO ABIERTO, URETEROSTOMIA**  **(PARTIDA 36)** |  | | |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** | | |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** | | |
| **CATETERISMO CARDIACO, CATETERISMO CARDIACO CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA CON STENT, CATETERISMO CARDIACO CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA SIN STENT, CATETERISMO CARDIACO CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA CON STENT MEDICADO**  **(PARTIDA 34)** |  | | |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** | | |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** | | |
| **PROCEDIMIENTO DE LITOTRICIA FLEXIBLE CON LASER CON APOYO DE EQUIPO**  **(PARTIDA 29)** |  | | |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** | | | |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** | | | |
| **NEFROLITOTRICIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA**  **(PARTIDA 36)** |  | | | |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** | | |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** | | |
| **CIRUGIA ENDOVASCULAR PERIFERICA CON Y SIN STENT**  **(PARTIDA 35)** |  | | |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** | | |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** | | |
| **ANGIOTOMOGRAFIA**  **(PARTIDA 3)** |  | | |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** | | |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** | | |
| **PROCEDIMIENTO DE TERMOCOAGULACION PARA CONTROL DE DOLOR FACETARIO O DOLOR DISCOGENO CON APOYO DE EQUIPO**  **(PARTIDA 37)** |  | | |
|  | | |
|  | | |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **ANEXO 1A** | | |
|
| **(DESCRIPCION GENERICA NATURALEZA DEL SERVICIO)** | | |
| **PROCEDIMIENTO DE VERTEBROPLASTIA CON APOYO DE EQUIPO**  **(PARTIDA 38)** |  | | |

**ANEXO NUMERO 1B (UNO B)**

| **REQUISITOS DE CONTRATACION SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS 2015** | |
| --- | --- |
| **SERVICIO A SUBROGAR** | **DESCRIPCION GENERICA (NATURALEZA DEL SERVICIO)** |
| **PRUEBAS PSICOLOGICAS (PARTIDA 1)** | 1. TITULO LIC. EN PSICOLOGIA EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA ANTE LA SEP. 2. CEDULA DE PROFESIONES. 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE PSICOLOGO. 4. DIPLOMA QUE ACREDITE LA ESPECIALIZACION EN NEUROPSICOLOGIA. 5. PERMISO DE FUNCIONAMIENTO |
| **PLASMAFERESIS (PARTIDA 2)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO CON ESPECIALIDAD EN HEMATOLOGÍA 4. CEDULA DE ESPECIALIDADES 5. DIPLOMA DE LA ESPEDCIALIDAD DE HEMATOLOGIA. 6. PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO |
| **TAC CORPORAL CON O SIN MEDIO DE CONTRASTE, CON MEDIO DE CONTRASTE Y CON ANESTESIA, SIN MEDIO DE CONTRASTE Y CON ANESTESIA, TAC DE CRANEO CON RECONSTRUCCION EN 3D, TAC DE CRANEO CON RECONSTRUCCION EN 3D CON ANESTESIA, TAC DE CRANEO CON RECONSTRUCCION EN 3D CON ANESTESIA Y MEDIO DE CONTRASTE, ANGIOTOMOGRAFIA (PARTIDA 3)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA Y METODOS DE IMAGEN. 4. CEDULA DE ESPECIALIDAD 5. PERMISO DE MEDICO RADIOLOGO RESPONSABLE DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDO POR LA SECRETARIA DE SALUD 6. LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DE SALUD |
| **RESONANCIA MAGNETICA SIMPLE, CON O SIN MEDIO DE CONTRASTE, CON O SIN APOYO DE ANESTESIA, RESONANCIA MAGNETICA DE ENSEFALO CON MEDIO DE CONTRASTE, RESONANCIA MAGNETICA DE ENSEFALO CON ANESTESIA, RESONANCIA MAGNETICA CON ANESTESIA Y MEDIO DE CONTRASTE , RESONANCIA MAGNETICA DE UNION DORSO LUMBAR SIMPLE,RESONANCIA MAGNETICA DE UNION DORSO LUMBAR CON MEDIO DE CONTRASTE, RESONANCIA MAGNETICA DE UNION DORSO LUMBAR CON MEDIO DE CONTRASTE Y ANESTESIA, RESONANCIA MAGNETICA CON CONTRASTE Y ANESTESIA,ANGIORESONANCIA MAGNETICA CON Y SIN ANESTECIA**  **(PARTIDA 3-A)** | 1. CARTA EN DONDE ESPECIFIQUE EL NOMBRE DE LAS PERSONAS RESPONSABLES DE OTORGAR EL SERVICIO Y DE LOS QUE MENCIONE ENTREGAR FOTOCOPIA DE 2. TITULO MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 3. CEDULA DE PROFESIONES 4. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA Y METODOS DE IMAGEN. 5. CEDULA DE ESPECIALIDAD 6. PERMISO DE MEDICO RADIOLOGO RESPONSABLE DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDO POR LA SECRETARIA DE SALUD 7. LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DE SALUD 8. INSTALACIONES CON AREAS DETERMINADAS, CON MATERIAL Y EQUIPO NECESARIOS DE ACUERDO A NOM-197SSA 1-2000 9. LOS EQUIPOS DEBERAN APEGARSE A LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS VIGENTES Y A SATISFACCION DEL INSTITUTO. 10. LAS AREAS DONDE SE REALIZARAN LOS ESTUDIOS DEBEN DE CONTAR CON CARRO ROJO Y TOMAS DE OXIGENO |
| **DENSITOMETRIA ÓSEA (PARTIDA 4)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA Y METODOS DE IMAGEN. 4. CEDULA DE ESPECIALIDAD 5. PERMISO DE MEDICO RADIOLOGO RESPONSABLE DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDO POR LA SECRETARIA DE SALUD 6. LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DE SALUD |
| **ULTRASONIDO DOPPLER COLOR UROLOGIA RENAL, INJERTO RENAL Y PENE (PARTIDA 5)** | 1. MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA Y METODOS DE IMAGEN. 4. CEDULA DE ESPECIALIDAD 5. PERMISO DE MEDICO RADIOLOGO RESPONSABLE DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDO POR LA SECRETARIA DE SALUD 6. LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DE SALUD 7. EQUIPO NECESARIO DE ACUERDO A NOM. 197-SSA 1-2000 Y NOM. 157-SSA 1-1996 |
| **USG DOPPLER (ANGIOLOGIA) ARTERIAL MIEMBRO SUPERIOR, ARTERIAL MIEMBRO INFERIOR, CAROTIDEO, AORTA ABDOMINAL, PORTAL, VENOSO MIEMBRO SUPERIOR, VENOSO MIEMBRO INFERIOR (PARTIDA 6)** | 1. MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA Y METODOS DE IMAGEN. 4. CEDULA DE ESPECIALIDAD 5. PERMISO DE MEDICO RADIOLOGO RESPONSABLE DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDO POR LA SECRETARIA DE SALUD 6. LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DE SALUD 7. EQUIPO NECESARIO DE ACUERDO A NOM. 197-SSA 1-2000 Y NOM. 157-SSA 1-1996 |
| **ULTRASONIDO GENERAL PARTES BLANDAS, OBSTÉTRICO, ABDOMINAL, HIGADO, RENAL, VIAS B ILIARES E HISTERO SALPINGOGRAFIA (PARTIDA 7)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA Y METODOS DE IMAGEN. 4. CEDULA DE ESPECIALIDAD 5. PERMISO DE MEDICO RADIOLOGO RESPONSABLE DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDO POR LA SECRETARIA DE SALUD 6. LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DE SALUD 7. EQUIPO NECESARIO DE ACUERDO A NOM. 197-SSA 1-2000 Y NOM. 157-SSA 1-1996 |
| **MANOMETRIAS ESOFAGICAS Y MANOMETRIAS ESOFAGICAS CON IMPEDANCIA Y PH METRIAS (PARTIDA 8)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO CON ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGIA EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO CON ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGIA. Y ACREDITAR ADISTRAMIENTO EN ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA E INTERVENCIONISTA. 4. CEDULA DE ESPECIALIDADES 5. PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO 6. INSTALACIONES CON AREAS DETERMINADAS DE ACUERDO NOM. 197-SSA-1-2000, CON MATERIAL Y EQUIPO NECESARIO. |
| **YAG LASER (PARTIDA 9)** | 1. TITULO MEDICO OFTAMOLOGO EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO CON ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGÍA 4. CEDULA DE ESPECIALIDADES 5. PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO. |
| **TOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE DE MACULA Y NERVIO OPTICO (PARTIDA 9)** |
| **CAMPIMETRIA (PARTIDA 9)** |
| **ULTRASONIDOS OCULARES MODO B (PARTIDA 9)** |
| **FLUORANGIOGRAFÍA RETINIANA (PARTIDA 9)** |
| **ESTUDIOS ESPECIALES DE LABORATORIO (PARTIDA 10)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO CON ESPECIALIDAD EN PATOLOGIA, 2. LIC. EN ANALISIS CLINICO BIOLOGICOS Y/O QUIMICO FARMACOBIOLOGO, EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 3. CEDULA DE PROFESIONES 4. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO CON ESPECIALIDAD EN PATOLOGIA O ANALISIS CLINICOS BIOLOGICOS 5. CEDULA DE ESPECIALIDADES 6. PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO   LOS LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS PODRAN SER INDEPENDIENTES O INTEGRADOS A UNA UNIDAD MEDICA Y DEBEN DE CONTAR CON LA LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO Y CONTAR CON LOS REGISTROS QUE AVALAN EL CONTROL DE CALIDAD INTERNO Y EXTERNO DE SUS EQUIPOS Y REACTIVOS UTILIZADOS. |
| **TERAPIA FISICA Y REHABILITACION, ELECTROMIOGRAFIA (PARTIDA 11)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. CEDULA DE ESPECIALIDADES 4. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION 5. DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION EXPEDIDA POR LA INSTITUCIÓN EN DONDE SE REALIZO LA ESPECIALIDAD 6. DIPLOMA DE CERTIFICACIÓN EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION EXPEDIDA POR EL CONSEJO DE ESTA ESPECIALIDAD 7. PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO 8. INSTALACIONES DE ACUERDO A LO ESPECIFICADO EN LA NOM. 197-SSA 1-2000 |
| **ESTUDIOS OTONEUROLOGICOS, AUDIOMETRIAS, POTENCIALES EVOCADOS VISUALES, POTENCIALES EVOCADOS SOMATO SENSORIALES, TIMPANOMETRIA, PRUEBA DE ESTIMULACION REPETITIVA DEL NERVIO PERIFERICO, POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS (PARTIDA 12)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO CON ESPECIALIDAD EN OTORRINOLARINGOLOGIA, OTONEUROLOGIA O AUDIOLOGIA 4. CEDULA DE ESPECIALIDADES. 5. PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO. |
| **APOYO MECANICO VENTILATORIO (PARTIDA 13)** | 1. LICENCIA SANITARIA DEL ESTABLECIMIENTO. 2. REGISTRO SANITARIO DELOS EQUIPOS. |
| **ESTUDIOS ENDOSCOPICOS ESPECIALES, CPRE SIMPLE Y CPRE CON PROTESIS BILIAR (PARTIDA 14)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO CON ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGIA EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO CON ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGIA. Y ACREDITAR ADISTRAMIENTO EN ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA E INTERVENCIONISTA. 4. CEDULA DE ESPECIALIDADES 5. PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO |
| **COLONOSCOPIAS Y COLONOSCOPIA CON BIOPSIA (PARTIDA 15)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO CON ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGIA EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO CON ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGIA. 4. CEDULA DE ESPECIALIDADES 5. PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO |
| **ESTUDIOS ENDOSCOPICOS CONVENCIONALES, ENDOSCOPIAS ALTAS CON Y SIN ANESTESIA ADULTO, ENDOSCOPIAS ALTAS PEDIATRICAS CON Y SIN ANESTESIA, ENDOSCOPIAS GASTROFAGICAS CON DILATACIONES, ENDOSCOPIA GASTROENSOFAGICA CON ESCLEROTERAPIA, ENDOSCOPIA GASTROENSOFAGICA CON LIGADURA DE VARICES ESOFAGICA, BRONCOSCOPIA ADULTO Y PEDIATRICO (PARTIDA 16)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO CON ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGIA EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO CON ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGIA Y ACREDITAR ADISTRAMIENTO EN ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA E INTERVENCIONISTA. 4. CEDULA DE ESPECIALIDADES 5. PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO |
| **MEDICINA NUCLEAR (PARTIDA 17)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO CON ESPECIALIDAD EN MEDICINA NUCLEAR, EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO NUCLEAR 4. CEDULA DE ESPECIALIDADES 5. PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO 6. PERMISO DE LA COMISIÓN NACIONAL NUCLEAR 7. LICENCIA DE LA COMISION NACIONAL DE SEGURIDAD NUCLAR Y SALVAGUARDAS 8. EQUIPO NECESARIO EN BASE A LA NOM-229-SSA1-2002, NOM-002-SSA3-2007 Y NOM-013-NUCL-2009.   LOS ESTABLECIMIENTOS PARA LLEVAR A CABO LOS ESTUDIOS DE MEDICINA NUCLEAR PODRAN SER INDEPENDIENTES O INTEGRADOS A UNA UNIDAD MEDICA Y DEBEN DE CONTAR CON LA LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO Y CONTAR CON LOS REGISTROS QUE AVALAN EL CONTROL DE CALIDAD INTERNO Y EXTERNO DE SUS EQUIPOS UTILIZADOS. |
| **DOSIMETRIA (PARTIDA 18)** | 1. PERMISO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGURIDAD NUCLEAR 2. PERMISO DE LA COFEPRIS PARA UTILIZACIÓN DE MEMORIAS ANALÍTICAS Y PRUEBAS DE CONTROL. |
| **ELECTROENCEFALOGRAMA Y ELECTROENCEFALOGRAMA PORTATIL (PARTIDA 19)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO CON ESPECIALIDAD EN NEUROLOGIA 4. CEDULA DE ESPECIALIDADES 5. PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO. |
| **USG DOOPLER COLOR ONCOLOGIA, USG DOOPLER COLOR HEPATICO, USG DOOPLER COLOR PORTAL, USG DOOPLER COLOR PELVICO, USG DOOPLER MAMARIO (PARTIDA 20)** | 1. MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA Y METODOS DE IMAGEN. 4. CEDULA DE ESPECIALIDAD 5. PERMISO DE MEDICO RADIOLOGO RESPONSABLE DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDO POR LA SECRETARIA DE SALUD 6. LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DE SALUD   EQUIPO NECESARIO DE ACUERDO A NOM. 197-SSA 1-2000 Y NOM. 157-SSA 1-1996 |
| **SERVICIO DE PATOLOGIA (INMUNOHISTOQUIMICO) Y TINCIONES ESPECIALES (PARTIDA 21)** | 1. MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO ESPECIALISTA EN ANATOMOPATOLOGIA Y CON EXPERIENCIA EN INMUNOHISTOQUIMICA HEMATOLOGICA. 4. CEDULA DE ESPECIALIDAD 5. LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DONDE SE REALIZARAN DICHOS PROCEDIMIENTOS. |
| **RADIOTERAPIA LINEAL (CONFORMACIONAL) (PARTIDA 22)** | 1.- TITULO MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP  2.- CEDULA DE PROFESIONES  3.- RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA Y METODOS DE IMAGEN.  4.- CEDULA DE ESPECIALIDAD  5.- PERMISO DE MEDICO RADIOLOGO RESPONSABLE DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDO POR LA SECRETARIA DE SALUD  6.- LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DE SALUD  7.- EL SUBROGATARIO DEBERA DE CUMPLIR CON LAS NOM. 002-SSA3-DAS  8.- COPIA SIMPLE DE LA LICENCIA DE OPERACIÓN QUE EXPIDE LA COMISION NACIONAL DE SEGURIDAD NUCLEAR Y SALVAGUARDIAS |
| **ECOCARDIOGRAMA CONVENCIONAL ADULTO Y PEDIATRICO, ECOCARDIOGRAMA PORTATIL ADULTO Y PEDIATRICO. ECOCARDIOGRAMA CON DOBUTAMIDA, ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO, PRUEBA DE ESFUERZO, REHABILITACION CARDIACA , HOLTER (PARTIDA 23)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO CON ESPECIALIDAD EN CARDIOLOLOGIA EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP. 2. CEDULA DE PROFESIONES. 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO (OPCIONAL) DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO CON ESPECIALIDAD EN CARDIOLOGIA Y ACREDITAR ADISTRAMIENTO EN ECOCARDIOGRAMA CONVENCIONAL DOPPLER, PRUEBA DE ESFUERZO Y HOLTER. 4. CEDULA DE ESPECIALIDADES. 5. PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO. |
| **SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL (PARTIDA 24)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA Y METODOS DE IMAGEN. 4. CEDULA DE ESPECIALIDAD 5. PERMISO DE MEDICO RADIOLOGO RESPONSABLE DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDO POR LA SECRETARIA DE SALUD 6. LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DE SALUD |
| **TRANSITO INTESTINAL (PARTIDA 25)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA Y METODOS DE IMAGEN. 4. CEDULA DE ESPECIALIDAD 5. PERMISO DE MEDICO RADIOLOGO RESPONSABLE DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDO POR LA SECRETARIA DE SALUD 6. LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DE SALUD |
| **COLON POR ENEMA (PARTIDA 26)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES   3 RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA Y METODOS DE IMAGEN.  4CEDULA DE ESPECIALIDAD  5PERMISO DE MEDICO RADIOLOGO RESPONSABLE DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDO POR LA SECRETARIA DE SALUD  6LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DE SALUD |
| **TOMOGRAFIA CON EMISION DE POSITRONES (PET) (PARTIDA 27)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO CON ESPECIALIDAD EN MEDICINA NUCLEAR, EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO NUCLEAR 4. CEDULA DE ESPECIALIDADES 5. PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO 6. PERMISO DE LA COMISIÓN NACIONAL NUCLEAR 7. LICENCIA DE LA COMISION NACIONAL DE SEGURIDAD NUCLAR Y SALVAGUARDAS 8. EQUIPO NECESARIO EN BASE A LA NOM-197-SSA1-2000 Y NOM.002-SSA3-2007 9. LOS ESTABLECIMIENTOS PARA LLEVAR A CABO LOS ESTUDIOS DE MEDICINA NUCLEAR PODRAN SER INDEPENDIENTES O INTEGRADOS A UNA UNIDAD MEDICA Y DEBEN DE CONTAR CON LA LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO Y CONTAR CON LOS REGISTROS QUE AVALAN EL CONTROL DE CALIDAD INTERNO Y EXTERNO DE SUS EQUIPOS UTILIZADOS. |
| **FLUOROSCOPIO ARCO EN C (PARTIDA 28)** | * 1. TITULO MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP   2. CEDULA DE PROFESIONES   3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA Y METODOS DE IMAGEN.   4. CEDULA DE ESPECIALIDAD   5. TITULO DE TECNICO RADIOLOGO   6. CEDULA PROFESIONAL DE TECNICO RADIOLOGO   7. PERMISO DE MEDICO RADIOLOGO RESPONSABLE DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDO POR LA SECRETARIA DE SALUD   8. LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DEL GABINETE DE RAYOS X EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DE SALUD |
| **PROCEDIMIENTO DE LITOTRICIA FLEXIBLE CON LASER CON APOYO DE EQUIPO (PARTIDA 29)** | 1. LICENCIA SANITARIA DEL ESTABLECIMIENTO. 2. REGISTRO SANITARIO DE LOS EQUIPOS. |
| **VALORACIÓN DE NEUROCIRUGIA URGENCIAS ADULTO Y PEDIATRICO, VALORACION DE NEUROCIRUGIA ADULTO Y PEDIATRICO, CIRUGIA DE NEUROCIRUGIA URGENCIAS ADULTO Y PEDIATRICO, CIRUGIA DE NEUROCIRUGIA ADULTO YPEDIATRICO(PARTIDA 30)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. CEDULA DE ESPECIALIDADES 4. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO NEUROCIRUJANO 5. DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN NEUROCIRUGÍA EXPEDIDA POR LA INSTITUCIÓN EN DONDE SE REALIZO LA ESPECIALIDAD 6. DIPLOMA DE CERTIFICACIÓN EN NEUROCIRUGÍA EXPEDIDA POR EL CONSEJO DE ESTA ESPECIALIDAD 7. DEBERÁ PRESENTAR ESCRITO LIBRE MEDIANTE EL CUAL SE COMPROMETE A QUE EL MÉDICO ANESTESIOLOGO ACOMPAÑANTE CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN PARA EJERCER SU ESPECIALIDAD 8. EQUIPO PROPIO PARA EFECTUAR LOS PROCEDIMIENTOS CON SEGURIDAD DE ACUERDO A LA NOM. 197-SSA 1-2000 |
| **CIRUGIA PEDIATRICA (HERNIOPLASTIA UMBILICAL, ABDOMINAL, INGUINAL, INTESTINAL (VOLVULOS), CIRUGIA DE HERNIA DIAFRAGMATICA, CIRUGIA PEDIATRICA GASTROQUISIS, CIRUGIA PEDIATRICA FIMOSIS, CIRUGIA PEDIATRICA CRIPTORQUIDIA, CIRUGIA PEDIATRICA ORQUIDOPEXIA, CIRUGIA PEDIATRICA PILOROPLASTIA, LAPAROTOMIA EXPLORADORA (PARTIDA 31)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO CON ESPECIALIDAD EN CIRUGIA PEDIATRICA EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO CON ESPECIALIDAD EN CIRUGIA PEDIATRICA 4. CEDULA DE ESPECIALIDADES 5. CERTIFICACION DEL HOSPITAL 6. PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO |
| **VALORACION DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIATRICO, CIRUGIA DE OTORRINOLARINGOLOGIA URGENTES ADULTO Y PEDIATRICO TRAUMATISMO NASAL, CIRUGIA DE OTORRINOLARINGOLOGIA URGENTES ADULTO Y PEDIATRICO FRACTURA NASAL, CIRUGIA DE OTORRINOLARINGOLOGIA URGENTES ADULTO Y PEDIATRICO HEMORRAGIAS NASALES DE DIFICIL CONTROL CON COLOCACION DE TAPONAMIENTO POSTERIOR, CIRUGIA DE OTORRINOLARINGOLOGIA URGENTES ADULTO Y PEDIATRICOS EXTRACCION DE CUERPOS EXTRAÑOS. (PARTIDA 32)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO CON ESPECIALIDAD EN OTORRINOLARINGOLOGIA EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO CON ESPECIALIDAD EN OTORRINORINGOLOGIA 4. CEDULA DE ESPECIALIDADES 5. CERTIFICACION DEL HOSPITAL 6. PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO |
| **VALORACION DE OFTALMOLOGIA DE URGENCIA ADULTO Y PEDIATRICO, CIRUGIA DE OFTALMOLOGIA URGENTE ADULTO Y PEDIATRICO TRAUMATISMO O LESIONES OCULARES DIVERSAS, EXTRACCION CUERPOS EXTRAÑOS EN CORNEA, VITRECTOMIA (PARTIDA 33)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO CON ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGIA EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO CON ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGIA. 4. CEDULA DE ESPECIALIDADES 5. CERTIFICACION DEL HOSPITAL 6. PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO |
| **CATETERISMO CARDIACO, CATETERISMO CARDIACO CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA CON STENT, CATETERISMO CARDIACO CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA SIN STENT, CATETERISMO CARDIACO CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA CON STENT MEDICADO (PARTIDA 34)** | 1. MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA. 4. CEDULA DE ESPECIALIDAD 5. LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DONDE SE REALIZARAN DICHOS PROCEDIMIENTOS. |
| **VALORACION DE ANGIOLOGIA DE URGENCIA ADULTO Y PEDIATRICO, CIRUGIA DE ANGIOLOGIA (SAFENOEXCERESIS), CIRUGIA DE ANGIOLOGIA ( LESIONES VASCULARES TRAUMATICAS), CIRUGIA DE ANGIOLOGIA ( FISTULA ARTEROVENOSAS), CIRUGIA DE ANGIOLOGIA (INSUFICIENCIA ARTERIAL AGUDA CON STEN), CIRUGIA DE ANGIOLOGIA (COLOCACION DE CATETER PERMACAT PARA HEMODIALISIS), CIRUGIA ENDOVASCULAR PERIFERICA CON Y SIN STEN (PARTIDA 35)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO CON ESPECIALIDAD EN ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO CON ESPECIALIDAD EN ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR. 4. CEDULA DE ESPECIALIDADES 5. CERTIFICACION DEL HOSPITAL 6. LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO |
| **RESECCION PROSTATICA TRANSURETRAL, PIELOLITOTOMIA, NEFRECTOMIAS, URETEROLITOTRICIA, CISTOSCOPIA Y RESECION TRANSURETRALES DE TUMORES DE VEJIGA, NEFROLITOTRICIA PERCUTANEA NEUMATICO ULTRASONICA LASER Y ELECTROHIDRAULICA, CIRUGIA UROLOGIA (NEFROS TOMIAS PERCUTANEAS PARA EXTRACCION DE CALCULOS URINARIOS), NEFROLITOTOMIA A CIELO ABIERTO, URETEROSTOMIA,NEFROLITOTRICIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (PARTIDA 36)** | 1. TITULO MEDICO CIRUJANO CON ESPECIALIDAD EN UROLOGIA EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP 2. CEDULA DE PROFESIONES 3. RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO MEDICO CON ESPECIALIDAD EN UROLOGIA. 4. CEDULA DE ESPECIALIDADES 5. CERTIFICACION DEL HOSPITAL 6. LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO |
| **PROCEDIMIENTO DE TERMOCOAGULACION PARA CONTROL DE DOLOR FACETARIO O DOLOR DISCOGENO CON APOYO DE EQUIPO (PARTIDA 37)** | 1.- TITULO MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP  2.- CEDULA DE PROFESIONES  3.- CEDULA DE ESPECIALIDADES  4.- RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO NEUROCIRUJANO  5.- DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN NEUROCIRUGÍA EXPEDIDA POR LA INSTITUCIÓN EN DONDE SE REALIZO LA ESPECIALIDAD  6.- DIPLOMA DE CERTIFICACIÓN EN NEUROCIRUGÍA EXPEDIDA POR EL CONSEJO DE ESTA ESPECIALIDAD  7.- DEBERÁ PRESENTAR ESCRITO LIBRE MEDIANTE EL CUAL SE COMPROMETE A QUE EL MÉDICO ANESTESIOLOGO ACOMPAÑANTE CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN PARA EJERCER SU ESPECIALIDAD  8.- EQUIPO PROPIO PARA EFECTUAR LOS PROCEDIMIENTOS CON SEGURIDAD DE ACUERDO A LA NOM. 197-SSA 1-2000 |
| **PROCEDIMIENTO DE VERTEBROPLASTIA CON APOYO DE EQUIPO (PARTIDA 38)** | 1.- TITULO MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA POR LA SEP  2.- CEDULA DE PROFESIONES  3.- CEDULA DE ESPECIALIDADES  4.- RECONOCIMIENTO O CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE LA PROFESIÓN QUE LO ACREDITE COMO NEUROCIRUJANO  5.- DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN NEUROCIRUGÍA EXPEDIDA POR LA INSTITUCIÓN EN DONDE SE REALIZO LA ESPECIALIDAD  6.- DIPLOMA DE CERTIFICACIÓN EN NEUROCIRUGÍA EXPEDIDA POR EL CONSEJO DE ESTA ESPECIALIDAD  7.- DEBERÁ PRESENTAR ESCRITO LIBRE MEDIANTE EL CUAL SE COMPROMETE A QUE EL MÉDICO ANESTESIOLOGO ACOMPAÑANTE CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN PARA EJERCER SU ESPECIALIDAD  8.- EQUIPO PROPIO PARA EFECTUAR LOS PROCEDIMIENTOS CON SEGURIDAD DE ACUERDO A LA NOM. 197-SSA 1-2000EQUIPO PROPIO PARA EFECTUAR LOS PROCEDIMIENTOS CON SEGURIDAD DE ACUERDO A LA NOM. 197-SSA 1-2000 |

##### ANEXO NUMERO 1 C (UNO C)

**PARA LA PARTIDA 10 ESTUDIOS ESPECIALES DE LABORATORIO**

| **NUMERO** | **D E S C R I P C I O N** | **PRESENTACIÓN** | **CANTIDAD** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 11 DESOXICORTICOSTERONA | ESTUDIO | 1 |
| 2 | 17 ESTEROIDES EN ORINA DE 24 HRS | ESTUDIO | 1 |
| 3 | 17 CATOSTEROIDES EN ORINA DE 24 HRS. | ESTUDIO | 1 |
| 4 | CETOESTEROIDES | ESTUDIO | 1 |
| 5 | 17 HIDROXICORTICOESTEROIDES URINARIOS 24 HRS. | ESTUDIO | 1 |
| 6 | 5 NUCLEOTIDASA | ESTUDIO | 1 |
| 7 | AC. COXSACKIE A7 | ESTUDIO | 1 |
| 8 | AC. ANTI-FTA | ESTUDIO | 1 |
| 9 | AC. ACETILSALICILICO | ESTUDIO | 1 |
| 10 | AC. ANTI ECHINOVIRUS | ESTUDIO | 1 |
| 11 | AC. ANTI "A" SALINOS | ESTUDIO | 1 |
| 12 | AC. ANTI "B" SALINOS | ESTUDIO | 1 |
| 13 | AC. ANTI-Ag. TEMPRANO DEL VIRUS EB IgG (EA) | ESTUDIO | 1 |
| 14 | AC. ANTI-Ag. TEMPRANO DEL VIRUS EB IgG (EBNA) | ESTUDIO | 1 |
| 15 | AC ANTI -Ag "C" DE LA HEPATITIS B ANTI HBC Ag IgG e IgM | ESTUDIO | 1 |
| 16 | AC ANTI -Ag "S" DE LA HEPATITIS B ANTI HsAG | ESTUDIO | 1 |
| 17 | AC ANTI -Ag "S" DE LA HEPATITIS B ANTI HBC Ag IgG e IgM | ESTUDIO | 1 |
| 18 | AC ANTI -Ag "e" DE LA HEPATITIS B ANTI HBeAG | ESTUDIO | 1 |
| 19 | AC ANTI -Ag "e" DE LA HEPATITIS B ANTI HBC Ag IgG e IgM | ESTUDIO | 1 |
| 20 | AC. ANTI Ag's DE HEPATITIS B IgM | ESTUDIO | 1 |
| 21 | AC. ANTI AMIBIANOS | ESTUDIO | 1 |
| 22 | AC. ANTI CARDIOLIPINAS IgG | ESTUDIO | 1 |
| 23 | AC. ANTI CHLAMYDIA PSITSCI | ESTUDIO | 1 |
| 24 | AC ANTI BORRELIA BURGDORFERI IgG E IgM | ESTUDIO | 1 |
| 25 | AC. ANTI-COXIELA BURNETII (IgG,IgM) FIEBRE Q | ESTUDIO | 1 |
| 26 | AC. ANTI-FOSFATILSERNINA IgG E IgM | ESTUDIO | 1 |
| 27 | AC. ANTI GAD (GLUTAMATO DECARBOXILASA) | ESTUDIO | 1 |
| 28 | AC. ANTI GANGLIOSIDOS IgG E IgM | ESTUDIO | 1 |
| 29 | AC. ANTI GANGLIOSIDOS IgG | ESTUDIO | 1 |
| 30 | AC. ANTI GANGLIOSIDOS IgM | ESTUDIO | 1 |
| 31 | AC. ANTI IgA | ESTUDIO | 1 |
| 32 | AC. ANTI LEUCOCITOS | ESTUDIO | 1 |
| 33 | AC. ANTI-LISTERIA-MONOCYTOGENES IgE | ESTUDIO | 1 |
| 34 | AC. ANTI LYME IgG E IgM | ESTUDIO | 1 |
| 35 | AC. ANTI-PCNA (CELULAS PROLIFERATIVAS) | ESTUDIO | 1 |
| 36 | AC. ANTI TOXOCARA IgG | ESTUDIO | 1 |
| 37 | AC. ANTI TRICHINELLA SPIRALIS IgG | ESTUDIO | 1 |
| 38 | AC. ANTI-ADRENALES IgG e IgM | ESTUDIO | 1 |
| 39 | AC. ANTI-Ag CAPSIDE DEL VIRUS EPSTEIN BARR | ESTUDIO | 1 |
| 40 | AC. ANTI-Ag CAPSIDE DEL VIRUS EPSTEIN BARR EN LCR | ESTUDIO | 1 |
| 41 | AC. ANTI-Ag NUCLEARES DEL VIRUS EB IgG | ESTUDIO | 1 |
| 42 | AC. ANTI-Ag TEMPRANO DEL VIRUS EB IgG | ESTUDIO | 1 |
| 43 | AC. ANTI-Ag CAPSIDE DEL VIRUS EPSTEIN BARR | ESTUDIO | 1 |
| 44 | AC. ANTI-AMIBIANOS | ESTUDIO | 1 |
| 45 | AC. ANTI-BABESIA | ESTUDIO | 1 |
| 46 | AC. ANTI-BARTONELA HENSELAE IgG E IgM | ESTUDIO | 1 |
| 47 | AC. ANTI- BETA 2 GLICOPROTEINAS | ESTUDIO | 1 |
| 48 | AC. ANTI-BLASTOMYCES IgE | ESTUDIO | 1 |
| 49 | AC. ANTI-BRUCELLA, Ag ROSA DE BENGALA | ESTUDIO | 1 |
| 50 | AC. ANTI-CELULAS PARIETALES | ESTUDIO | 1 |
| 51 | AC. ANTI-CENTROMERO | ESTUDIO | 1 |
| 52 | AC. ANTI-CHLAMYDIA PSITTACI (IgA,IgG e IgM) | ESTUDIO | 1 |
| 53 | AC. ANTI-CISTICERCOS | ESTUDIO | 1 |
| 54 | AC. ANTI COCCIDIOIDES IMMITIS IgM EN LCR | ESTUDIO | 1 |
| 55 | AC. ANTI COCCIDIOIDES IMMITIS IgM EN SANGRE | ESTUDIO | 1 |
| 56 | AC. ANTI-CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS EN LCR | ESTUDIO | 1 |
| 57 | DHEA | ESTUDIO | 1 |
| 58 | AC. ANTI-DENGUE IgG E IgM | ESTUDIO | 1 |
| 59 | AC. ANTI- DPN (DESOXINUCLEOPROTEINA) | ESTUDIO | 1 |
| 60 | AC. ANTI-ECHINOCOCCUS GRANULOSUS IgG | ESTUDIO | 1 |
| 61 | AC. ANTI-ECHOVIRUS 4,7,9,11 Y 16 EN LCR | ESTUDIO | 1 |
| 62 | AC. ANTI-ECHOVIRUS 4,7,9,11,30 | ESTUDIO | 1 |
| 63 | AC. ANTI-EPIDERMALES | ESTUDIO | 1 |
| 64 | AC. ANTI-EPSTEIN BARR IgG | ESTUDIO | 1 |
| 65 | AC. ANTI-ESPERMA IgA, IgG e IgM | ESTUDIO | 1 |
| 66 | AC. ANTI-ESTREPTOLISINAS | ESTUDIO | 1 |
| 67 | AC. ANTI FOSFOLIPIDOS IgM | ESTUDIO | 1 |
| 68 | AC. ANTI GLIADINA | ESTUDIO | 1 |
| 69 | AC. ANTI-HANTAVIRUS IgG e IgM | ESTUDIO | 1 |
| 70 | AC. ANTI-HELICOBACTER PILORY IgM | ESTUDIO | 1 |
| 71 | AC. ANTI-HISTONAS | ESTUDIO | 1 |
| 72 | AC. ANTI-HISTOPLASMA CAPSULATUM EN SUERO | ESTUDIO | 1 |
| 73 | AC. ANTI-HISTOPLASMA CAPSULATUM EN LCR | ESTUDIO | 1 |
| 74 | AC. ANTI-HISTOPLASMA CAPSULATUM EN SANGRE | ESTUDIO | 1 |
| 75 | AC. ANTI-HTLV I/II | ESTUDIO | 1 |
| 76 | AC. ANTI-ISLOTES DE LANGERHANS | ESTUDIO | 1 |
| 77 | AC. ANTI-KINASA MUSCULAR | ESTUDIO | 1 |
| 78 | AC. ANTI-La/SSB | ESTUDIO | 1 |
| 79 | AC. ANTI-LECHE BOVINA IgE | ESTUDIO | 1 |
| 80 | AC. ANTI-LEGIONELLA PNEUMOPHILLIA | ESTUDIO | 1 |
| 81 | AC. ANTI-LEISHMANIA | ESTUDIO | 1 |
| 82 | AC. ANTI-LEPTOSPIRA | ESTUDIO | 1 |
| 83 | AC. ANTI-LKM | ESTUDIO | 1 |
| 84 | AC. ANTI-MEMBRANA GLOMERULAR BASAL | ESTUDIO | 1 |
| 85 | AC. ANTI-MICOPLASMA PNEUMONIAE IgG IgM | ESTUDIO | 1 |
| 86 | AC. ANTI-MICROSOMALES | ESTUDIO | 1 |
| 87 | AC. ANTI-MELINA | ESTUDIO | 1 |
| 88 | AC. ANTI-MUCOSA GASTRICA | ESTUDIO | 1 |
| 89 | AC. ANTI-MUSCULO ESTRIADO | ESTUDIO | 1 |
| 90 | AC. ANTI-PLAQUETAS | ESTUDIO | 1 |
| 91 | AC. ANTI-RECEPTOR DE TSH | ESTUDIO | 1 |
| 92 | AC. ANTI-RECEPTORES DE ACETILCOLINA | ESTUDIO | 1 |
| 93 | AC. ANTI- RETICULINA (R1) | ESTUDIO | 1 |
| 94 | AC. ANTI-RICKETSIA FIEBRE Q IgG E IgM | ESTUDIO | 1 |
| 95 | AC. ANTI-Ro/SSA | ESTUDIO | 1 |
| 96 | AC. ANTI-SACCHAROMYCES CEREVISIAE IgA | ESTUDIO | 1 |
| 97 | AC. ANTI-SACCHAROMYCES CEREVISIAE IgG | ESTUDIO | 1 |
| 98 | AC. ANTI-SARAMPION IgG | ESTUDIO | 1 |
| 99 | AC. ANTI- SINDROME PARANEOPLASICO Hu Yo | ESTUDIO | 1 |
| 100 | AC. ANTI-SLA | ESTUDIO | 1 |
| 101 | AC. ANTI-TIROIDEOS | ESTUDIO | 1 |
| 102 | AC. ANTI-TOXOIDE DIFTERICO | ESTUDIO | 1 |
| 103 | AC. ANTI-TOXOIDE TETANICO | ESTUDIO | 1 |
| 104 | AC. ANTI-TUBERCULOSIS | ESTUDIO | 1 |
| 105 | AC. ANTI-VIRUS DE LA HEPATITIS DELTA ANTI-HDV | ESTUDIO | 1 |
| 106 | AC. ANTI-VIRUS DE LA HEPATITUS C CONFIRMATORIA (RIBA) | ESTUDIO | 1 |
| 107 | AC. ANTI-VIRUS DE LA HEPATITIS C ANTI-HCV | ESTUDIO | 1 |
| 108 | AC. ANTI-VIRUS DE LA HEPATITIS A ANTI-HAV IgG | ESTUDIO | 1 |
| 109 | AC. ANTI-VIRUS DE LA HEPATITIS E IgM | ESTUDIO | 1 |
| 110 | AC. ANTI-VIRUS DEL NILO DEL OESTE | ESTUDIO | 1 |
| 111 | AC. COXSACKIE A9 | ESTUDIO | 1 |
| 112 | AC. COXSACKIE A10 | ESTUDIO | 1 |
| 113 | AC. COXSACKIE A16 | ESTUDIO | 1 |
| 114 | AC. COXSACKIE A2 | ESTUDIO | 1 |
| 115 | AC. COXSACKIE A4 | ESTUDIO | 1 |
| 116 | AC. ENDOMECIALES | ESTUDIO | 1 |
| 117 | AC. MEMBRANA BASAL GLOMERULAR | ESTUDIO | 1 |
| 118 | AC. ANTI-ESTREPTOLISINAS | ESTUDIO | 1 |
| 119 | AC. ANTI-HERPES VIRUS 6 | ESTUDIO | 1 |
| 120 | AC. ANTI-ASPERGILLUS IgE | ESTUDIO | 1 |
| 121 | AC. ANTI-RECEPTORES DE LA TSH | ESTUDIO | 1 |
| 122 | AC. ANTI-HETEROFILOS | ESTUDIO | 1 |
| 123 | ACETAMINOFEM (TYLENOL) | ESTUDIO | 1 |
| 124 | ACETATO DE TALIO | ESTUDIO | 1 |
| 125 | ACETATO EN ORINA | ESTUDIO | 1 |
| 126 | ACETONA EN SANGRE | ESTUDIO | 1 |
| 127 | ACIDEZ TITULABLE EN ORINA DE 24 HRS | ESTUDIO | 1 |
| 128 | ACIDO CARBONICO | ESTUDIO | 1 |
| 129 | ACIDO CITRICO | ESTUDIO | 1 |
| 130 | ACIDO DELTA AMINO LEVULINICO | ESTUDIO | 1 |
| 131 | ACIDO DELTA AMINO LEVULINICO EN ORINA DE 24HRS | ESTUDIO | 1 |
| 132 | ACIDO FOLICO INTRAERITROCITARIO | ESTUDIO | 1 |
| 133 | ACIDOS GRASOS LIBRES | ESTUDIO | 1 |
| 134 | ACIDO HIALURICO EN LIQUIDO PLEURAL | ESTUDIO | 1 |
| 135 | ACIDO HIPURICO | ESTUDIO | 1 |
| 136 | ACIDO HIPURICO EN ORINA (TOLUENO) | ESTUDIO | 1 |
| 137 | ACIDO LACTICO EN LCR | ESTUDIO | 1 |
| 138 | ACIDO LACTICO EN SANGRE | ESTUDIO | 1 |
| 139 | ACIDO METIL HIPURICO | ESTUDIO | 1 |
| 140 | ACIDO MICOFELONICO | ESTUDIO | 1 |
| 141 | ACIDOS ORGANICOS | ESTUDIO | 1 |
| 142 | ACTH (DOSIS 0.25mg) | ESTUDIO | 1 |
| 143 | ACTIVIDAD TRIPSICA | ESTUDIO | 1 |
| 144 | ADENOSIN AMINO DE AMINASA | ESTUDIO | 1 |
| 145 | ADHESIVIDAD PLAQUETARIA | ESTUDIO | 1 |
| 146 | ADIPONECTINA | ESTUDIO | 1 |
| 147 | AG. CA 27,29 | ESTUDIO | 1 |
| 148 | AG CA 72.4 | ESTUDIO | 1 |
| 149 | AG CA 21.1 (PULMON) | ESTUDIO | 1 |
| 150 | AG CA 72.4 (ESTOMAGO) | ESTUDIO | 1 |
| 151 | AG CA TUMOR DE VEJIGA (BTA) | ESTUDIO | 1 |
| 152 | AG CAPSULARES EN LIQUIDOS | ESTUDIO | 1 |
| 153 | AG CAPSULARES EN ORINA | ESTUDIO | 1 |
| 154 | AG CAPSULARES EN SANGRE | ESTUDIO | 1 |
| 155 | AG DE CRYPTOCOCCUS EN SANGRE | ESTUDIO | 1 |
| 156 | AG DE CRYPTOSPORIDIUM PARVUM | ESTUDIO | 1 |
| 157 | AG DE SUPERFICIE PARA HEPATITIS B | ESTUDIO | 1 |
| 158 | AG DEL VIRUS DE LA INFLUENZA A Y B | ESTUDIO | 1 |
| 159 | AG SOLUBLE RIÑON E HIGADO | ESTUDIO | 1 |
| 160 | AGLUTINACION ESTANDAR EN TUBO(BRUCELOSIS) | ESTUDIO | 1 |
| 161 | AGREGACION PLAQUETARIA | ESTUDIO | 1 |
| 162 | AGREGOMETRIA | ESTUDIO | 1 |
| 163 | ALCOHOL | ESTUDIO | 1 |
| 164 | ALDOLASA | ESTUDIO | 1 |
| 165 | ALDOSTERONA EN SANGRE | ESTUDIO | 1 |
| 166 | ALDOSTERONA EN ORINA DE 24HRS | ESTUDIO | 1 |
| 167 | ALFA 1 ACIDO GLICOPROTEINAS | ESTUDIO | 1 |
| 168 | ALFA 1 ANTI-TRIPSINAS | ESTUDIO | 1 |
| 169 | ALFA 2 MICROGLOBULINA | ESTUDIO | 1 |
| 170 | ALUMINIO | ESTUDIO | 1 |
| 171 | AMIKACINA | ESTUDIO | 1 |
| 172 | AMILASA EN ORINA DE 12HRS | ESTUDIO | 1 |
| 173 | AMINOFILINA | ESTUDIO | 1 |
| 174 | AMINO AMILASA | ESTUDIO | 1 |
| 175 | AMINOACIDO CUANTIFICADOS | ESTUDIO | 1 |
| 176 | AMINO DIAMINASA EN ORINA | ESTUDIO | 1 |
| 177 | AMIODORONA | ESTUDIO | 1 |
| 178 | AMITRIPTILINA (ELAVIL) | ESTUDIO | 1 |
| 179 | ANDROSTENEDIONA | ESTUDIO | 1 |
| 180 | ANFETAMINAS | ESTUDIO | 1 |
| 181 | ANGIOTENSINA | ESTUDIO | 1 |
| 182 | ANHIDRASA CARBONICA ERITROCITARIA | ESTUDIO | 1 |
| 183 | ANTI-CORE HEPATITIS B IgG | ESTUDIO | 1 |
| 184 | AC. ANTI-IgE | ESTUDIO | 1 |
| 185 | AC. ANTI-TSH | ESTUDIO | 1 |
| 186 | RASTREO DE ANTICUERPOS GRUPO SANGUINEO | ESTUDIO | 1 |
| 187 | ANTICUERPOS ANTI TREPONEMA CONFIRMATORIA | ESTUDIO | 1 |
| 188 | AQDA ADENOSIN AMINO DE AMINASA | ESTUDIO | 1 |
| 189 | ARSENICO EN ORINA DE 24HRS | ESTUDIO | 1 |
| 190 | ARSENIO EN SANGRE | ESTUDIO | 1 |
| 191 | ARSENIO EN ORINA DE 24HRS | ESTUDIO | 1 |
| 192 | BARR EN HECES | ESTUDIO | 1 |
| 193 | BARR EN LIQUIDO PLEURAL | ESTUDIO | 1 |
| 194 | BARR EN ORINA X10 | ESTUDIO | 1 |
| 195 | BARR EN ORINAX3 | ESTUDIO | 1 |
| 196 | BARR EN ORINA X5 | ESTUDIO | 1 |
| 197 | BACILO DE HAEMOPHILUS DUCREYII | ESTUDIO | 1 |
| 198 | BACILO DE HANSEN | ESTUDIO | 1 |
| 199 | BANDAS OLIGOCLONALES EN LCR | ESTUDIO | 1 |
| 200 | BARBITURICOS | ESTUDIO | 1 |
| 201 | BICARBONATO | ESTUDIO | 1 |
| 202 | BROMO | ESTUDIO | 1 |
| 203 | BROMOSULFALEINA , PRUEBA DE LA RETENCION DE LA | ESTUDIO | 1 |
| 204 | CADMIO EN ORINA DE 24HRS | ESTUDIO | 1 |
| 205 | CAFEINA | ESTUDIO | 1 |
| 206 | CARBONATO EN SUERO | ESTUDIO | 1 |
| 207 | CARGA VIRAL HEPATITIS "B" (CUANTITATIVA) | ESTUDIO | 1 |
| 208 | CARGA VIRAL HIV RNA (CUANTITATIVA) | ESTUDIO | 1 |
| 209 | CARGA VIRAL HEPATITIS "C" RNA (CUANTITATIVA) | ESTUDIO | 1 |
| 210 | CARGA VIRAL CITOMEGALOVIRUS POR PCR TIEMPO REAL CUANTITATIVO | ESTUDIO | 1 |
| 211 | CARIOTIPO EN SANGRE PERIFERICA | ESTUDIO | 1 |
| 212 | CARNITINAS | ESTUDIO | 1 |
| 213 | CATAQUIE VIRUS | ESTUDIO | 1 |
| 214 | CATECOLAMINAS EN PLASMA | ESTUDIO | 1 |
| 215 | CATECOLAMINAS TOTALES FRACCIONADAS | ESTUDIO | 1 |
| 216 | CD 55 Y CD 59 | ESTUDIO | 1 |
| 217 | CELULAS ASESINAS NATURALES (NK/CD56) | ESTUDIO | 1 |
| 218 | CELULAS TRONCO (CD34) | ESTUDIO | 1 |
| 219 | CH 100% | ESTUDIO | 1 |
| 220 | CH 50% | ESTUDIO | 1 |
| 221 | CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN SECRECION | ESTUDIO | 1 |
| 222 | CICLOSPORINA | ESTUDIO | 1 |
| 223 | CINETICA DE HIERRO MAS TRANSFERRINA | ESTUDIO | 1 |
| 224 | CITOGENETICO DE MEDULA OSEA | ESTUDIO | 1 |
| 225 | CITOMEGALOVIRUS EN LCR | ESTUDIO | 1 |
| 226 | CITRATO EN ORINA | ESTUDIO | 1 |
| 227 | CITRATO EN ORINA DE 24HRS | ESTUDIO | 1 |
| 228 | CITRATO EN SANGRE | ESTUDIO | 1 |
| 229 | CLONACEPAM | ESTUDIO | 1 |
| 230 | CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOXINA "A" | ESTUDIO | 1 |
| 231 | CO2 TOTAL | ESTUDIO | 1 |
| 232 | COAGLUTINACION EN LIQUIDO PLEURAL | ESTUDIO | 1 |
| 233 | COAGLUTINACION EN ORINA | ESTUDIO | 1 |
| 234 | COBALAMINA | ESTUDIO | 1 |
| 235 | COBRE EN ORINA DE 24HRS | ESTUDIO | 1 |
| 236 | COBRE EN SANGRE | ESTUDIO | 1 |
| 237 | COCAINA | ESTUDIO | 1 |
| 238 | COCCIDIOIDINA, INTRADERMO REACCION | ESTUDIO | 1 |
| 239 | CONCENTRACION DE SODIO EN ORINA | ESTUDIO | 1 |
| 240 | COMPLEJOS INMUNES C3d-IgG | ESTUDIO | 1 |
| 241 | COMPLEJOS C1q(COMPLEJOS INMUNES C1q-IgG) | ESTUDIO | 1 |
| 242 | COMPLEJO C3 | ESTUDIO | 1 |
| 243 | COMPLEJO C4 | ESTUDIO | 1 |
| 244 | COMPLEJO C5 | ESTUDIO | 1 |
| 245 | COMPLEJO C6 | ESTUDIO | 1 |
| 246 | COMPLEJO C7 | ESTUDIO | 1 |
| 247 | COMPLEJO C8 | ESTUDIO | 1 |
| 248 | COMPLEJO C9 | ESTUDIO | 1 |
| 249 | COMPOSICION QUIMICA DEL COAGULO | ESTUDIO | 1 |
| 250 | COPROPORFIRINAS EN ORINA CUALITATIVA | ESTUDIO | 1 |
| 251 | COPROLOGICO BUSQUEDA DE GRASAS | ESTUDIO | 1 |
| 252 | COPROPORFIRINA III | ESTUDIO | 1 |
| 253 | CRIOGLOBULINA | ESTUDIO | 1 |
| 254 | CROMATINA SEXUAL | ESTUDIO | 1 |
| 255 | CROMO EN ORINA DE 24 HRS | ESTUDIO | 1 |
| 256 | CROMOGRANINA A | ESTUDIO | 1 |
| 257 | CROMOSOMA DE FILADELFIA (CUANTITATIVO) POR PCR EN TIEMPO REAL | ESTUDIO | 1 |
| 258 | CRIPTOSPORIDIUM TINCION DE KINYOUN | ESTUDIO | 1 |
| 259 | CULTIVO DE MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS | ESTUDIO | 1 |
| 260 | CULTIVO DE MYCOPLASMA | ESTUDIO | 1 |
| 261 | CULTIVO PARA LEGIONELLA | ESTUDIO | 1 |
| 262 | CULTIVO PARA UREAPLASMA | ESTUDIO | 1 |
| 263 | CULTIVO Y ANTI BIOGRAMA PARA CHLAMYDIA | ESTUDIO | 1 |
| 264 | CICLOSPORA CAYETANENSIS | ESTUDIO | 1 |
| 265 | DIHIDROTESTOSTERONA | ESTUDIO | 1 |
| 266 | DENSIDAD URINARIA | ESTUDIO | 1 |
| 267 | DESOXIPIRIDINOLINA | ESTUDIO | 1 |
| 268 | DET. SERICA DE FOLATOS | ESTUDIO | 1 |
| 269 | DETERMINACION FACTOR 11 | ESTUDIO | 1 |
| 270 | DEXOXIPIRILIDINOLINA | ESTUDIO | 1 |
| 271 | DIACEPAM | ESTUDIO | 1 |
| 272 | DNA, CONTENIDO CELULAR | ESTUDIO | 1 |
| 273 | DESOXIPIRIDINOLINA EN ORINA MATUTINA | ESTUDIO | 1 |
| 274 | DREPANOSITOS, INDUCCION DE | ESTUDIO | 1 |
| 275 | D'XILOSA ABSORCION EN SANGRE | ESTUDIO | 1 |
| 276 | ELECTROFORESIS DE HB | ESTUDIO | 1 |
| 277 | ELECTROFORESIS DE FIBRINOGENO | ESTUDIO | 1 |
| 278 | ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN LCR | ESTUDIO | 1 |
| 279 | EMERGENCIA ACETONA | ESTUDIO | 1 |
| 280 | ENOLASA NEURAL ESPECIFICA (NSE) | ESTUDIO | 1 |
| 281 | EPINEFRINA | ESTUDIO | 1 |
| 282 | ERITROPOYETINA | ESTUDIO | 1 |
| 283 | ESTERASAS EN LEUCOCITOS | ESTUDIO | 1 |
| 284 | ESTEROIDES ANABOLICOS EN ORINA | ESTUDIO | 1 |
| 285 | ESTROGENOS | ESTUDIO | 1 |
| 286 | ESTRONA | ESTUDIO | 1 |
| 287 | ESTUDIO INMUNOHISTOQUIMICO PARA SU HISTOGENESIS | ESTUDIO | 1 |
| 288 | FACTOR 3 PLAQUETARIO | ESTUDIO | 1 |
| 289 | FACTOR IV DE LA COAGULACION | ESTUDIO | 1 |
| 290 | FACTOR RISTOCENTINA | ESTUDIO | 1 |
| 291 | FACTOR VII, ANTIGENO | ESTUDIO | 1 |
| 292 | FACTOR VII INHIBIDOR | ESTUDIO | 1 |
| 293 | FACTOR VIII, ANTIGENO | ESTUDIO | 1 |
| 294 | FACROT VIII, INHIBIDOR DE | ESTUDIO | 1 |
| 295 | FELBAMATO (FELBETOL) | ESTUDIO | 1 |
| 296 | FENOTIPO VIH | ESTUDIO | 1 |
| 297 | FENOTIPO VIRTUAL, GENOTIPO Y DROGORESISTENCIA VIH-1 | ESTUDIO | 1 |
| 298 | FIBRINOGENO | ESTUDIO | 1 |
| 299 | FIBROTEST-ACTITEST | ESTUDIO | 1 |
| 300 | FIJACION DE HIERRO | ESTUDIO | 1 |
| 301 | FISH BCL-2 t(14;18) | ESTUDIO | 1 |
| 302 | FISH AM/ETO t(8;21) | ESTUDIO | 1 |
| 303 | FISH CBFB/MYH11 | ESTUDIO | 1 |
| 304 | FISH CROMOSOMA 21 | ESTUDIO | 1 |
| 305 | FISH CROMOSOMA 8 | ESTUDIO | 1 |
| 306 | FISH CROMOSOMA FILADELFIA t(89;22)bcr/abl | ESTUDIO | 1 |
| 307 | FISH DELECCION 5Q-y-5 | ESTUDIO | 1 |
| 308 | FISH FUNCIONES CON MLL | ESTUDIO | 1 |
| 309 | FISH HER-2/neu(CANCER DE MAMA) | ESTUDIO | 1 |
| 310 | FISH MYC t(8;14) | ESTUDIO | 1 |
| 311 | FISH UroVysion(CANCER DE VEJIGA) | ESTUDIO | 1 |
| 312 | FLUNITRACEPAM "ROHYPNOL" | ESTUDIO | 1 |
| 313 | FLORURO EN ORINA | ESTUDIO | 1 |
| 314 | FEBROMAX | ESTUDIO | 1 |
| 315 | FRAGILIDAD GLOBULAR OSMOTICA | ESTUDIO | 1 |
| 316 | FROTIS PARA CHLAMYDIA | ESTUDIO | 1 |
| 317 | GALACTOSA TOTAL | ESTUDIO | 1 |
| 318 | GALACTOSA URDIL TRASFEROSA | ESTUDIO | 1 |
| 319 | GABAPEPTINA | ESTUDIO | 1 |
| 320 | GAMMAGLOBULINAS | ESTUDIO | 1 |
| 321 | GLOBULINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES (SHBG) | ESTUDIO | 1 |
| 322 | GLUCAGON | ESTUDIO | 1 |
| 323 | GLUCOSA 6-FOSFATODEHIDROGENASA | ESTUDIO | 1 |
| 324 | GONADOTROFINAS HIPOFISIARIAS | ESTUDIO | 1 |
| 325 | HALOPERIDOL "HALDOL" | ESTUDIO | 1 |
| 326 | HAM | ESTUDIO | 1 |
| 327 | HEMATOZOARIO DE LAVERAN | ESTUDIO | 1 |
| 328 | HBC | ESTUDIO | 1 |
| 329 | HBF | ESTUDIO | 1 |
| 330 | HCO3 EN ORINA | ESTUDIO | 1 |
| 331 | HEMOSIDERINA EN MEDULA OSEA | ESTUDIO | 1 |
| 332 | HEMOSIDERINA EN ORINA | ESTUDIO | 1 |
| 333 | GENOTIPO DE HEPATITIS "c" | ESTUDIO | 1 |
| 334 | HEPATITIS C POR PCR | ESTUDIO | 1 |
| 335 | HLA (AS. HISTOCOMPATIBILIDAD II) | ESTUDIO | 1 |
| 336 | HLA (AS. HISTOCOMPATIBILIDAD I) | ESTUDIO | 1 |
| 337 | HORMONA ANTIDIURETICA | ESTUDIO | 1 |
| 338 | HORMONA DE CRECIMIENTO POST | ESTUDIO | 1 |
| 339 | HORMONA SEXUAL LIGADA A PROTEINA | ESTUDIO | 1 |
| 340 | IgF BP3 (PROTEINA TRANSPORTADORA 3 DE IgF) | ESTUDIO | 1 |
| 341 | IMIPRAMINA "TOFRANIL" | ESTUDIO | 1 |
| 342 | INHIBIDOR PLASMOGENICO | ESTUDIO | 1 |
| 343 | INMUNOESPECIFICIDAD | ESTUDIO | 1 |
| 344 | SUBPOBLACION DE LINFOCITOS (CITROMETRIA DE FLUJO) | ESTUDIO | 1 |
| 345 | INMUNOFENOTIPO CITOMETRIA DE FLUJO | ESTUDIO | 1 |
| 346 | INMUNOFENOTIPO LLRAI IV | ESTUDIO | 1 |
| 347 | INMUNOFENOTIPO LLALI | ESTUDIO | 1 |
| 348 | INMUNOFENOTIPO PARA DET. ENF MINIMA RESIDUAL | ESTUDIO | 1 |
| 349 | INMUNOFENOTIPO PLAQUETARIO | ESTUDIO | 1 |
| 350 | INMUNOFIJACION DE PROTEINAS EN SANGRE | ESTUDIO | 1 |
| 351 | INMUNOFIJACION DE PROTEINAS EN LCR | ESTUDIO | 1 |
| 352 | INMUNOFIJACION DE PROTEINAS EN ORINA | ESTUDIO | 1 |
| 353 | INMUNOGLOBULINAS IgG EN LCR | ESTUDIO | 1 |
| 354 | INMUNOGLOBULINAS IgM EN LCR | ESTUDIO | 1 |
| 355 | INMUNOHISTOQUIMICA | ESTUDIO | 1 |
| 356 | INMUNOHISTOQUIMICA, RECEPTINA, E-P | ESTUDIO | 1 |
| 357 | ISOENCIMAS DE CREATINA FOSFO KINASA | ESTUDIO | 1 |
| 358 | ISOENCIMAS DE LDH | ESTUDIO | 1 |
| 359 | ISOSPORA BELLI | ESTUDIO | 1 |
| 360 | JAK-2 | ESTUDIO | 1 |
| 361 | LAMOTRIGINA (LAMICTAL) | ESTUDIO | 1 |
| 362 | LEPTINA | ESTUDIO | 1 |
| 363 | LEVETIRACETAM (KEPPRA) | ESTUDIO | 1 |
| 364 | LINFOMA, TIPIFICACION | ESTUDIO | 1 |
| 365 | LIPOPROTEINAS | ESTUDIO | 1 |
| 366 | LISADO DE LIMULUS | ESTUDIO | 1 |
| 367 | LAMOTRIGINA (LAMICTAL) | ESTUDIO | 1 |
| 368 | LSD EN ORINA | ESTUDIO | 1 |
| 369 | MARIHUANA | ESTUDIO | 1 |
| 370 | MERCURIO EN ORINA DE 24HRS | ESTUDIO | 1 |
| 371 | METABOLOPATIAS | ESTUDIO | 1 |
| 372 | METAHEMOGLOBINA | ESTUDIO | 1 |
| 373 | METANEFRINAS TOTALES EN PLASMA | ESTUDIO | 1 |
| 374 | METANEFRINAS TOTALES EN ORINA | ESTUDIO | 1 |
| 375 | MIOGLOBINA EN PLASMA | ESTUDIO | 1 |
| 376 | MIOGLOBINA EN ORINA | ESTUDIO | 1 |
| 377 | MTHFR.METILENO TETRAHIDROFOLATO MUTACION | ESTUDIO | 1 |
| 378 | MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS (AC. TOTALES) | ESTUDIO | 1 |
| 379 | NBP (PEP. NATIURETICO CEREBRAL) | ESTUDIO | 1 |
| 380 | NEOPTERINA | ESTUDIO | 1 |
| 381 | NICOTINA | ESTUDIO | 1 |
| 382 | NOREPINEFRINA | ESTUDIO | 1 |
| 383 | N-TELOPEPTIDOS | ESTUDIO | 1 |
| 384 | TEOFILINA | ESTUDIO | 1 |
| 385 | OSTEOCALCINAS | ESTUDIO | 1 |
| 386 | OXALATO EN ORINA DE 24HRS | ESTUDIO | 1 |
| 387 | PCR PARA CISTICERCO | ESTUDIO | 1 |
| 388 | PCR PARA EPSTEIN BAAR | ESTUDIO | 1 |
| 389 | PCR PARA HEPATITIS C | ESTUDIO | 1 |
| 390 | PRA ANTIGEN SINGLE | ESTUDIO | 1 |
| 391 | PAR ESPECIFICO | ESTUDIO | 1 |
| 392 | PRA | ESTUDIO | 1 |
| 393 | PANEL DE DOLOR TORACICO | ESTUDIO | 1 |
| 394 | PARA SINGLE ANTIGEN | ESTUDIO | 1 |
| 395 | PARA(PERFIL DE RENINA Y ANGIOTENSINA) | ESTUDIO | 1 |
| 396 | PARATHORMONA INTACTA | ESTUDIO | 1 |
| 397 | PCR AM/ETO t(18;21) | ESTUDIO | 1 |
| 398 | PCR BRUCELLA EN SANGRE | ESTUDIO | 1 |
| 399 | PCR CITOMEGALOVIRUS EN SANGRE | ESTUDIO | 1 |
| 400 | PCR CROMOSOMA FILADELFIA t(9:22) bcr/abl | ESTUDIO | 1 |
| 401 | PCR FIBROSIS QUISTICA | ESTUDIO | 1 |
| 402 | PCR HbS | ESTUDIO | 1 |
| 403 | PCR HEPATITIS B;DBA VIRUS (CUALITATIVO) | ESTUDIO | 1 |
| 404 | PCR HERPES VIRUS 1&2 | ESTUDIO | 1 |
| 405 | PCR MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS EN SANGRE | ESTUDIO | 1 |
| 406 | PCR PARA CISTICERCO | ESTUDIO | 1 |
| 407 | PCR PARA ENFERMEDAD DE LYME | ESTUDIO | 1 |
| 408 | PCR PARA TB EN LCR | ESTUDIO | 1 |
| 409 | PCR PARVOVIRUS B19 | ESTUDIO | 1 |
| 410 | PCR PROTROMBINA20210 G-A | ESTUDIO | 1 |
| 411 | PCR TUBERCULOSIS EN LIQUIDO PLEURAL | ESTUDIO | 1 |
| 412 | PCR VIRUS DEL NILO DEL OESTE | ESTUDIO | 1 |
| 413 | PEPSINOGENO 2 | ESTUDIO | 1 |
| 414 | PIRUVATO KINASA ERITROCITARIA | ESTUDIO | 1 |
| 415 | PLOMO EN SANGRE | ESTUDIO | 1 |
| 416 | POLIPEPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO VIP | ESTUDIO | 1 |
| 417 | POLIPEPTIDO PANCREATICO | ESTUDIO | 1 |
| 418 | PORFIBILINOGENO | ESTUDIO | 1 |
| 419 | PPD | ESTUDIO | 1 |
| 420 | PREALBUMINA | ESTUDIO | 1 |
| 421 | PRECIPITINAS AVIARES | ESTUDIO | 1 |
| 422 | PREGNELONA | ESTUDIO | 1 |
| 423 | PRIMIDONA | ESTUDIO | 1 |
| 424 | PROCOLAGENA C | ESTUDIO | 1 |
| 425 | PROINSULINA | ESTUDIO | 1 |
| 426 | PROTEINA 3 TRANSPORTADORA DE FACTOR DE CRECIMIENTO | ESTUDIO | 1 |
| 427 | PROTEINA DE BENCE JONES | ESTUDIO | 1 |
| 428 | PROTEINA CAPTADORA DE RETINOL | ESTUDIO | 1 |
| 429 | TESTORERONA LIBRE | ESTUDIO | 1 |
| 430 | TE LIBRE | ESTUDIO | 1 |
| 431 | PROTOPORFIRINA LIBRE ERITROCITARIA | ESTUDIO | 1 |
| 432 | PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA | ESTUDIO | 1 |
| 433 | PRUEBA DE ADENOSIS DE AMINASA | ESTUDIO | 1 |
| 434 | PRUEBA DE ESTIMULACION CON TRH (HGH) | ESTUDIO | 1 |
| 435 | PRUEBA DE ESTIMULACION CON TRH (TSH) | ESTUDIO | 1 |
| 436 | PRUEBAS DE HIPOGLISEMIA (CORTISOL) | ESTUDIO | 1 |
| 437 | PRUEBAS CRUZADAS DE TIPIFICACION HLA | ESTUDIO | 1 |
| 438 | QUINIDINA | ESTUDIO | 1 |
| 439 | REARREGLOS IgH Y TCR | ESTUDIO | 1 |
| 440 | REAC. EN CADENA DE LA POLIMERASA PARA SIFILIS | ESTUDIO | 1 |
| 441 | RELACION ACIDO/BASE | ESTUDIO | 1 |
| 442 | RESISTENCIA A LA INSULINA | ESTUDIO | 1 |
| 443 | RETRACCION DEL COAGULO | ESTUDIO | 1 |
| 444 | SALICILATOS | ESTUDIO | 1 |
| 445 | SELENIO | ESTUDIO | 1 |
| 446 | SEROTONINA EN ORINA DE 24 HRS. (ACIDO 5 HIDROXIINDOLACETICO) | ESTUDIO | 1 |
| 447 | SEROTONINA EN SANGRE | ESTUDIO | 1 |
| 448 | SERTRALINA | ESTUDIO | 1 |
| 449 | SHBG | ESTUDIO | 1 |
| 450 | SUCROSA | ESTUDIO | 1 |
| 451 | SULFATO DESHIDROEPIANDOSTERONA | ESTUDIO | 1 |
| 452 | TALIO EN ORINA | ESTUDIO | 1 |
| 453 | TALIO EN SANGRE | ESTUDIO | 1 |
| 454 | TAMIZ NEONATAL AMPLIADO | ESTUDIO | 1 |
| 455 | TDT (TRANSFERASA DESOXINUCLEOTIDO TERMINAL) | ESTUDIO | 1 |
| 456 | TINCION DE MIELOPEROXIDASA | ESTUDIO | 1 |
| 457 | TINCION DE SUDAN | ESTUDIO | 1 |
| 458 | TOLERANCIA A LA LACTOSA | ESTUDIO | 1 |
| 459 | TOLERANCIA AL PEPTIDO C | ESTUDIO | 1 |
| 460 | TOPIRAMATO (TOPAMAX) | ESTUDIO | 1 |
| 461 | TRIPSINOGENO IRT | ESTUDIO | 1 |
| 462 | TROPONINA | ESTUDIO | 1 |
| 463 | TUTACION HUNGTINGTINA (ENFERMEDAD DE HUNGTINTON) | ESTUDIO | 1 |
| 464 | VASOPRECINA | ESTUDIO | 1 |
| 465 | V.D.R.L. EN LCR | ESTUDIO | 1 |
| 466 | VITAMINA A "RETINOL" | ESTUDIO | 1 |
| 467 | VITAMINA B12 | ESTUDIO | 1 |
| 468 | VITAMINA C "ACIDO ASCORBICO" | ESTUDIO | 1 |
| 469 | VITAMINA D25 "OH" TOTAL D3 | ESTUDIO | 1 |
| 470 | VITAMINA E ALFA Y BETA TOCOFEROL | ESTUDIO | 1 |
| 471 | WARTHIN-STARRY, TINCION DE | ESTUDIO | 1 |
| 472 | WASTON-SCHWARTZ, PRUEBA DE | ESTUDIO | 1 |
| 473 | WESTERN BLOT PARA ENFERMEDAD DE LYME | ESTUDIO | 1 |
| 474 | ZANK, TINCION DE | ESTUDIO | 1 |
| 475 | ZAP-70 | ESTUDIO | 1 |
| 476 | ZINC EN SANGRE | ESTUDIO | 1 |
| 477 | ZINC EN ORINA DE 24 HRS | ESTUDIO | 1 |
| 478 | ZINC | ESTUDIO | 1 |

**ANEXO NUMERO 1D (UNO D)**

**ESTUDIOS MEDICINA NUCLEAR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDICINA NUCLEAR** | | **PRESENTACION** | **HGZ 1** | **HGZ 2** |
| 1 | CISTERNOGAMAGRAFÍA | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 2 | DETECCIÓN DEL BAZO ECTCOPICO C/ERITROCITOS | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 3 | DETECCIÓN DEL DIVERTÍCULO DE MECKEL | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 4 | DETECCIÓN DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 5 | DETECCIÓN DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 6 | GAMAGRAMA ÓSEO CON UBIKICIDINA | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 7 | DOSIS TERAPÉUTICA (50-150MCI) | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 8 | GAMAGRAMA CEREBRAL PERFUSORIO Y ESTÁTICO | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 9 | GAMAGRAMA DE GLÁNDULAS SALIVALES | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 10 | GAMAGRAMA DE VENAS | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 11 | GAMAGRAMA DE VIAS BILIARES | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 12 | GAMAGRAMA HEPÁTICO | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 13 | GAMAGRAMA ÓSEO (RASTREO) | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 14 | GAMAGRAMA ÓSEO GENERAL | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 15 | GAMAGRAMA PULMONAR PERFUSORIO Y VENTILATORIO | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 16 | GAMAGRAMA VENOSO Y PULMONAR | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 17 | GAMAGRAMA RENAL DINÁMICO Y SECUENCIAL | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 18 | GAMAGRAMA DE DETECCIÓN DE HTA RENOVASCULAR | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 19 | GAMAGRAMA TIROIDEO | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 20 | RASTREO TIROIDEO CON I131 | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 21 | GAMAGRAMA PERFUSORIO MIOCÁRDICO SPECT | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 22 | RASTREO CORPORAL CON GALIO 67 | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 23 | RASTREO CORPORAL CON METAYODOBECIL GUANIDINA | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |
| 24 | GAMAGRAMA PARATIROIDEO CON MIBI | ESTUDIOS | **XXX** | **XXX** |

**ANEXO NUMERO 1E**

**LAS EMPRESAS DE SERVICIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS PRIVADOS, QUE PRETENDAN PRESTAR LOS SERVICIOS QUE SE ENLISTAN, DEBERÁN CUMPLIR CON EL *“ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECE COMO OBLIGATORIO A PARTIR DEL 01 DE ENERO DE 2010 EL REQUISITO DE CERTIFICACIÓN DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL A LOS SERVICIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS PRIVADOS QUE CELEBREN CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS DE LOS GOBIERNOS FEDERAL, ESTATALES, DEL DISTRITO FEDERAL Y MUNICIPALES”*, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (D.O.F.) CON FECHA 07/12/2009**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARTIDA** | **DESCRIPCION DEL SERVICIO Y/O ESTUDIO** | **SERVICIO** |
| 9 | VITRECTOMIAS | CIRUGIA |
| 11 | TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | TRATAMIENTO |
| ELECTROMIOGRAFIAS | TRATAMIENTO |
| 31 | CIRUGIA PEDIATRICA HERNIOPLASTIA UMBILICAL | CIRUGIA |
| CIRUGIA PEDIATRICA HERNIOPLASTIA ABDOMINAL | CIRUGIA |
| CIRUGIA PEDIATRICA HERNIOPLASTIA INGUINAL | CIRUGIA |
| CIRUGIA PEDIATRICA INTUSUCEPCION INTESTINAL (VOLVULOS) | CIRUGIA |
| CIRUGIA PEDIATRICA GASTROSQUISIS | CIRUGIA |
| CIRUGIA PEDIATRICA FIMOSIS | CIRUGIA |
| CIRUGIA PEDIATRICA CRIPTORQUIDEA | CIRUGIA |
| CIRUGIA PEDIATRICA ORQUIDOPEXIA | CIRUGIA |
| CIRUGIA PEDIATRIACA PILOROPLASTIA | CIRUGIA |
| LAPAROTOMIA EXPLORADORA | ESTUDIO |
| 33 | CIRUGIA DE OFTALMOLOGIA URGENTE ADULTO Y PEDIATRICOTRAUMATISMO OCULARES, CUERPOS EXTRAÑOS EN CORNEAS | CIRUGIA |
| 34 | VALORACION Y CIRUGIA DE ANGIOLOGIA, SAFENOEXCERESIS, LESIONES VASCULARES TRUMATICAS, FISTULA ARTERIOVENOSAS, INSUFICIENCIA ARTERIAL AGUDA, CIRUGIA ENDOVASCULAR, COLOCACION DE CATETER PERMACAT | CIRUGIA |
| 35 | CIRUGIA UROLOGICA, (PROSTATA, RESECCION TRANSURETRAL PROSTATICA, PIELOLITOTOMIA, NEFRECTOMIAS, LITIASIS RENOURETERAL, VESICAL Y URETRAL, NEFROSTOMIAS PERCUTANEAS PARA EXTRACCION DE CALCULOS URINARIOS) | CIRUGIA |
| 36 | CATETERISMO CARDIACO (ANGIOPLASTIAS PRIMARIA) CON STEN, SIN STEN, CON STEN MEDICADO | CIRUGIA |

##### ANEXO NUMERO 2 (DOS)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE ACLARACIONES A LA CONVOCATORIA** | | |
| **FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  | | |
| **Número de la Licitación Pública Nacional en que participa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  | | |
| **NOMBRE DEL LICITANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  | | |
| **NOMBRE DEL REPRESENTANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  | | |
| **PREGUNTAS:** | | |
| **(PRECISAR EL PUNTO DE LA CONVOCATORIA O MENCIONAR EL ASPECTO ESPECÍFICO DE LA CONVOCATORIA).** | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  | | |
|  | **FIRMA DEL REPRESENTANTE** | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **RESPUESTA DEL ÁREA DE ( ):** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | | NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO |
|  | | **QUIEN EMITE LA RESPUESTA RESPECTIVA** |

##### ANEXO NÚMERO 3 (TRES)

**MODELO DE CONVENIO DE PARTICIPACIÓN CONJUNTA**

**CONVENIO DE PARTICIPACIÓN CONJUNTA QUE CELEBRAN POR UNA PARTE \_\_\_\_\_\_, REPRESENTADA POR \_\_\_\_\_\_ EN SU CARÁCTER DE \_\_\_\_\_\_, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ “EL PARTICIPANTE A”, Y POR OTRA \_\_\_\_\_\_\_, REPRESENTADA POR \_\_\_\_\_\_, EN SU CARÁCTER DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ “EL PARTICIPANTE B”, Y CUANDO SE HAGA REFERENCIA A LOS QUE INTERVIENEN SE DENOMINARÁN “LAS PARTES”, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:**

**“EL PARTICIPANTE A”**, DECLARA QUE:

**1.1.1** ES UNA SOCIEDAD LEGALMENTE CONSTITUIDA, DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES MEXICANAS, SEGÚN CONSTA EN EL TESTIMONIO DE LA ESCRITURA PÚBLICA ***(PÓLIZA)*** NÚMERO \_\_\_\_, DE FECHA \_\_\_\_, OTORGADA ANTE LA FE DEL LIC. \_\_\_\_ NOTARIO ***(CORREDOR)*** PÚBLICO NÚMERO \_\_\_\_, DEL \_\_\_\_, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DE COMERCIO DE \_\_\_\_\_\_, EN EL FOLIO MERCANTIL \_\_\_\_ DE FECHA \_\_\_\_\_.

EL ACTA CONSTITUTIVA DE LA SOCIEDAD \_\_\_\_ ***(SI/NO)*** HA TENIDO REFORMAS Y MODIFICACIONES.

*Nota: En su caso, se deberán relacionar las escrituras en que consten las reformas o modificaciones de la sociedad.*

LOS NOMBRES DE SUS SOCIOS SON:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**1.1.2** TIENE LOS SIGUIENTES REGISTROS OFICIALES: REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Y REGISTRO PATRONAL ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL NÚMERO \_\_\_\_\_.

**1.1.3** SU REPRESENTANTE LEGAL CON EL CARÁCTER YA MENCIONADO, CUENTA CON LAS FACULTADES NECESARIAS PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE CONVENIO, DE CONFORMIDAD CON EL CONTENIDO DEL TESTIMONIO DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO \_\_\_\_ DE FECHA \_\_\_\_, OTORGADA ANTE LA FE DEL LIC. \_\_\_\_\_\_ NOTARIO PÚBLICO NÚMERO \_\_\_, DEL \_\_\_\_\_ E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DE COMERCIO, EN EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO \_\_\_\_\_ DE FECHA \_\_\_\_, MANIFESTANDO **“BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD”**, QUE DICHAS FACULTADES NO LE HAN SIDO REVOCADAS, NI LIMITADAS O MODIFICADAS EN FORMA ALGUNA, A LA FECHA EN QUE SE SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

EL DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL ES EL UBICADO EN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**1.1.4** SU OBJETO SOCIAL, ENTRE OTROS CORRESPONDE A: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; POR LO QUE CUENTA CON LOS RECURSOS FINANCIEROS, TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS PARA OBLIGARSE, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE ESTIPULAN EN EL PRESENTE CONVENIO.

**1.1.5** SEÑALA COMO DOMICILIO LEGAL PARA TODOS LOS EFECTOS QUE DERIVEN DEL PRESENTE CONVENIO, EL UBICADO EN:

**2.1 “EL PARTICIPANTE B”**, DECLARA QUE:

**2.1.1** ES UNA SOCIEDAD LEGALMENTE CONSTITUIDA DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, SEGÚN CONSTA EL TESTIMONIO ***(PÓLIZA)*** DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO \_\_\_, DE FECHA \_\_\_, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. \_\_\_\_ NOTARIO ***(CORREDOR)*** PÚBLICO NÚMERO \_\_\_, DEL \_\_, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO, EN EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO \_\_\_\_ DE FECHA \_\_\_\_.

EL ACTA CONSTITUTIVA DE LA SOCIEDAD \_\_ ***(SI/NO)*** HA TENIDO REFORMAS Y MODIFICACIONES.

*Nota: En su caso, se deberán relacionar las escrituras en que consten las reformas o modificaciones de la sociedad.*

LOS NOMBRES DE SUS SOCIOS SON:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES \_\_\_\_.

**2.1.2** TIENE LOS SIGUIENTES REGISTROS OFICIALES: REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Y REGISTRO PATRONAL ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL NÚMERO \_\_\_\_\_.

**2.1.3** SU REPRESENTANTE LEGAL, CON EL CARÁCTER YA MENCIONADO, CUENTA CON LAS FACULTADES NECESARIAS PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE CONVENIO, DE CONFORMIDAD CON EL CONTENIDO DEL TESTIMONIO DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO \_\_\_\_ DE FECHA \_\_\_\_\_, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. \_\_\_\_\_ NOTARIO PÚBLICO NÚMERO \_\_\_\_\_, DEL \_\_\_\_\_ E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO, EN EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO \_\_\_\_\_ DE FECHA \_\_\_\_, MANIFESTANDO **“BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD”** QUE DICHAS FACULTADES NO LE HAN SIDO REVOCADAS, NI LIMITADAS O MODIFICADAS EN FORMA ALGUNA, A LA FECHA EN QUE SE SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

EL DOMICILIO DE SU REPRESENTANTE LEGAL ES EL UBICADO EN \_\_\_\_\_.

**2.1.4** SU OBJETO SOCIAL, ENTRE OTROS CORRESPONDE A: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; POR LO QUE CUENTA CON LOS RECURSOS FINANCIEROS, TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS PARA OBLIGARSE, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE ESTIPULAN EN EL PRESENTE CONVENIO.

**2.1.5** SEÑALA COMO DOMICILIO LEGAL PARA TODOS LOS EFECTOS QUE DERIVEN DEL PRESENTE CONVENIO, EL UBICADO EN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(MENCIONAR E IDENTIFICAR A CUÁNTOS INTEGRANTES CONFORMAN LA PARTICIPACIÓN CONJUNTA PARA LA PRESENTACIÓN* DE PROPOSICIONES).**

* 1. **“LAS PARTES”** DECLARAN QUE:
     1. CONOCEN LOS REQUISITOS Y CONDICIONES ESTIPULADAS EN LAS BASES DE LA CONVOCATORIA A LA LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**3.1.2** MANIFIESTAN SU CONFORMIDAD EN FORMALIZAR EL PRESENTE CONVENIO, CON EL OBJETO DE PARTICIPAR CONJUNTAMENTE EN LA LICITACIÓN, PRESENTANDO PROPOSICIÓN TÉCNICA Y ECONÓMICA, CUMPLIENDO CON LO ESTABLECIDO EN LAS BASES DE LA LICITACIÓN Y CON LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 34, DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 31 DE SU REGLAMENTO.

EXPUESTO LO ANTERIOR, LAS PARTES OTORGAN LAS SIGUIENTES:

**CLÁUSULAS**

**PRIMERA.- OBJETO.- “PARTICIPACIÓN CONJUNTA”.**

**“LAS PARTES”** CONVIENEN, EN CONJUNTAR SUS RECURSOS TÉCNICOS, LEGALES, ADMINISTRATIVOS, ECONÓMICOS Y FINANCIEROS PARA PRESENTAR PROPOSICIÓN TÉCNICA Y ECONÓMICA EN LA LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL NÚMERO \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Y EN CASO DE SER ADJUDICATARIO DEL CONTRATO, SE OBLIGAN A PRESTAR EL SERVICIO OBJETO DEL CONVENIO, CON LA PARTICIPACIÓN SIGUIENTE:

**PARTICIPANTE “A”:** ***(DESCRIBIR LA PARTE QUE SE OBLIGA A SUMINISTRAR)***.

*(CADA UNO DE LOS INTEGRANTES QUE CONFORMAN LA PARTICIPACIÓN CONJUNTA PARA LA PRESENTACIÓN DE* PROPOSICIONES DEBERÁ DESCRIBIR LA PARTE QUE SE OBLIGA A ENTREGAR).

**SEGUNDA.- REPRESENTANTE COMÚN Y OBLIGADO SOLIDARIO.**

**“LAS PARTES“**ACEPTAN EXPRESAMENTE EN DESIGNAR COMO REPRESENTANTE COMÚN AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, A TRAVÉS DEL PRESENTE INSTRUMENTO, OTORGÁNDOLE PODER AMPLIO Y SUFICIENTE, PARA ATENDER TODO LO RELACIONADO CON LAS PROPOSICIONES TÉCNICA Y ECONÓMICA EN EL PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN, ASÍ COMO PARA SUSCRIBIR DICHAS PROPOSICIONES.

ASIMISMO, CONVIENEN ENTRE SI EN CONSTITUIRSE EN FORMA CONJUNTA Y SOLIDARIA PARA COMPROMETERSE POR CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE CONVENIO, CON RELACIÓN AL CONTRATO QUE SUS REPRESENTANTES LEGALES FIRMEN CON EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), DERIVADO DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ACEPTANDO EXPRESAMENTE EN RESPONDER ANTE EL IMSS POR LAS PROPOSICIONES QUE SE PRESENTEN Y, EN SU CASO, DE LAS OBLIGACIONES QUE DERIVEN DE LA ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO RESPECTIVO.

**TERCERA.- DEL COBRO DE LAS FACTURAS.**

**“LAS PARTES”** CONVIENEN EXPRESAMENTE, QUE “EL PARTICIPANTE\_\_\_\_\_\_ ***(LOS PARTICIPANTES, DEBERÁN INDICAR CUÁL DE ELLOS ESTARÁ FACULTADO PARA REALIZAR EL COBRO)***, PARA EFECTUAR EL COBRO DE LAS FACTURAS RELATIVAS AL SERVICIO QUE SE PRESTE AL IMSS, CON MOTIVO DEL CONTRATO QUE SE DERIVE DE LA LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL NÚMERO \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**CUARTA.- VIGENCIA.**

**“LAS PARTES“**CONVIENEN, EN QUE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONVENIO SERÁ EL DEL PERÍODO DURANTE EL CUAL SE DESARROLLE EL PROCEDIMIENTO DE LA LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL NÚMERO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, INCLUYENDO, EN SU CASO, DE RESULTAR ADJUDICADOS DEL CONTRATO, EL PLAZO QUE SE ESTIPULE EN ÉSTE Y EL QUE PUDIERA RESULTAR DE CONVENIOS DE MODIFICACIÓN.

**QUINTA.- OBLIGACIONES.**

**“LAS PARTES”** CONVIENEN EN QUE EN EL SUPUESTO DE QUE CUALQUIERA DE ELLAS QUE SE DECLARE EN QUIEBRA O EN SUSPENSIÓN DE PAGOS, NO LAS LIBERA DE CUMPLIR CON SUS OBLIGACIONES, POR LO QUE CUALQUIERA DE ELLAS QUE SUBSISTA, ACEPTA Y SE OBLIGA EXPRESAMENTE A RESPONDER SOLIDARIAMENTE DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES A QUE HUBIERE LUGAR.

**“LAS PARTES”** ACEPTAN Y SE OBLIGAN A PROTOCOLIZAR ANTE NOTARIO PÚBLICO EL PRESENTE CONVENIO, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADOS DEL CONTRATO QUE SE DERIVE DEL FALLO EMITIDO EN LA LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL NÚMERO \_\_\_\_\_\_\_\_\_ EN QUE PARTICIPAN Y, QUE EL PRESENTE INSTRUMENTO, DEBIDAMENTE PROTOCOLIZADO, FORMARÁ PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO QUE SUSCRIBAN LOS REPRESENTANTES LEGALES DE CADA INTEGRANTE Y EL IMSS.

LEÍDO QUE FUE EL PRESENTE CONVENIO POR **“LAS PARTES”** Y ENTERADOS DE SU ALCANCE Y EFECTOS LEGALES, ACEPTANDO QUE NO EXISTIÓ ERROR, DOLO, VIOLENCIA O MALA FE, LO RATIFICAN Y FIRMAN, DE CONFORMIDAD EN LA CIUDAD DE MÉXICO, DISTRITO FEDERAL, EL DÍA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| “**EL PARTICIPANTE A”** |  | **“EL PARTICIPANTE B”** |
| NOMBRE Y CARGO **DEL APODERADO LEGAL** |  | **NOMBRE Y CARGO**  **DEL APODERADO LEGAL** |

ANEXO NÚMERO 4 (CUATRO)

**FORMATO DE CARTA RELATIVA AL PUNTO 6 INCISO A)**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**CONVOCANTE**

**(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE\_\_\_\_\_\_\_\_)** EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA **(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA\_\_\_\_\_\_\_\_)**, Y EN TÉRMINOS DEL NUMERAL 6, REQUISITOS QUE DEBERAN CUMPLIR LOS LICITANTES, INCISO A) DE LAS BASES DE LA CONVOCATORIA DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NO.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

Bajo protesta de decir verdad, que mi representada manifieste bajo protesta de decir verdad, no encontrarse en alguno de los supuestos establecidos por los artículos 50 y 60, penúltimo párrafo, de la LAASSP.

LUGAR Y FECHA

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

**(NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL)**

**ANEXO NUMERO 5 (CINCO)**

**FORMATO DE CARTA RELATIVA AL PUNTO 6 INCISO B)**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**CONVOCANTE**

**(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE\_\_\_\_\_\_\_\_)** EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA **(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA\_\_\_\_\_\_\_\_)**, Y EN TÉRMINOS DEL NUMERAL 6, REQUISITOS QUE DEBERAN CUMPLIR LOS LICITANTES, INCISO B) DE LAS BASES DE LA CONVOCATORIA DE LA LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL NO.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

* Bajo protesta de decir verdad, que mi representada se abstendrá por si misma o a través de interpósita persona, de adoptar conductas para que los servidores públicos del Instituto, induzcan o alteren las evaluaciones de las proposiciones, el resultado del procedimiento, u otros aspectos que le otorguen condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes**.**

LUGAR Y FECHA

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

**(NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL)**

**ANEXO NÚMERO 6 (SEIS)**

**FORMATO PARA LA MANIFESTACIÓN QUE DEBERÁN PRESENTAR LAS MICRO, PEQUEÑAS y MEDIANAS EMPRESAS, QUE PARTICIPEN CON TAL CARÁCTER EN LOS PROCEDIMIENTOS DE CONTRATACIÓN, PARA DAR CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 34 DEL REGLAMENTO DE LA LEY.**

***NOTA: El licitante presentará este manifiesto bajo protesta de decir verdad, en el caso de que no presente el documento expedido por autoridad competente que determine su estratificación como MIPYME.***

\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_ (1) \_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION ESTATAL EN AGUASCALIENTES

COORDINACION DE ABASTECIMIENTO

Presente.

Me refiero al procedimiento \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_en el que mi representada. La empresa \_\_\_\_\_\_\_\_ (4) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ participa a través de la propuesta que se contiene en el presente sobre.

Sobre el particular y en los términos de lo previsto en el artículo 34 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, *relativo a la participación de las micro, pequeñas y medianas empresas en los procedimientos de adquisición y arrendamiento de bienes muebles así como la contratación de servicios que realicen las dependencias y entidades de la Administración Pública Federa,* declaro bajo protesta decir verdad, que mi representada pertenece al sector \_\_\_\_\_\_\_(5)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Asimismo, manifiesto, bajo protesta de .decir verdad, que el Registro Federal de Contribuyentes de mi representada es: \_\_\_\_ (6) \_\_\_\_\_\_\_

**ATENTAMENTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL**

**INSTRUCCIONES DE LLENADO**

(1) FECHA

(2) TIPO DE PROCEDIMIENTO

(3) NUMERO DE LA LICITACION

(4) NOMBRE O RAZON SOCIAL

(5) ESPECIFICAR SECTOR COMERCIO O SERVICIO

(6) SEÑALAR R.F.C

**ANEXO NÚMERO 7 (SIETE)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DOCUMENTO SOLICITADO | **PUNTO EN EL QUE SE SOLICITA** | **PRESENTADO**  **SI NO** | |
| Escrito en el que su firmante manifieste, bajo protesta de decir verdad, que cuenta con facultades suficientes para comprometerse por si o por su representada, sin que resulte necesario acreditar su personalidad jurídica. | 7.1 |  |  |

## DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE A LA PROPOSICION TÉCNICA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTO SOLICITADO** | **PUNTO EN EL QUE SE SOLICITA** | **PRESENTADO**  **SI NO** | |
| Escrito en el que su firmante manifieste, bajo protesta de decir verdad, que cuenta con facultades suficientes para comprometerse por si o por su representada, para suscribir las proposiciones. | 7.2 |  |  |
| Escrito bajo protesta de decir verdad de no encontrarse en alguno de los supuestos establecidos en los artículos 50 y 60 de la Ley. | 6 inciso a) |  |  |
| Escrito de declaración de integridad, a través del cual manifiesta, que se abstendrá de adoptar conductas para que los servidores públicos del Instituto, induzcan o alteren las evaluaciones de las proposiciones, el resultado del procedimiento, u otros aspectos que otorguen condiciones mas ventajosas con relación a los demás participantes. | 6 inciso b) |  |  |
| Manifestación que acredite la estratificación como MIPYMES | 6 inciso c) |  |  |
| Convenio en términos de la legislación aplicable, en caso de que dos o más personas deseen presentar en forma conjunta sus proposiciones. | 6 inciso d) |  |  |
| Conforme al artículo 35 del Reglamento de la Ley, escrito a través del cual el licitante manifieste que es de nacionalidad mexicana. | 6 inciso e) |  |  |
| Copia simple por ambos lados de su identificación oficial vigente con fotografía, (cartilla del servicio militar nacional, pasaporte, credencial para votar con fotografía o cédula profesional), tratándose de personas físicas; y, en el caso de personas morales, de la persona que firme la proposición. | 6.1 frac. I |  |  |
| **Anexo Número 7 (siete**), el cual forma parte de las presentes bases, en el que se enumeran los documentos requeridos para participar | 6.1 frac II |  |  |
| Descripción amplia y detallada del servicio ofertado. | 6.2 frac. I |  |  |
| En su caso, folletos, catálogos y/o fotografías necesarios para corroborar las especificaciones, y características del servicio. | 6.2 frac. II |  |  |
| Copia simple de los documentos descritos en el numeral 2.1 de las presentes bases, según corresponda. | 6.2 frac. III |  |  |
| Copia simple de los documentos indicados en el numeral 2.2 de las presentes bases, según corresponda. | 6.2 frac. IV |  |  |
| Escrito por el que manifiesta no encontrarse sancionado como empresa o producto, por la Secretaría de Salud. | 6.2 frac. V |  |  |
| En el supuesto de que el licitante sea persona moral, deberá presentar copia simple y original ó copia certificada de la escritura pública en la que conste su Acta Constitutiva para cotejo, con la finalidad de que acredite su nacionalidad. En tratándose de personas físicas y, para efectos de dar cumplimiento al precitado Acuerdo, el licitante deberá presentar copia simple y original ó copia certificada del acta de nacimiento correspondiente o, en su caso, de la carta de naturalización respectiva expedida por la autoridad competente, y la documentación con la que demuestre tener su domicilio legal en el territorio nacional. | 6.2 frac. VI |  |  |
| Escrito bajo protesta de decir verdad, por el que los licitantes acreditarán su existencia legal y personalidad jurídica para efecto de la suscripción de las proposiciones, pudiendo utilizar el formato que aparece en el **Anexo Número 8 (ocho)** | 6.2 frac. VII |  |  |
| Carta bajo protesta de decir verdad en la que se indique a los responsables que estarán asignados para la prestación del Servicio requerido por el Instituto. | 6.2 frac. VIII |  |  |
| Carta bajo protesta de decir verdad, así como la documentación correspondiente en la que sustente los Servicios prestados a otras instancias (Públicas o Privadas), en las que se describa las características generales del Servicio proporcionadas a éstas por el Proveedor. | 6.2 frac. IX |  |  |
| Carta bajo protesta de decir verdad, en la que se especifique la infraestructura con la que cuenta para la Prestación del Servicio, Metodología, y la experiencia comprobable de implantación de ésta | 6.2 frac. X |  |  |
| Constancia del programa interno de protección civil avalado por la Coordinación Estatal de Protección Civil, donde se encuentre ubicado el establecimiento prestador del servicio. | 6.2 frac. XI |  |  |

## DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE A LA PROPOSICION ECONÓMICA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTO SOLICITADO** | **PUNTO EN EL QUE SE SOLICITA** | **PRESENTADO**  **SI NO** | |
| Original de la cotización por cada una de las partidas que oferte el licitante, cantidad, precio unitario, subtotal, y el importe total del servicio ofertado, desglosando el IVA. | 6.3 |  |  |

**ANEXO NÚMERO 8 (OCHO)**

**ACREDITACION**

\_\_\_\_\_\_\_\_(nombre) , manifiesto bajo protesta a decir verdad, que los datos aquí asentados son ciertos, así como que cuento con facultades suficientes para suscribir las proposiciones en la presente adjudicación \_\_\_\_\_\_\_\_, a nombre y representación de: \_\_\_(persona física o moral)\_\_\_.

No. de la adjudicación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |
| --- |
| Registro Federal de Contribuyentes: No. De Proveedor PREI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-  Domicilio.-  Calle y número:  Colonia: Delegación o Municipio:  Código Postal: Entidad federativa:  Teléfonos: Fax:  Correo electrónico:  NUMERO SEGURIDAD SOCIAL:**\* obligatorio**  NUMERO REGISTRO INFONAVIT: **\* obligatorio**  NUMERO REGISTRO PATRONAL IMSS: **\* obligatorio**  No. de la escritura pública en la que consta su acta constitutiva: Fecha:  Nombre, número y lugar del Notario Público ante el cual se protocolizó la misma:  Relación de socios.-  Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):  Descripción del objeto social:  Reformas al acta constitutiva: |
| Nombre del apoderado o representante:  Datos del documento mediante el cual acredita su personalidad y facultades.-  Escritura pública número: Fecha:  Nombre, número y lugar del Notario Público ante el cual se protocolizó la misma: |

(Lugar y fecha)

Protesto lo necesario

(Firma)

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

**COTIZACION DE SERVICIO O PARTIDA**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ R.F.C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| **1** | PRUEBAS PSICOLÓGICAS | EXAMEN | 1 | $ | $ |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| **2** | PLASMAFERESIS | TRATAMIENTO | 1 | $ | $ |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| **3** | TAC CORPORAL SIN MEDIO DE CONTRASTE | ESTUDIO | 1 |  |  |
| TAC CORPORAL CON MEDIO DE CONTRASTE | ESTUDIO | 1 |  |  |
| TAC CORPORAL CON MEDIO DE CONTRASTE Y CON ANESTESIA | ESTUDIO | 1 |  |  |
| TAC CORPORAL SIN MEDIO DE CONTRASTE Y CON ANESTESIA | ESTUDIO | 1 |  |  |
| ANGIOTOMOGRAFÍA | ESTUDIO | 1 |  |  |
| TOMOGRAFIA DE CRANEO CON RECONSTRUCCION EN 3D | ESTUDIO | 1 |  |  |
| TOMOGRAFIA DE CRANEO CON RECONSTRUCCION EN 3D CON ANESTESIA | ESTUDIO | 1 |  |  |
| TOMOGRAFIA DE CRANEO CON RECONSTRUCCION EN 3D CON ANESTESIA Y MEDIO DE CONTRASTE. | ESTUDIO | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | | **PRECIO TOTAL** |
| ***3-A*** | RESONANCIA MAGNETICA DE ENCEFALO CON MEDIO DE CONTRASTE | |  | 1 | $ | | $ |
| ***3-A*** | RESONANCIA MAGANETICA DE ENCEFALO CON ANETESIA | |  |  |  | |  |
| ***3-A*** | RESONANCIA MAGNETICA DE ENCEFALO CON ANESTESIA Y MEDIO DE CONTRASTE | |  |  |  | |  |
| ***3-A*** | ROSNANCIA MAGNETICA SIMPLE | |  |  |  | |  |
| ***3-A*** | RESONANCIA MAGNETICA CON MEDIO DE CONTRASTE | |  |  |  | |  |
| ***3-A*** | RESONANCIA MAGNETICA CON ANESTESIA | |  |  |  | |  |
| ***3-A*** | RESONANCIA MAGNETICA DE UNION DORSO LUMBAR SIMPLE | |  |  |  | |  |
| ***3-A*** | RESONANCIA MAGNETICA DE UNION DORSO LUMBAR CON ANESTESIA | |  |  |  | |  |
| ***3-A*** | RESONANCIA MAGNETICA DE UNION DORSO LUMBAR CON MEDIO DE CONTRASTE | |  |  |  | |  |
| ***3-A*** | RESONANCIA MAGNETICA DE UNION DORSO LUMBAR COPN ANESTESIA Y MEDIO DE CONTRATE | |  |  |  | |  |
| ***3-A*** | RESONANACIA MAGNETICA CON CONTRASTE Y CON ANESTESIA | |  |  |  | |  |
| ***3-A*** | ANGIORESONANCIA MAGNETICA SIN ANESTESIA | |  |  |  | |  |
| ***3-A*** | ANGIORESONANACIA MAGNETICA CON ANESTESIA | |  |  |  | |  |
|  | | | SUBTOTAL | |  | |  |
|  | | | **I.V.A** | |  | |  |
|  | | | **TOTAL** | |  | |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | | | |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** | | |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | | | | | | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| **4** | DENSITOMETRIA OSEA | ESTUDIO | 1 | $ | $ |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| **5** | USG DOOPLER RENAL | ESTUDIO | 1 | $ | $ |
| USG DOOPLER PENE | ESTUDIO | 1 | $ | $ |
| USG DOOPLER INJERTO RENAL | ESTUDIO | 1 | $ | $ |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| **6** | USG DOOPLER ARTERIAL MIEMBROS SUPERIOR | ESTUDIO | 1 | $ | $ |
| USG DOOPLER ARTERIAL MIEMBRO INFERIOR | ESTUDIO | 1 | $ | $ |
| USG DOOPLER CAROTIDEO | ESTUDIO | 1 | $ | $ |
| USG DOOPLER VENOSO MIEMBRO SUPERIOR | ESTUDIO | 1 | $ | $ |
| USG DOOPLER VENOSO MIEMBRO INFERIOR | ESTUDIO | 1 | $ | $ |
| USG DOOPLER AORTA ABDOMINAL | ESTUDIO | 1 | $ | $ |
| USG DOOPLER PORTAL | ESTUDIO | 1 | $ | $ |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***7*** | USG PARTES BLANDAS | ESTUDIOS | 1 |  |  |
| USG OBSTETRICO | ESTUDIOS | 1 |  |  |
| USG ABDOMEN | ESTUDIOS | 1 |  |  |
| USG HIGADO | ESTUDIOS | 1 |  |  |
| USG RENAL | ESTUDIOS | 1 |  |  |
| HISTEROSALPINGOGRAFIA | ESTUDIOS | 1 |  |  |
| USG VIAS BILIARES | ESTUDIOS | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| **8** | MANOMETRIAS ESOFAGICAS | ESTUDIOS | 1 |  |  |
| MANOMETRIAS ESOFAGICAS CON IMPEDANCIA | ESTUDIO | 1 |  |  |
| PHMETRIA | ESTUDIO | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***9*** | YAG LASER | TRATAMIENTO | 1 |  |  |
| TAC OPTICA COHERENTE DE MACULA Y NERVIO OPTICO | ESTUDIO | 1 |  |  |
| CAMPIMETRÍA | ESTUDIO | 1 |  |  |
| US OCULAR MODO B | ESTUDIO | 1 |  |  |
| FLUORANGIOGRAFÍA RETINIANA | ESTUDIO | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***10*** | ESTUDIOS ESPECIALES DE LABORATORIO | ESTUDIO | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO), 1A (UNO A) Y 1C (UNO C) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***11*** | TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | TRATAMIENTO | 1 |  |  |
| ELECTROMIOGRAFIAS | TRATAMIENTO | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***12*** | ESTUDIOS OTONEUROLÓGICOS | TRATAMIENTO | 1 |  |  |
| AUDIOMETRÍAS | ESTUDIO | 1 |  |  |
| TIMPANOMETRIA | ESTUDIO | 1 |  |  |
| POTENCIALES EVOCADOS SOMATO SENSORIALES | ESTUDIO | 1 |  |  |
| POTENCIALES EVOCADOS VISUALES | ESTUDIO | 1 |  |  |
| POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS | ESTUDIO | 1 |  |  |
| PRUEBA DE ESTIMULACION REPETITIVA DEL NERVIO PERIFERICO | ESTUDIO | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***13*** | APOYO MECÁNICO VENTILATORIO POR DIA | TERAPIA  (RENTA 24 HRS) | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***14*** | CEPRE SIMPLE | TRATAMIENTO | 1 |  |  |
| CEPRE CON PROTESIS BILIAR | TRATAMIENTO | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***15*** | COLONOSCOPIAS | ESTUDIO | 1 |  |  |
| COLONOSCOPIAS CON BIOPSIA | ESTUDIO | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | | **PRECIO TOTAL** |
| ***16*** | ENDOSCOPIAS ALTAS CON ANESTESIA ADULTO | | ESTUDIO |  |  | |  |
| ENDOSCOPIAS ALTAS SIN ANESTESIA ADULTO | | ESTUDIO |  |  | |  |
| ENDOSCOPIAS ALTAS PEDIATRICAS SIN ANESTESIA | | ESTUDIO |  |  | |  |
| ENDOSCOPIA GASTROFAGICA CON DILATACIONES | | ESTUDIO |  |  | |  |
| ENDOSCOPIA GASTROESOFAGICA CON ESCLEROTERAPIA | | ESTUDIO |  |  | |  |
| ENDOSCOPIA GASTROESOFAGICA CON LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS | | ESTUDIO |  |  | |  |
| ENDOSCOPIAS ALTAS PEDIATRICAS CON ANESTESIA | | ESTUDIO |  |  | |  |
| BRONCOSCOPIA ADULTO Y PEDIATRICO | | ESTUDIO |  |  | |  |
|  | | | SUBTOTAL | |  | |  |
|  | | | **I.V.A** | |  | |  |
|  | | | **TOTAL** | |  | |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | | | |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** | | |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | | | | | | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***17*** | MEDICINA NUCLEAR | ESTUDIO | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO), 1A (UNO A) Y 1D (UNO D) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***18*** | DOSIMETRIA | VALUACION | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***19*** | ELECTROENCEFALOGRAMA | ESTUDIO | 1 |  |  |
| ELECTROENCEFALOGRAMA PORTATIL | ESTUDIO | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A)DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***20*** | USG DOPLER COLOR ONCOLOGIA | ESTUDIO |  |  |  |
| USG DOOPLER COLOR HEPATICO | ESTUDIO |  |  |  |
| USG DOOPLER COLOR Y PORTAL | ESTUDIO |  |  |  |
| USG DOOPLER COLOR MAMARIO | ESTUDIO |  |  |  |
| USG DOOPLER COLOR PELVICO | ESTUDIO |  |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***21*** | SERVICIO DE PATOLOGIA (INMUNOHISTOQUIMICO) Y TINCIONES ESPECIALES | ESTUDIO | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***22*** | RADIOTERAPIA LINEAL (CONFORMACIONAL) | SESION | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A)DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***23*** | ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO | ESTUDIO | 1 |  |  |
| PRUEBA DE ESFUERZO | ESTUDIO | 1 |  |  |
| REHABILITACION CARDIACA | ESTUDIO | 1 |  |  |
| ECOCARDIOGRAMA ADULTO Y PEDIATRICO | ESTUDIO | 1 |  |  |
| HOLTER | ESTUDIO | 1 |  |  |
| ECOCARDIOGRAMA ADULTO Y PEDIATRICO PORTATIL | ESTUDIO | 1 |  |  |
| ECOCARDIOGRAMA CON DOBUTAMINA | ESTUDIO | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***24*** | SERIE ESOFAGO GASTRO DUODENAL | ESTUDIO | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***25*** | TRANSITO INTESTINAL | ESTUDIO | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A)DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***26*** | COLON POR ENEMA | ESTUDIO | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A)DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***27*** | TOMOGRAFIA CON EMISION DE POSITRONES (PET) | ESTUDIO | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A)DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***28*** | FLUROSCOPIO (ARCO EN C) | ESTUDIO | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***29*** | PROCEDIMIENTO DE LITOTRICIA FLEXIBLE CON LASSER CON APOYO DE EQUIPO | ESTUDIO | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***30*** | CIRUGIA DE NEUROCIRUGIA DE URGENCIA ADULTO Y PEDIATRICO | CIRUGIA | 1 |  |  |
| CIRUGIA DE NEUROCIRUGIA ADULTO Y PEDIATRICO | CIRUGIA |  |  |  |
| VALORACION DE NEUROCIRUGIA URGENCIA ADULTO Y PEDIATRICO | CONSULTA | 1 |  |  |
| VALORACION DE NEUROCIRUGIA ADULTO Y PEDIATRICO | CONSULTA |  |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A) DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***31*** | CIRUGIA PEDIATRICA HERNIOPLASTIA ABDOMINAL | CIRUGIA | 1 |  |  |
| CIRUGIA PEDIATRICA HERNIOPLASTIA INGUINAL | CIRUGIA | 1 |  |  |
| CIRUGIA PEDIATRICA INTUSUCEPCION INTESTINAL (VOLVULOS) | CIRUGIA | 1 |  |  |
| CIRUGIA PEDIATRICA HERNIOPLASTIA UMBILICAL | CIRUGIA | 1 |  |  |
| CIRUGIA DE HERNIA DIAFRAGMATICA | CIRUGIA | 1 |  |  |
| CIRUGIA PEDIATRICA GASTROSQUISIS | CIRUGIA | 1 |  |  |
| CIRUGIA PEDIATRICA FIMOSIS | CIRUGIA | 1 |  |  |
| CIRUGIA PEDIATRICA CRIPTORQUIDEA | CIRUGIA | 1 |  |  |
| CIRUGIA PEDIATRICA ORQUIDOPEXIA | CIRUGIA | 1 |  |  |
| CIRUGIA PEDIATRIACA PILOROPLASTIA | ESTUDIO | 1 |  |  |
| LAPAROTOMIA EXPLORADORA | CIRUGIA | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A)DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***32*** | VALORACION DE OTORRINO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIATRICO | CONSULTA |  |  |  |
| CIRUGIA DE OTORRINO URGENTES ADULTO Y PEDIATRICO, TRAUMATISMO NASAL, | CIRUGIA |  |  |  |
| CIRUGIA DE OTORRINO URGENTES ADULTO Y PEDIATRICO, FRACTURA NASAL, | CIRUGIA |  |  |  |
| CIRUGIA DE OTORRINO URGENTES ADULTO Y PEDIATRICO,HEMORRAGIAS NASALES DE DIFICIL CONTROL CON COLOCACION DE TAPONAMIENTO POSTERIOR, | CIRUGIA |  |  |  |
| CIRUGIA DE OTORRINO URGENTES ADULTO Y PEDIATRICO, EXTRACCION DE CUERPOS EXTRAÑOS | CIRUGIA |  |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A)DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***33*** | VALORACION OFTALMOLOGICA DE URGENCIA ADULTO Y PEDIATRICO | CONSULTA | 1 |  |  |
| CIRUGIA DE OFTALMOLOGIA URGENTE ADULTO Y PEDIATRICO TRAUMATISMO O LESIONES OCULARES DIVERSAS, EXTRACCION DE CUERPOS EXTRAÑOS EN CORNEAS | CIRUGIA | 1 |  |  |
| VIRECTOMIAS |  |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A)DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***34*** | CATETERISMO CARDIACO | CIRUGIA | 1 |  |  |
| CATETERISMO CARDIACO CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA CON STEN | CIRUGIA | 1 |  |  |
| CATETERISMO CARDIACO CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA SIN STEN | CIRUGIA | 1 |  |  |
| CATETERISMO CARDIACO CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA CON STEN MEDICADO | CIRUGIA | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A)DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***35*** | CIRUGIA DE ANGIOLOGIA, (SAFENOEXCERESIS) | CIRUGIA | 1 |  |  |
| CIRUGIA DE ANGIOLOGIA (LESIONES VASCULARES TRAUMATICAS) | CIRUGIA | 1 |  |  |
| CIRUGIA DE ANGIOLOGIA (FISTULA ARTERIOVENOSAS) | CIRUGIA | 1 |  |  |
| CIRUGIA DE ANGIOLOGIA (INSUFICIENCIA ARTERIAL AGUDA CON STENT ) | CIRUGIA | 1 |  |  |
| CIRUGIA DE ANGIOLOGIA (COLOCACION DE CATETER PERMACAT PARA HEMODIALISIS) | CIRUGIA | 1 |  |  |
| CIRUGIA ENDOVASCULAR PERIFERICA CON Y SIN STEN | CIRUGIA | 1 |  |  |
| VALORACION DE ANGIOLOGIA DE URGENCIA ADULTO Y PEDIATRICO | CONSULTA | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A)DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | | **PRECIO TOTAL** | |
| ***36*** | RESECCION PROSTATICA TRANSURETRAL | | CIRUGIA | 1 |  | |  | |
| PIELOLITOTOMIA | | CIRUGIA | 1 |  | |  | |
| NEFRECTOMIAS | | CIRUGIA | 1 |  | |  | |
| URETEROLITOTRIPCIA | | CIRUGIA | 1 |  | |  | |
| NEFROLITOTRICIA Y RESECION TRANSURETRALES DE TUMORES DE VEJIGA | | CIRUGIA |  |  | |  | |
| NEFROLITOTRICIA PERCUTANEA NEUMATICO ULTRASONICA LASER Y ELECTROHIDRAULICA | | CIRUGIA |  |  | |  | |
| CIRUGIA UROLOGIA (NEFROSTOMIAS PERCUTANEAS PARA EXTRACCION DE CALCULOS URINARIOS | | CIRUGIA |  |  | |  | |
| NEFROLITOTOMIA A CIELO ABIERTO | | CIRUGIA |  |  | |  | |
| URETEROSTOMIA | | CIRUGIA |  |  | |  | |
| NEFROLITROTIPCIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA | | CIRUGIA |  |  | |  | |
|  | | | SUBTOTAL | |  | |  | |
|  | | | **I.V.A** | |  | |  | |
|  | | | **TOTAL** | |  | |  | |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A)DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | | | | |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** | |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | | | | | | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***37*** | PROCEDIMIENTO DE TERMOCOAGULACION PARA CONTROL DE DOLOR FACETARIO O DOLOR DISCOGENO CON APOYO DE EQUIPO | PROCEDIMIENTO | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A)DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**ANEXO NUMERO 9 (NUEVE)**

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LICITANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RFC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA | **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**  **(DESGLOSAR POR SERVICIO A OFERTAR)** | **UNIDAD** | **CANT** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
| ***38*** | PROCEDIMIENTO DE VERTOBROPLASTIA CON APOYO DE EQUIPO | PROCEDIMIENTO | 1 |  |  |
|  | | SUBTOTAL | |  |  |
|  | | **I.V.A** | |  |  |
|  | | **TOTAL** | |  |  |
| TOTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| EL SERVICIO PROPUESTO, SE APEGA A LA DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS POR EL IMSS Y QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO 1 (UNO) Y 1A (UNO A)DE ESTA CONVOCATORIA DE LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL NÚM. **PA-019GYR032-N170-2014** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |
| EN EL CASO DEL QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONVOCATORIA. | | |

**NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO**

**ANEXO NUMERO 10 (DIEZ)**

**PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES DEL SERVICIO**

**GENERALIDADES A OBSERVARSE EN SERVICIOS**

**PRIMERA**.- “EL PROVEEDOR” SE OBLIGA A PROPORCIONAR AL “INSTITUTO” LOS SERVICIOS CONTRATADOS QUE LE SEAN SOLICITADOS POR LOS DIRECTORES Y SUBDIRECTORES MEDICOS DE LOS HOSPITALES GENERALES DE ZONA NUMERO 1 y NUMERO 2 UTILIZANDO EL FORMATO 4-30-2/03, DURANTE EL PERIODO DEL 01 DE ENERO DE 2015 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2015 CON BASE A LOS PRECIOS UNITARIOS QUE SE IDENTIFICAN EN EL ANEXO 1 DEL CONTRATO, EL CUAL, FIRMADO POR EL INSTITUTO Y EL PROVEEDOR, PASA A FORMAR PARTE DEL CONTRATO.

LOS SERVICIOS QUIRURGICOS DE CIRUGÍA CUBREN LO SIGUIENTE: EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO INICIAL, REVISION CLINICA DEL PACIENTE HASTA SER DADO DE ALTA, LOS PROCEDIMIENTOS ESPECIALES DE CASOS MIXTOS Y SEVEROS Y/O URGENCIAS CALIFICADAS SERAN CUBIERTOS POR EL “INSTITUTO” AL PRECIO DEL MERCADO VIGENTE CUANDO ESTOS SEAN NECESARIOS.

**SEGUNDA**.- "EL INSTITUTO" PAGARA A “EL PROVEEDOR” EL IMPORTE DE LOS SERVICIOS SOLICITADOS POR LOS HOSPITALES GENERALES DE ZONA No 1 Y 2, DE LA DELEGACION, CON BASE A LOS PRECIOS UNITARIOS DE LOS SERVICIOS MENCIONADOS EN LA CLAUSULA PRIMERA DE ESTAS, QUE SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE RELACIONADOS EN LA FACTURA CORRESPONDIENTE, LA CUAL LLEVARA ANEXA EL ORIGINAL DEL FORMATO 4-30-2/03 POR LOS SERVICIOS OTORGADOS Y SERA ENTREGADA AL DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y EROGACIONES Y/O ANTE LAS UNIDADES DE APOYO A LA OPERACIÓN, DEL INSTITUTO, PARA SU TRAMITE DE PAGO DENTRO DE LOS TREINTA DIAS NATURALES POSTERIORES A LA PRESENTACION DE LA FACTURA Y DE LA DOCUMENTACION QUE ACREDITE LA REALIZACION DE LOS ESTUDIOS O DE LOS SERVICIOS.

LA FACTURACIÓN DEBERÁ EMITIRSE Y PRESENTARSE LOS PRIMEROS 5 DIAS DE CADA MES POR LOS SERVICIOS OTORGADOS Y NO POR LOS SERVICIOS SOLICITADOS.

LOS PRECIOS PACTADOS PERMANECERAN FIJOS SIN ESCALACIONES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

**TERCERA**.- LAS CITAS SE DEBERÁN PROGRAMAR CONFORME A LOS CRITERIOS DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA ESTABLECIDOS PARA LA OPORTUNIDAD DE LA CONSULTA, ESTUDIOS DE DIAGNOSTICO Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS LOS CUALES SE DEBEN DE EFECTUAR DENTRO DE UN PERIODO NO MAYOR A 24 HORAS HÁBILES A PARTIR DE LA SOLICITUD DE LA FECHA DE SOLICITUD DE LA CITA, EN EL CASO DE LAS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SE DEBE EFECTUAR DENTRO DE UN PERIODO DE 1 HORA A PARTIR DE LA SOLICITUD, EN CASO DE NO SER POSIBLE DEBERA REPORTARSE CON EL DIRECTIVO DE GUARDIA PARA ACORDAR LA HORA DE LA VALORACION Y/O DE LA CIRUGIA EL NO CUMPLIMIENTO CON ESTA CLÁUSULA PODRÁ DAR POR TERMINADO EL CONTRATO DE NO ENCONTRARSE EN UN 85% DE OPORTUNIDAD LO CUAL EL INSTITUTO SE RESERVA EL DERECHO DE VERIFICAR QUE EL SERVICIO SE ESTE OTORGANDO CONFORME A ESTE CRITERIO DE CALIDAD.

CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA CRUZADA NACIONAL DE LA CALIDAD POR LOS SERVICIOS EL INSTITUTO SE RESERVA EL DERECHO DE EVALUAR LA SATISFACCIÓN AL PACIENTE TANTO EN LOS ASPECTOS TÉCNICO MÉDICOS, LA INFORMACIÓN Y PERCEPCIÓN DEL SERVICIO.

LOS RESULTADOS DEBERÁN ENTREGARSE CON OPORTUNIDAD EN UN PLAZO NO MAYOR DE 48 HORAS, DE HABERSE REALIZADO EL ESTUDIO, EN LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD MEDICA QUE SOLICITO EL ESTUDIO.

**CUARTA**.- QUEDA EXPRESAMENTE ESTABLECIDO QUE EL “INSTITUTO” SERA AJENO A LOS CONFLICTOS QUE SE DERIVEN DE LAS RELACIONES OBRERO PATRONALES ENTRE “EL PROVEEDOR” Y EL PERSONAL QUE EMPLEE PARA CUMPLIR LAS OBLIGACIONES QUE CONTRAE, POR VIRTUD DEL CONTRATO Y CONSECUENTEMENTE QUEDA OBLIGADA A RESARCIR A “EL INSTITUTO” DE CUALQUIER EROGACION QUE ESTE LLEGUE A EFECTUAR POR TAL CONCEPTO.

**QUINTA**.- “EL PROVEEDOR” ASUME DE MANERA EXPRESA LA RESPONSABILIDAD QUE PUDIERA SURGIR POR SU CULPA O NEGLIGENCIA O DEL PERSONAL QUE EMPLEE EN LA PRESTACION DEL SERVICIO Y QUE SE CAUSARAN DAÑOS A TERCEROS O A “EL INSTITUTO”, OBLIGANDOSE A RESARCIR AL PROPIO INSTITUTO LA CANTIDAD QUE POR CUALQUIERA DE ESTOS CONCEPTOS LLEGARE A EROGARSE.

**SEXTA**.- "EL INSTITUTO" LLEVARA A CABO INSPECCIONES LAS VECES NECESARIAS CON EL PERSONAL AUTORIZADO, DIRECTAMENTE O POR MEDIO DE UN TERCERO PARA LAS EVALUACIONES NECESARIAS VERIFICANDO CONTRA ESTANDARES LA CALIDAD DE LOS ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS REALIZADOS, CORROBORANDO SU PROCESO, EL CUAL DEBE REALIZARSE EN EL DOMICILIO SEÑALADO POR EL PROVEEDOR EN SU PROPUESTA TECNICA.

**SEPTIMA.-** EL INSTITUTO” SOLICITARA LOS SERVICIOS SEÑALADOS EN LA CLAUSULA PRIMERA, MISMOS QUE DEBERAN REALIZARSE POR “EL PROVEEDOR” DENTRO DE LAS 24 HORAS DESPUES DE HABER SIDO REQUERIDO, EL PERIODO DE INICIO DE LOS SERVICIOS QUE SE REQUIERAN ES A PARTIR DE LA FECHA DE INICIACION DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

**OCTAVA**.- “EL INSTITUTO” SE RESERVA EL DERECHO DE REALIZAR EVALUACIONES DE CALIDAD DE LOS ESTUDIOS, PARA VERIFICAR QUE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DEL “PROVEEDOR” CUMPLAN CON LO ESTABLECIDO. PODRA EN TODO MOMENTO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

**NOVENA**.-PARA LOS CASOS EN EL QUE “EL PROVEEDOR” INCURRA EN RETRASO DE LOS COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN EL CONTRATO, SE ESTABLECEN EN FORMA CONVENCIONAL LAS PENALIZACIONES SIGUIENTES:

CUANDO EXISTA RETRASO EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS MENCIONADOS EN LA CLAUSULA PRIMERA Y SEGUNDA DE ESTE CONTRATO “EL INSTITUTO” APLICARA A “EL PROVEEDOR” A TRAVES DE LAS DIRECCIONES DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS UNA PENA CONVENCIONAL DEL **2.5 %** POR CADA DIA NATURAL DE ATRASO, LA CUAL SE APLICARA SOBRE EL VALOR TOTAL DE LO INCUMPLIDO SIN INCLUIR EL IVA. SIN QUE REBASE EL **10%** DEL VALOR TOTAL DE LO INCUMPLIDO, NOTIFICÁNDOLE LA UNIDAD MÉDICA POR ESCRITO AL PROVEEDOR SOBRE DICHA SANCIÓN Y REQUIRIÉNDOLE EL PAGO A TRAVÉS DE UNA NOTA DE CRÉDITO.

## ASÍ MISMO CUANDO SE SOLICITE UN SERVICIO Y ESTE NO SEA ATENDIDO EN UN MARGEN DE 48 HORAS DESPUÉS DE SER SOLICITADOS, MEDIANTE EL FORMATO DENOMINADO 4-30-2/03

POR NINGUN MOTIVO LAS PENAS CONVENCIONALES PODRAN EXCEDER EL IMPORTE DE LA GARANTIA DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

LA APLICACIÓN DE PENAS SERÁ INFORMADO POR LAS DIRECCIONES DE LAS UNIDADES A LA COORDIDNACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO PARA LA COMPUTACION CORRESPONDIENTE Y ACTUACIÓN SEGÚN CORRESPONDA.

POR NINGUN MOTIVO LAS PENAS CONVENCIONALES PODRAN EXCEDER EL IMPORTE DE LA GARANTIA DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

LA APLICACIÓN DE PENAS SERÁ INFORMADO POR LAS DIRECCIONES DE LAS UNIDADES A LA COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO PARA LA COMPUTACION CORRESPONDIENTE Y ACTUACIÓN SEGÚN CORRESPONDA.

**DECIMA**.- “EL PROVEEDOR” SE OBLIGA A PROPORCIONAR AL “EL INSTITUTO” REPORTES PERIODICOS SOBRE LAS CONDICIONES QUE GUARDAN DICHOS SERVICIOS Y ESTOS SERÁN ENTREGADOS MENSUALMENTE EN LA JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS MÉDICOS PARA REGISTRO Y CONTROL PRESUPUESTAL, ESTO INDEPENDIENTEMENTE DE LAS PETICIONES EXTRAORDINARIAS DE INFORMACIÓN QUE SOLICITE “EL INSTITUTO.

**DECIMA PRIMERA.-“**EL INSTITUTO” PODRA RESCINDIR A “EL PROVEEDOR” EL CONTRATO, SIN RESPONSABILIDAD PARA EL MISMO CUANDO:

“EL PROVEEDOR” NO CUMPLA CON EL SERVICIO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO.

EL PERSONAL DEL “PROVEEDOR” QUE DURANTE SU SERVICIO INCURRA EN ALGUNA IRREGULARIDAD QUE DAÑE EL PATRIMONIO, PERSONAL O IMAGEN DE “EL INSTITUTO” SIN PERJUICIO DE LAS INVESTIGACIONES QUE SE PRACTIQUEN Y DE LOS RESULTADOS PROCEDENTES.

**SE INCUMPLA CON LO PACTADO EN EL CONTRATO CORRESPONDIENTE, DOS VECES CONSECUTIVAS Y/O CINCO VECES DURANTE LA VIGENCIA DEL MISMO.**

DURANTE LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS INCURRA EN ALGUNA IRREGULARIDAD QUE DAÑE AL PATRIMONIO, PERSONAL O IMAGEN DEL INSTITUTO, SIN PERJUICIO DE LAS INVESTIGACIONES QUE SE PRACTIQUEN Y DE LOS RESULTADOS PROCEDENTES.

CUANDO INCUMPLA CON CUALESQUIERA DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO DURANTE SU VIGENCIA.

EL PROCEDIMIENTO DE RESCISION SE LLEVARA A CABO CONFORME A LO SIGUIENTE:

SE INICIARA A PARTIR DE QUE AL PROVEEDOR LE SEA COMUNICADO POR ESCRITO EL INCUMPLIMIENTO EN QUE HAYA INCURRIDO, PARA QUE EN UN TERMINO DE 10 DÍAS HÁBILES EXPONGA LO QUE A SU DERECHO CONVENGA Y APORTE, EN SU CASO, LAS PRUEBAS QUE ESTIME PERTINENTES;

TRANSCURRIDO EL TERMINO A QUE SE REFIERE EL PARRAFO ANTERIOR, SE RESOLVERÁ CONSIDERANDO LOS ARGUMENTOS Y PRUEBAS QUE HUBIERE HECHO VALER, Y

LA DETERMINACIÓN DE DAR O NO POR RESCINDIDO EL CONTRATO DEBERÁ SER DEBIDAMENTE FUNDADA, MOTIVADA Y COMUNICADA AL PROVEEDOR DENTRO DE LOS 15 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LO SEÑALADO A LA FRACCIÓN 1 DE ESTA CLAUSULA.

ASÍ MISMO, PODRÁN DAR TERMINADOS ANTICIPADAMENTE LOS CONTRATOS CUANDO CONCURRAN RAZONES DE INTERÉS GENERAL, O BIEN, CUANDO POR CAUSAS JUSTIFICADAS SE EXTINGA LA NECESIDAD DE REQUERIR LOS BIENES O SERVICIOS ORIGINALMENTE CONTRATADOS, Y SE DEMUESTRE QUE DE CONTINUAR CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS, SE OCASIONARÍA ALGÚN DAÑO O PERJUICIO AL ESTADO. EN ESTOS SUPUESTOS LA DEPENDENCIA O ENTIDAD REEMBOLSARA AL PROVEEDOR LOS GASTOS NO RECUPERABLES EN QUE HAYA INCURRIDO, SIEMPRE QUE ESTOS SEAN RAZONABLES, ESTÉN DEBIDAMENTE COMPROBADOS Y SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON EL CONTRATO CORRESPONDIENTE.

**LUGAR PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO EN CASO DE TRATANDOSE DE AQUELLOS SERVICIOS QUE SE OTORGARAN DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL INSTITUTO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1** | Blvd. José Ma. Chávez No.1202.  Col. Lindavista, C.P. 20270  Aguascalientes, Ags. | TELEFONO  01(449)9 13 90 50 |
| **HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2** | Av. de los Conos No.102  Fracc. Ojocaliente, C.P. 20190  Aguascalientes, Ags | TELEFONO  01(449)9 70 36 60 |

**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ANEXO NUMERO 11 (ONCE)**

# FORMATO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

Contrato abierto de prestación de **SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS** , que celebran por una parteel **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**, que en lo sucesivo se denominará **“EL INSTITUTO”**, representado en este acto por el C.P. Diego Martínez Parra, en su carácter de Delegado Estatal y Representante Legal y por la otra la empresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en lo subsecuente **“EL PROVEEDOR”**, representada por el C\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en su carácter de Representante Legal, al tenor de las siguientes declaraciones y cláusulas:

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

**I. “EL INSTITUTO”**, declara a través de su representante legal que:

**I.1.** Es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal con personalidad jurídica y patrimonio propio, que tiene a su cargo la organización y administración del Seguro Social, como un servicio público de carácter nacional, en términos de los artículos 4 y 5, de la Ley del Seguro Social.

**I.2.** Está facultado para adquirir toda clase de bienes y servicios en términos de la legislación vigente, para la consecución de los fines para los que fue creado, de conformidad con el artículo 251, fracciones IV y V, de la Ley del Seguro Social.

**I.3.** Su representante, el C.P. Diego Martínez Parra, se encuentra facultado para suscribir el presente instrumento jurídico en representación de **"EL INSTITUTO"** de acuerdo al poder que se contiene en la Escritura Pública Número 80033, de fecha 7 de febrero de 2006, pasada ante la fe del Notario Público Número 104 Licenciado José Ignacio Sentíes Laborde, en la Ciudad de México, D.F.

**I.4.** Para el cumplimiento de sus funciones y la realización de sus actividades, requiere de la prestación de Servicios Médicos Subrogados.

**I.5.** Para cubrir las erogaciones que se deriven del presente contrato, cuenta con recursos disponibles suficientes, no comprometidos, en la partida presupuestal número \_\_\_\_\_\_\_, de conformidad con el dictamen de disponibilidad presupuestal número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Los recursos presupuestarios a ejercer con motivo del presente instrumento jurídico, quedan sujetos para fines de ejecución y pago, a la disponibilidad presupuestaria con que cuente **“EL INSTITUTO”**, conforme al Presupuesto de Egresos de la Federación que apruebe la H. Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, sin responsabilidad alguna para **“EL INSTITUTO”**.

Los compromisos excedentes no cubiertos durante el presente ejercicio, quedan sujetos para fines de ejecución y pago, a la disponibilidad presupuestaria con que cuente **“EL INSTITUTO”**, conforme al Presupuesto de Egresos de la Federación que apruebe la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, sin responsabilidad alguna para **“EL INSTITUTO”***.*

**I.6.** El presente contrato fue adjudicado a **“EL PROVEEDOR”** mediante el procedimiento de Licitación Pública Nacional LA-019GYR032-N170-2014, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de conformidad con los artículos 25, 26 fracción I, 26 Bis, fracción III, 27, 28, fracción I, 29, 30, 32, 33, 33 Bis, 34, 35, 36, 36Bis, 37, 45 y 47 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 39, 42, 46 y 48 de su Reglamento.

**I.7.**Con fecha 28 de Noviembre de 2014, la Coordinación Delegacional de Abastecimiento en Aguascalientes, emitió el Acta de Fallo del procedimiento de contratación mencionado en la Declaración que antecede.

**I.8** Señala como domicilio para todos los efectos de este acto jurídico el ubicado en Av. Alameda No. 704, Colonia del Trabajo, C.P. 20180, Aguascalientes, Aguascalientes.

**I.9.** Para los efectos de lo establecido en el penúltimo párrafo del artículo 84 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, **“EL INSTITUTO”** designa a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien fungirá como Administrador de este instrumento jurídico.

**II. “EL PROVEEDOR”** declara que:

***NOTA: (Si “EL PROVEEDOR” fuese una persona moral, se empleará el texto siguiente:)***

**II.1.** Es una persona moral constituida de conformidad con las leyes de los Estados Unidos Mexicanos, según consta en la Escritura Pública número \_\_\_\_\_, de fecha \_\_\_\_, otorgada ante la fe del Licenciado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Notario Público \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_, inscrita en el Registro Público de la Propiedad y el Comercio, bajo el folio mercantil número \_\_\_\_\_, de fecha \_\_\_\_\_\_.

**II.2.** Se encuentra representada para la celebración de este contrato, por el C.\_\_\_\_\_\_\_, quien acredita su personalidad en términos de la Escritura Pública número \_\_\_\_\_\_\_\_, de fecha \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, otorgada ante la fe del Licenciado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Notario Público número \_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y manifiesta bajo protesta de decir verdad, que las facultades que le fueron conferidas no le han sido revocadas, modificadas ni restringidas en forma alguna.

**II.3.** De acuerdo con sus estatutos, su objeto social consiste entre otras actividades, en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

***NOTA: (Si “EL PROVEEDOR” fuese una persona física, se empleará el siguiente texto, en sustitución a las Declaraciones II.1, II.2 y II.3, en la inteligencia de que se deberá ajustar la numeración)***

**II.1.** Es una persona física, con actividades empresariales dedicada a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con capacidad legal para obligarse en los términos del presente contrato.

**II.4.** La Secretaría de Hacienda y Crédito Público le otorgó el Registro Federal de Contribuyentes número \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**II.5.** Manifiesta bajo protesta de decir verdad, no encontrarse en los supuestos de los artículos 50 y 60 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

**II.6.** Para los efectos del artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación, cuenta con el acuse de recepción con el que compruebe la realización de la consulta de opinión ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT), relacionada con el cumplimiento de sus obligaciones fiscales, en los términos que establece la fracción I, de la Regla 1.2.1.16 de la Miscelánea Fiscal.

**II.7.** Manifiesta bajo protesta de decir verdad, que dispone de la organización, experiencia, elementos técnicos, humanos y económicos necesarios, así como con la capacidad suficiente para satisfacer de manera eficiente y adecuada las necesidades de **“EL INSTITUTO”**.

**II.8.** Señala como domicilio legal para todos los efectos de este acto jurídico, el ubicado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**II.9** Conforme a lo previsto en el artículo 107 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, **“EL PROVEEDOR”** en caso de auditorias, visitas o inspecciones que practique la Secretaría de la Función Pública y el Órgano Interno de Control deberá proporcionar la información que en su momento se requiera, relativa al presente contrato.

Hechas las declaraciones anteriores, las partes convienen en otorgar el presente contrato, de conformidad con las siguientes:

**C L Á U S U L A S**

**PRIMERA.- OBJETO DEL CONTRATO.- “EL INSTITUTO”** se obliga a adquirir de **“EL PROVEEDOR”** y éste se obliga a suministrar el servicio cuyas características y especificaciones se describen en el **Anexo No. 1 (uno)**.

**SEGUNDA- IMPORTE DEL CONTRATO.- IMPORTE DEL CONTRATO.- “EL INSTITUTO”** cuenta con un presupuesto mínimo como compromiso de pago por el servicio objeto del presente instrumento jurídico, por un importe de **$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)** más el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.) y un presupuesto máximo susceptible de ser ejercido por la cantidad de **$\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)** más el Impuesto al Valor Agregado I.V.A.

**TERCERA.- FORMA DE PAGO.- “EL INSTITUTO”** pagará en pesos mexicanos, en el término de 15 (quince), días naturales posteriores a la entrega por parte de **“EL PROVEEDOR”** del original y copia de la factura que reúna los requisitos fiscales respectivos, en la que se indique el Servicio Prestado y el número de Contrato, en su caso, el documento que avale la Prestación del Servicio sellado por el Área de **“EL INSTITUTO”** en donde se prestó éste, mismo que deberá ser entregada en el Área de Finanzas, sita en Av. Alameda No. 704, Col. del Trabajo, de lunes a viernes en horario de 09:00 a 13:00 hrs.

En caso de que **“EL PROVEEDOR”** presente su factura con errores o deficiencias, el plazo de pago se ajustará en términos del artículo 90 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

En caso de que **“EL PROVEEDOR”** solicite el abono en una cuenta contratada en un banco diferente a los antes citados (interbancario), **“EL INSTITUTO”** realizará la instrucción de pago en la fecha de vencimiento del contrarecibo y su aplicación se llevará a cabo al día hábil siguiente, de acuerdo con el mecanismo establecido por el Centro de Compensación Bancaria **(CECOBAN)**.

**“EL PROVEEDOR”** podrá optar porque **“EL INSTITUTO”** efectúe el pago del servicio prestado, a través del esquema electrónico intrabancario que tiene en operación, con las instituciones bancarias siguientes: BBVA, Bancomer, S.A., Banamex, S.A., Banorte, S.A. y Scotiabank Inverlat, S.A., para tal efecto deberá presentar en el Área de Finanzas, sita en Alameda Núm. 704, Col. del Trabajo, de lunes a viernes, con horario de 09:00 a 13:00 hrs. petición escrita indicando: razón social, domicilio fiscal, número telefónico y fax, nombre completo del apoderado legal con facultades de cobro y su firma, número de cuenta de cheques (número de clabe bancaria estandarizada), banco, sucursal y plaza, así como, número de proveedor asignado por el IMSS. Anexo a la solicitud deberá **“EL PROVEEDOR”**, presentar original y copia de la cédula del Registro Federal de Contribuyentes, Poder Notarial e identificación oficial; los originales se solicitan únicamente para cotejar los datos y les serán devueltos en el mismo acto.

Asimismo, **“EL INSTITUTO”** podrá aceptar de **“EL PROVEEDOR”** quetenga cuentas líquidas y exigibles a su cargo, que éstas se apliquen por concepto de cuotas obrero patronales, conforme a lo previsto en el artículo 40 B, de la Ley del Seguro Social.

Así mismo **“EL PROVEEDOR”**  deberá realizar la carga del archivo electrónico con extensión XML (con base al Sistema de Administración Tributaria) al buzón creado exprofeso por el Instituto Mexicano del Seguro Social de conformidad con lo establecido en el Código Fiscal de la Federación.

**“EL PROVEEDOR”** que celebre contrato de cesión de derechos de cobro, deberá notificarlo por escrito a **“EL INSTITUTO”**, con un mínimo de 5 (cinco) días naturales anteriores a la fecha de pago programada, entregando invariablemente una copia de los contra-recibos cuyo importe se cede, además de los documentos sustantivos de dicha cesión. El mismo procedimiento aplicará en el caso de que **“EL PROVEEDOR”** celebre contrato de cesión de derechos de cobro a través de factoraje financiero conforme al Programa de Cadenas Productivas de Nacional Financiera, S.N.C., Institución de Banca de Desarrollo.

El pago del servicio quedará condicionado proporcionalmente al pago que **“EL PROVEEDOR”** deba efectuar por concepto de penas convencionales por atraso.

La facturación se realizará los primeros 5 días del mes inmediato, excepto Diciembre o en cortes especiales que deben abarcar mes natural.

**CUARTA.- PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.-** **“EL PROVEEDOR”**

prestará los servicios a partir del día 01 de enero del año 2015.

Las solicitudes de servicio deberán realizarse en los plazos establecidos en la emisión del requerimiento correspondiente.

En el supuesto de que **“EL PROVEEDOR”** para la prestación del servicio requiera hacer entrega de bienes en las instalaciones de **“EL INSTITUTO”**, la transportación de los bienes, las maniobras de carga y descarga en el anden del lugar de entrega, así como el aseguramiento de los bienes, hasta que estos sean recibidos de conformidad por **“EL INSTITUTO”**, serán a cargo de **“EL PROVEEDOR”**.

Durante la prestación del servicio, **“EL PROVEEDOR”** estará sujeto a una verificación visual aleatoria, con objeto de revisar que se cumpla con las condiciones requeridas en el presente contrato.

Cabe resaltar que mientras no se cumpla con las condiciones de la prestación del servicio establecidas en el presente contrato, **“EL INSTITUTO”** no dará por aceptado el servicio

**QUINTA.- VIGENCIA.-** Las partes convienen en que la vigencia del presente contrato comprenderá del 01 de Enero de 2015 al 31 de Diciembre de 2015.

**SEXTA.- PROHIBICIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES.-** **“EL PROVEEDOR”** se obliga a no ceder en forma parcial ni total, a favor de cualquier otra persona física o moral, los derechos y obligaciones que se deriven de este Contrato.

**“EL PROVEEDOR”** sólo podrá ceder los derechos de cobro que se deriven del presente contrato, de acuerdo con lo estipulado en la Cláusula Tercera, del presente instrumento jurídico.

**SÉPTIMA.- RESPONSABILIDAD.-** **“EL PROVEEDOR”** se obliga a responder por su cuenta y riesgo de los daños y/o perjuicios que por inobservancia o negligencia de su parte, lleguen a causar a **“EL INSTITUTO”** y/o a terceros, con motivo de las obligaciones pactadas en este instrumento jurídico, o bien por los vicios ocultos en el servicio prestado, de conformidad con lo establecido en el artículo 53, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

**OCTAVA.- IMPUESTOS Y/O DERECHOS.-** Los impuestos y/o derechos que procedan con motivo del servicio objeto del presente contrato, serán pagados por **“EL PROVEEDOR”** conforme a la legislación aplicable en la materia.

**“EL INSTITUTO”** sólo cubrirá el Impuesto al Valor Agregado de acuerdo a lo establecido en las disposiciones fiscales vigentes en la materia.

**NOVENA.- PATENTES Y/O MARCAS.- “EL PROVEEDOR”** se obliga para con **“EL INSTITUTO”**, a responder por los daños y/o perjuicios que le pudiera causar a éste o a terceros, si con motivo de la prestación del servicio viola derechos de autor, de patentes y/o marcas u otro derecho reservado a nivel nacional o internacional.

Por lo anterior, **“EL PROVEEDOR”** manifiesta en este acto bajo protesta de decir verdad, no encontrarse en ninguno de los supuestos de infracción a la Ley Federal del Derecho de Autor, ni a la Ley de la Propiedad Industrial.

En caso de que sobreviniera alguna reclamación en contra de **“EL INSTITUTO”** por cualquiera de las causas antes mencionadas, la única obligación de éste será la de dar aviso en el domicilio previsto en este instrumento a **“EL PROVEEDOR”**, para que éste lleve a cabo las acciones necesarias que garanticen la liberación de **“EL INSTITUTO”** de cualquier controversia o responsabilidad de carácter civil, mercantil, penal o administrativa que, en su caso, se ocasione.

**DÉCIMA.- GARANTÍAS.- “EL PROVEEDOR”** se obliga a otorgar a **“EL INSTITUTO”**, la siguiente garantía:

Se establecerá como lapso 3 días hábiles en caso de reporte por parte del derechohabiente ante **“EL INSTITUTO”**, la deficiente prestación de servicio o vicios ocultos que se pudieran presentar ante el derechohabiente, y en caso de ver afectada la salud o desarrollado enfermedad crónica por la equivocada aplicación de tratamiento, será responsabilidad total de **“EL PROVEEDOR”**, misma que deberá garantizar con la presentación de póliza de responsabilidad civil.

Ambas partes son conformes en asumir la responsabilidad que les fuese imputada y sea debidamente acreditada, a juicio de expertos médicos que de acuerdo al case sean designados por ambas partes que así lo suscriben mediante dictamen médico cuando con motivo de la presentación de los servicios se cause daño en su persona a los derechohabientes de **“EL INSTITUTO”** remitidos a **“EL PROVEEDOR”**.

**“EL PROVEEDOR”** deberá comprometerse a cubrir las cantidades que se determinen por algún tipo de indemnización. **“EL INSTITUTO”** con **“EL PROVEEDOR”** convendrán que los procedimientos que por su riesgo presentaran algún incidente y/o accidente y que pongan en peligro la vida del paciente, motivo que obligué a tomar decisiones de resolución inmediata, tendrá la libertad en toma de decisiones para su resolución.

En el caso de que el paciente subrogado fallezca durante la realización de algún estudio y/o cirugía se pretende imputar responsabilidad alguna de las partes para efecto de su determinación, se estará a lo que establezca mediante resolución firme a la autoridad jurisdiccional competente.

**GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.- “EL PROVEEDOR”** se obliga a garantizar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato adjudicado, deberá presentar fianza expedida por afianzadora debidamente constituida en términos de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas, por un importe equivalente al 10% (diez por ciento) del monto total del contrato, a erogar en el ejercicio fiscal de que se trate y deberá ser renovada cada ejercicio por el monto a erogar en el mismo, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado, a favor del Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme al **Anexo Número \_\_\_\_\_**. (En tratándose de contratos abiertos, deberá señalarse que el porcentaje de la garantía será sobre el ***monto máximo del contrato).***

**“EL PROVEEDOR”** queda obligado a entregar a **“EL INSTITUTO”** la póliza de fianza, apegándose al formato de las bases de la cual deriva este instrumento jurídico en la Coordinación de Abastecimiento de la Delegación Estatal en Aguascalientes, sita en Av. Carolina Villanueva No. 314, Fraccionamiento Ciudad Industrial, C.P. 20290, Aguascalientes, Ags., de lunes a viernes en horario de 8:00 a 16:00 hrs.

Dicha póliza de garantía de cumplimiento del contrato será devuelta a **“EL PROVEEDOR”** una vez que **“EL INSTITUTO”** le otorgue autorización por escrito, para que éste pueda solicitar a la afianzadora correspondiente la cancelación de la fianza, autorización que se entregará a **“EL PROVEEDOR”**, siempre que demuestre haber cumplido con la totalidad de las obligaciones adquiridas por virtud del presente contrato.

En el supuesto de que el monto del contrato adjudicado sea igual o menor a 600 días de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, **“EL PROVEEDOR”** podrá presentar la garantía de cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el contrato, mediante cheque certificado o deposito en efectivo, dejando sin efecto el texto que antecede.

a)El cheque debe expedirse a nombre del Instituto Mexicano del Seguro Social.

b)Dicho cheque deberá ser resguardado, a título de garantía, en la Coordinación de Abastecimiento de la Delegación estatal en Aguascalientes, sita en Av. Carolina Villanueva No. 314, Fraccionamiento Ciudad. Industrial, C.P. 20290, Aguascalientes, Ags.

c)El cheque será devuelto a más tardar el segundo día hábil posterior a que **“EL INSTITUTO”** constate el cumplimiento del contrato. En este caso, la verificación del cumplimiento del contrato por parte de **“EL INSTITUTO”** deberá hacerse a más tardar el tercer día hábil posterior a aquél en que **“EL PROVEEDOR”** de aviso de la prestación del servicio objeto del presente instrumento.

**DÉCIMA PRIMERA.- EJECUCIÓN DE LA PÓLIZA DE FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO.- “EL INSTITUTO”** llevará a cabo la ejecución de la garantía de cumplimiento del contrato en los casos siguientes:

a) Se rescinda administrativamente este contrato.

b) Durante su vigencia se detecten deficiencias, fallas o calidad inferior en la prestación del servicio, en comparación con el ofertado.

c) Cuando en el supuesto de que se realicen modificaciones al contrato, no entregue **“EL PROVEEDOR”** en el plazo pactado, el endoso o la nueva garantía, que ampare el porcentaje establecido para garantizar el cumplimiento del presente instrumento.

d) Por cualquier otro incumplimiento de las obligaciones contraídas en este contrato.

**DÉCIMA SEGUNDA.- PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.- “EL INSTITUTO**” aplicará una pena convencional por cada día de atraso en la prestación del servicio, por el equivalente al 2.5%, sobre el valor total de lo incumplido, sin incluir el IVA, en el supuesto siguiente: (considerar la unidad de medida del servicio, con objeto de cuantificar el monto del servicio prestado con atraso).

* Cuando **“EL PROVEEDOR”** no preste el servicio que se le haya requerido dentro del plazo señalado, o en el programa establecido, considerándose este plazo como entrega oportuna, y un máximo de cuatro días con atraso.

La pena convencional por atraso se calculará por cada día de incumplimiento, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, aplicado al valor del servicio prestado con atraso, y de manera proporcional al importe de la garantía de cumplimiento que corresponda al concepto. La suma de las penas convencionales no deberá exceder el importe de dicha garantía.

**“EL PROVEEDOR”** autorizará a **“EL INSTITUTO”** a descontar las cantidades que resulten de aplicar la pena convencional, sobre los pagos que deba cubrir **“EL PROVEEDOR”**.

Cuando el Servicio solicitado no sea realizado en su totalidad, la aplicación de la pena convencional, corresponderá al total de la garantía de cumplimiento.

Conforme a lo previsto en el último párrafo del artículo 96, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, no se aceptará la estipulación de penas convencionales a cargo de **“EL INSTITUTO”**.

**DECIMA TERCERA.- DEDUCCIONES AL PAGO.-** Serán aplicables deducciones al pago por cualquier incumplimiento parcial o cumplimiento deficiente respecto de todas las partidas o conceptos que integran el contrato, las cuales no excederán del monto de la garantía de cumplimiento establecida en el mismo. Las deducciones se aplicaran en términos del artículo 53 Bis de la Ley.

**Por lo** **anterior las condiciones serán que las deductivas:**

1.- No excederán del monto de la garantía de cumplimiento del contrato, el cual de conformidad con las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de **“EL INSTITUTO”** en el numeral número 82 establece que el límite será hasta del 10% (diez por ciento), del monto total o máximo de éste.

2.- Se deberán determinar en función de los bienes o servicios no entregados o prestados oportunamente.

3.- En operaciones en que se pactare ajuste de precios, la penalización se calculará sobre el precio ajustado.

4.- Dichas deducciones deberán calcularse hasta la fecha en que materialmente se cumpla la obligación y sin que cada concepto de deducciones exceda a la parte proporcional de la garantía de cumplimiento que le corresponda del monto total del contrato.

5.- Los montos a deducir se deberán aplicar en la factura que el proveedor presente para su cobro, inmediatamente después de que el Área requirente tenga cuantificada la deducción correspondiente.

6.- **“EL PROVEEDOR”** cubrirá las cuotas compensatorias a que, pudiere estar sujeta la importación de bienes objeto de un contrato, y en estos casos no procederán incrementos a los precios pactados, ni cualquier otra modificación al contrato.

7.- El límite de incumplimiento a partir del cual podrán cancelar total o parcialmente las partidas o conceptos no entregados, o bien rescindir el contrato en los términos del artículo 100 del reglamento, es del 10% (diez por ciento).

8.- Cuando **“EL PROVEEDOR”** solicite la rescisión del contrato ante la autoridad judicial federal y obtenga la declaración correspondiente al artículo 98 del Reglamento de la Ley.

9.- Cuando las garantías que presente **“EL PROVEEDOR”** no cumplan con los requisitos legales y contractuales establecidos de acuerdo con el tipo de garantía de que se trate o que las mismas no se hayan emitido con sujeción a las disposiciones legales aplicables.

10.- Cuando durante la vigencia del contrato o la garantía de cumplimiento reciba comunicado por parte del la COFEPRIS, de que ha sido sancionado el proveedor o se le ha revocado el Registro Sanitario.

11.- Cuando la deductiva al pago de bienes o servicios, por incumplimiento parcial o cumplimiento deficiente, respecto de las partidas o conceptos que integran el contrato hayan llegado al límite del 10% (diez por ciento) del monto total o máximo del mismo.

12.- En caso de que **“EL PROVEEDOR”** no reponga los bienes que le hayan sido devueltos para canje, por problemas de calidad, defectos o vicios ocultos, en los plazos estipulados en el presente contrato.

**DÉCIMA CUARTA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA.-** De conformidad con lo establecido en el artículo 54 Bis, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, **“EL INSTITUTO”** podrá dar por terminado anticipadamente el presente contrato sin responsabilidad para éste y sin necesidad de que medie resolución judicial alguna, cuando concurran razones de interés general o bien, cuando por causas justificadas se extinga la necesidad de requerir el servicio objeto del presente contrato, y se demuestre que de continuar con el cumplimiento de las obligaciones pactadas se ocasionaría algún daño o perjuicio a **“EL INSTITUTO”** o se determine la nulidad total o parcial de los actos que dieron origen al presente instrumento jurídico, con motivo de la resolución de una inconformidad emitida por la Secretaría de la Función Pública.

En estos casos **“EL INSTITUTO”** reembolsará a **“EL PROVEEDOR”** los gastos no recuperables en que haya incurrido, siempre que estos sean razonables, estén comprobados y se relacionen directamente con el presente instrumento jurídico.

**DÉCIMA QUINTA.- RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO.- “EL INSTITUTO”** podrá rescindir administrativamente el presente contrato en cualquier momento, cuando **“EL PROVEEDOR**” incurra en incumplimiento de cualquiera de las obligaciones a su cargo de conformidad con el procedimiento previsto en el artículo 54 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, **“EL INSTITUTO”** podrá suspender el trámite del procedimiento de rescisión, cuando se hubiera iniciado un procedimiento de conciliación respecto del contrato materia de la rescisión.

**DÉCIMA SEXTA.- CAUSAS DE RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO.- “EL INSTITUTO”** podrá rescindir administrativamente este contrato sin más responsabilidad para el mismo y sin necesidad de resolución judicial, cuando **“EL PROVEEDOR”** incurra en cualquiera de las causales siguientes:

* Cuando no entregue la garantía de cumplimiento del contrato, dentro del término de 10 (diez) días naturales posteriores a la firma del mismo.
* Cuando **“EL PROVEEDOR”** incurra en falta de veracidad total o parcial respecto a la información proporcionada para la celebración del contrato.
* Cuando se incumpla, total o parcialmente, con cualesquiera de las obligaciones establecidas en el contrato y sus anexos.
* Cuando se compruebe que **“EL PROVEEDOR”** haya prestado el servicio con alcances o características distintas a las aceptadas en esta licitación.
* Cuando se transmitan total o parcialmente, bajo cualquier título, los derechos y obligaciones a que se refieren la presente convocatoria, con excepción de los derechos de cobro, previa autorización de **“EL INSTITUTO”**.
* Si la autoridad competente declara el concurso mercantil o cualquier situación análoga o equivalente que afecte el patrimonio de **“EL PROVEEDOR”**.

**DÉCIMA SÉPTIMA.- PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN.-** Para el caso de rescisión administrativa las partes convienen en someterse al siguiente procedimiento:

a) Si **“EL INSTITUTO”** considera que **“EL PROVEEDOR”** ha incurrido en alguna de las causales de rescisión que se consignan en la Cláusula que antecede, lo hará saber a **“EL PROVEEDOR”** de forma indubitable por escrito a efecto de que éste exponga lo que a su derecho convenga y aporte, en su caso, las pruebas que estime pertinentes, en un término de 5 (cinco) días hábiles, a partir de la notificación de la comunicación de referencia.

b) Transcurrido el término a que se refiere el párrafo anterior, se resolverá considerando los argumentos y pruebas que hubiere hecho valer.

c) La determinación de dar o no por rescindido administrativamente el contrato, deberá ser debidamente fundada, motivada y comunicada por escrito a **“EL PROVEEDOR”**, dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes, al vencimiento del plazo señalado en el inciso a), de esta Cláusula.

En el supuesto de que se rescinda el contrato, **“EL INSTITUTO”** no aplicará las penas convencionales, ni su contabilización para hacer efectiva la garantía de cumplimiento de este instrumento jurídico.

Para los efectos del párrafo que antecede, y de conformidad con el artículo 103 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, la aplicación de la garantía de cumplimiento será proporcional al monto de las obligaciones incumplidas, salvo que por las características del servicio, éste no pueda ser utilizado por **“EL INSTITUTO”**, en cuyo caso, la aplicación será por el total de la garantía correspondiente.

En caso de que **“EL INSTITUTO”** determine dar por rescindido el presente contrato, se deberá formular un finiquito en el que se hagan constar los pagos que, en su caso, deba efectuar **“EL INSTITUTO”** por concepto del servicio prestado por **“EL PROVEEDOR”** hasta el momento en que se determine la rescisión administrativa.

Si previamente a la determinación de dar por rescindido el contrato, **“EL PROVEEDOR”** presta el servicio, el procedimiento iniciado quedará sin efectos, previa aceptación y verificación de **“EL INSTITUTO”** por escrito, de que continúa vigente la necesidad de contar con el servicio y aplicando, en su caso, las penas convencionales correspondientes.

**“EL INSTITUTO”** podrá determinar no dar por rescindido el contrato, cuando durante el procedimiento advierta que dicha rescisión pudiera ocasionar algún daño o afectación a las funciones que tiene encomendadas. En este supuesto, **“EL INSTITUTO**” elaborará un dictamen en el cual justifique que los impactos económicos o de operación que se ocasionarían con la rescisión del contrato resultarían más inconvenientes.

De no darse por rescindido el contrato, **“EL INSTITUTO”** establecerá, de conformidad con **“EL PROVEEDOR**” un nuevo plazo para el cumplimiento de aquellas obligaciones que se hubiesen dejado de cumplir, a efecto de que **“EL PROVEEDOR”** subsane el incumplimiento que hubiere motivado el inicio del procedimiento de rescisión. Lo anterior, se llevará a cabo a través de un convenio modificatorio en el que se considere lo dispuesto en los dos últimos párrafos del artículo 52 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

**DÉCIMA OCTAVA.- MODIFICACIONES.-** De conformidad con lo establecido en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento, **“EL INSTITUTO”** podrá celebrar por escrito convenio modificatorio al presente contrato dentro de la vigencia del mismo. Para tal efecto, **“EL PROVEEDOR”** se obliga a presentar, en su caso, la modificación de la garantía, en términos del artículo 103, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

**DÉCIMA NOVENA.- RELACIÓN DE ANEXOS.-** Los anexos que se citan a continuación son rubricados de conformidad por las partes y forman parte integrante del presente contrato.

**Anexo No. \_\_\_ (\_\_\_)** “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”

**VIGÉSIMA- LEGISLACIÓN APLICABLE.-** Las partes se obligan a sujetarse estrictamente para el cumplimiento del presente contrato, a todas y cada una de las cláusulas del mismo, a la convocatoria a la licitación pública, y sus bases, así como a lo establecido en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento, el Código Civil Federal, el Código Federal de Procedimientos Civiles, la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y las disposiciones administrativas aplicables en la materia.

**VIGÉSIMA PRIMERA.- JURISDICCIÓN.-** Para la interpretación y cumplimiento de este instrumento jurídico, así como para todo aquello que no esté expresamente estipulado en el mismo, las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales federales competentes de la Ciudad de Aguascalientes, renunciando a cualquier otro fuero presente o futuro que por razón de su domicilio les pudiera corresponder.

Previa lectura y debidamente enteradas las partes del contenido, alcance y fuerza legal del presente contrato, en virtud de que se ajusta a la expresión de su libre voluntad y que su consentimiento no se encuentra afectado por dolo, error, mala fe ni otros vicios de la voluntad, lo firman y ratifican en todas sus partes, por cuadruplicado, en la Ciudad de Aguascalientes, el día 04 de diciembre de 2014.

**"EL INSTITUTO" "EL PROVEEDOR"**

DIEGO MARTÍNEZ PARRA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DELEGADO ESTATAL Y REPRESENTANTE LEGAL REPRESENTANTE LEGAL

**"ÁREA CONTRATANTE" "ÁREA REQUIRENTE"**

LAE. JUAN MERCADO ORTEGA DR. ALFONSO MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

COORDINADOR DE ABASTECIMIENTO Y JEFE DE SERVICIOS MEDICOS

EQUIPAMIENTO

**"ADMINISTRA EL CONTRATO" "REPRESENTANTE TECNICO"**

NOMBRE ADMINISTRADOR NOMBRE REPRESENTANTE TECNICO

CARGO DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO CARGO DEL REPRESENTANTE TEC.

DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

EZG / OFRM /nga

Las firmas que anteceden, forman parte del contrato de prestación del **SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS** , celebrado entre el **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL** y la empresa , de fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2015, por un importe mínimo de , más el Impuesto al Valor Agregadoy un monto máximo de, más el Impuesto al Valor Agregado.

## ANEXO NÚMERO 12 (DOCE)

FORMATO PARA FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO

**(NOMBRE DE LA AFIANZADORA)**, EN EJERCICIO DE LA AUTORIZACIÓN QUE LE OTORGÓ EL GOBIERNO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, EN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 5° Y 6° DE LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS, SE CONSTITUYE FIADORA POR LA SUMA DE: **(ANOTAR EL IMPORTE QUE PROCEDA DEPENDIENDO DEL PORCENTAJE AL CONTRATO SIN INCLUIR EL IVA.)**-----

ANTE: EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, PARA GARANTIZAR POR (nombre o denominación social de la empresa). CON DOMICILIO EN (domicilio de la empresa), EL FIEL Y EXACTO CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO, DERIVADAS DEL CONTRATO DE (especificar que tipo de contrato, si es de adquisición, prestación de servicio, etc.) NÚMERO (número de contrato) DE FECHA (fecha de suscripción), QUE SE ADJUDICÓ A DICHA EMPRESA CON MOTIVO DEL (especificar el procedimiento de contratación que se llevó a cabo, licitación pública, invitación a cuando menos tres personas, adjudicación directa, y en su caso, el número de ésta), RELATIVO A (objeto del contrato); LA PRESENTE FIANZA, **TENDRÁ UNA VIGENCIA DE** **(se deberá insertar el lapso de vigencia que se haya establecido en el contrato)**, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO, ASÍ COMO DURANTE LA SUBSTANCIACIÓN DE TODOS LOS RECURSOS Y MEDIOS DE DEFENSA LEGALES QUE, EN SU CASO, SEAN INTERPUESTOS POR CUALQUIERA DE LAS PARTES Y HASTA QUE SE DICTE LA RESOLUCIÓN DEFINITIVA POR AUTORIDAD COMPETENTE; AFIANZADORA (especificar la institución afianzadora que expide la garantía), EXPRESAMENTE SE OBLIGA A PAGAR AL INSTITUTO LA CANTIDAD GARANTIZADA O LA PARTE PROPORCIONAL DE LA MISMA, POSTERIORMENTE A QUE SE LE HAYAN APLICADO AL (proveedor, prestador de servicio, etc.) LA TOTALIDAD DE LAS PENAS CONVENCIONALES ESTABLECIDAS EN LA CLÁUSULA (número de cláusula del contrato en que se estipulen las penas convencionales que en su caso deba pagar el fiado) DEL CONTRATO DE REFERENCIA, MISMAS QUE NO PODRÁN SER SUPERIORES A LA SUMA QUE SE AFIANZA Y/O POR CUALQUIER OTRO INCUMPLIMIENTO EN QUE INCURRA EL FIADO, ASÍ MISMO, LA PRESENTE GARANTÍA SOLO PODRÁ SER CANCELADA A SOLICITUD EXPRESA Y PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL; AFIANZADORA (especificar la institución afianzadora que expide la garantía), EXPRESAMENTE CONSIENTE: **A**) QUE LA PRESENTE FIANZA SE OTORGA DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO ARRIBA INDICADO; **B)** QUE EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL (proveedor, prestador de servicio, etc.), A CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO, EL INSTITUTO PODRÁ PRESENTAR RECLAMACIÓN DE LA MISMA DENTRO DEL PERIODO DE VIGENCIA ESTABLECIDO EN EL MISMO, E INCLUSO, DENTRO DEL PLAZO DE **DIEZ MESES**, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE EN QUE CONCLUYA LA VIGENCIA DEL CONTRATO, O BIEN, A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE EN QUE EL INSTITUTO NOTIFIQUE POR ESCRITO AL (proveedor, prestador de servicio, etc.), LA RESCISIÓN DEL INSTRUMENTO JURÍDICO; **C)** QUE PAGARÁ AL INSTITUTO LA CANTIDAD GARANTIZADA O LA PARTE PROPORCIONAL DE LA MISMA, POSTERIORMENTE A QUE SE LE HAYAN APLICADO AL (proveedor, prestador de servicio, etc.) LA TOTALIDAD DE LAS PENAS CONVENCIONALES ESTABLECIDAS EN LA CLÁUSULA (número de cláusula del contrato en que se estipulen las penas convencionales que en su caso deba pagar el fiado) DEL CONTRATO DE REFERENCIA, MISMAS QUE NO PODRÁN SER SUPERIORES A LA SUMA QUE SE AFIANZA Y/O POR CUALQUIER OTRO INCUMPLIMIENTO EN QUE INCURRA EL FIADO; **D)** QUE LA FIANZA SOLO PODRÁ SER CANCELADA A SOLICITUD EXPRESA Y PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL; **E)**  QUE DA SU CONSENTIMIENTO AL INSTITUTO EN LO REFERENTE AL ARTÍCULO 119 DE LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE SE AFIANZAN; **F)** QUE si es prorrogado el plazo establecido para EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, o exista espera, la vigencia de esta fianza quedarÁ AUTOMÁTICAMENTE prorrogada en concordancia con dicha prÓrroga o espera; **G)** QUE LA FIANZA CONTINUARÁ VIGENTE DURANTE LA SUBSTANCIACIÓN DE TODOS LOS RECURSOS Y MEDIOS DE DEFENSA LEGALES QUE, EN SU CASO, SEAN INTERPUESTOS POR CUALQUIERA DE LAS PARTES, HASTA QUE SE DICTE LA RESOLUCIÓN DEFINITIVA POR AUTORIDAD COMPETENTE, AFIANZADORA (especificar la institución afianzadora que expide la garantía), ADMITE EXPRESAMENTE SOMETERSE INDISTINTAMENTE, Y A ELECCIÓN DEL BENEFICIARIO, A CUALESQUIERA DE LOS PROCEDIMIENTOS LEGALES ESTABLECIDOS EN LOS ARTÍCULOS 93 Y/O 94 DE LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS EN VIGOR O, EN SU CASO, A TRAVÉS DEL PROCEDIMIENTO QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO 63 DE LA LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS VIGENTE. FIN DE TEXTO.