

CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 1

**ANEXO TÉCNICO DEL
"SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES"**

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	
ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL PRESTACIONES Y SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2

ÍNDICE DE ANEXO TÉCNICO

ANEXO 1.1	CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES.
ANEXO 1.2	RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS, EQUIPO MÉDICO, UNIDAD MÓVIL E INSUMOS.
ANEXO 1.3	FICHA TÉCNICA, MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL.
ANEXO 1.4	FICHA TÉCNICA DE INSUMOS
ANEXO 1.5	ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS
ANEXO 1.6	INFORME DIARIO
ANEXO 1.7	REPORTE MENSUAL
ANEXO 1.8	FORMATO FEDERAL CÁNCER DE MAMA
ANEXO 1.9	FORMATO DE ESTUDIOS
ANEXO 1.10	SEGUIMIENTO A REPORTE DE INSUMOS PARA LA SALUD
ANEXO 19	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA

Handwritten signature

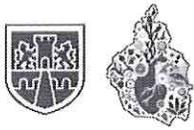
Handwritten signature
Página 1



2025
Año de
La Mujer Indígena



70 AÑOS
DE LA FUNDACIÓN DE
TENOCHTITLAN



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2

1. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

EL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES DEBE CONSIDERAR; EQUIPO DE MASTOGRAFÍA DIGITAL, PLANTAS DE LUZ PARA CADA SEDE QUE SE PRESENTEN, MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS DESCRITOS EN LOS ANEXOS: **ANEXO 1.1 CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES, ANEXO 1.2 RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS, EQUIPO MÉDICO, UNIDAD MÓVIL E INSUMOS, ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA, MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL Y ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS**, TOMA DE MASTOGRAFÍAS, INTERPRETACIÓN DE MASTOGRAFÍA, ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (ULTRASONIDO Y PROYECCIONES ADICIONALES DE MASTOGRAFÍA) Y TOMA DE BIOPSIA.

EL LICITANTE SOLO PODRÁ OFERTAR UNA PROPUESTA POR FICHA TÉCNICA, GARANTIZARÁ LAS COMPATIBILIDADES DE LAS REFACCIONES, ACCESORIOS Y CONSUMIBLES CON EL EQUIPO EN PRÉSTAMO PERMANENTE.

TANTO LAS UNIDADES MÓVILES, EQUIPOS DE MASTOGRAFÍA, PERSONAL OPERATIVO Y DE SERVICIO OFERTADOS EN LA PROPUESTA TÉCNICA, **DEBERÁN SER LOS MISMOS QUE PROPORCIONEN EL SERVICIO INTEGRAL** EN CASO DE SER ADJUDICADOS. **CUALQUIER CAMBIO** TENDRÁ QUE ENVIARSE A LA DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SUMINISTROS **PARA SER NUEVAMENTE EVALUADOS** POR EL ÁREA TÉCNICA Y ASÍ SEGUIR EN CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO INTEGRAL.

EL SERVICIO INTEGRAL CONTEMPLA:

1. **TOMA DE MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE:** SE REALIZARÁN DOS PROYECCIONES BASALES POR CADA MAMA; UNA CRÁNEO CAUDAL (CC0°) Y MEDIO LATERAL OBLICUA (MLO 30°-60°)
2. **INTERPRETACIÓN E IMPRESIÓN DE RESULTADOS:** SEGÚN LA ÚLTIMA CLASIFICACIÓN DEL BIRADS;
3. **ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:** INCLUYENDO ULTRASONIDOS, PROYECCIONES ADICIONALES DE MASTOGRAFÍA Y/O BIOPSIA CUANDO SEA NECESARIO
4. **REPETICIÓN DE IMÁGENES O ESTUDIOS INADECUADOS;** CUANDO SEA NECESARIO;
5. **CAPTURA DE DATOS EN SICAM;**
6. **UTILIZACIÓN DE FORMATOS OFICIALES Y LLENADO DE REPORTE:**
 - a. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO DE "VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL CÁNCER DE MAMA (ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA);
 - b. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO OFICIAL DE "CASO PROBABLE Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA";
 - c. REPORTE DE PRODUCTIVIDAD SEMANAL Y MENSUAL POR SEDE Y POR UNIDAD MÓVIL;
 - d. REPORTE DE MASTOGRAFÍAS CON RESULTADOS BIRADS DEL 0, 1, 2, 3, 4 Y 5;
 - e. REPORTE DE MASTOGRAFÍAS CON SEGUIMIENTO BIRADS 0, 3, 4 Y 5;
7. **IMPLEMENTACIÓN DE UN BUZÓN** EN LAS UNIDADES MÓVILES PARA RECIBIR QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES.

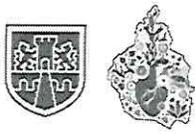
CON RESPECTO A LOS **ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:** COMO ULTRASONIDOS, PROYECCIONES ADICIONALES DE MASTOGRAFÍA Y/O BIOPSIA CUANDO SEAN NECESARIAS, ESTOS TENDRÁN UN COSTO INDEPENDIENTE AL DE LAS MASTOGRAFÍAS DIGITALES REALIZADAS EN LAS UNIDADES MÓVILES. PARA MÁS DETALLES, CONSULTE EL **ANEXO 1.2**

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

Página 2





UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993

ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES

FOLIO DMTI: 115-2024 V-2

EQUIPOS MÉDICOS:

LOS EQUIPOS QUE SE PROPONGAN DEBERÁN **SER FUNCIONALMENTE NUEVOS**, CON TECNOLOGÍA DE VANGUARDIA. EL LICITANTE SE COMPROMETE A LA INSTALACIÓN DE EQUIPOS CON ANTIGÜEDAD NO MAYOR A CINCO AÑOS. PRESENTANDO EL CERTIFICADO DE ORIGEN EN EL QUE SE SEÑALE LA FECHA DE FABRICACIÓN DEL EQUIPO, EN LA PROPUESTA TÉCNICA.

NO SE ACEPTARÁN PROPUESTAS DE EQUIPOS RECONSTRUIDOS, NI CORRESPONDIENTES A SALDOS O REMANENTES QUE OSTENTEN LAS LEYENDAS "ONLY EXPORT" NI "ONLY INVESTIGATION", DESCONTINUADOS, POR DESCONTINUARSE, O QUE NO SE AUTORICE SU USO EN EL PAÍS DE ORIGEN, QUE HAYAN SIDO MOTIVO DE ALERTAS MÉDICAS O DE SANCIONES POR PARTE DE LAS AUTORIDADES MEXICANAS O DE CUALQUIER OTRO PAÍS.

NO SE ACEPTARÁN EQUIPOS DE ORIGEN CHINO.

2. PERIODO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SE LLEVARÁ A CABO A PARTIR DEL SIGUIENTE DÍA HÁBIL DE LA FECHA DE ADJUDICACIÓN HASTA EL 31 DE DICIEMBRE 2025.

3. LUGARES Y CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

LUGAR DE ENTREGA: DONDE INDIQUE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS.

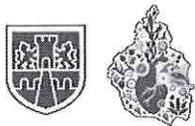
4. GARANTÍAS DEL SERVICIO INTEGRAL

EL PROVEEDOR QUEDARÁ OBLIGADO A RESPONDER POR LOS DEFECTOS, VICIOS OCULTOS Y LA MALA CALIDAD DEL SERVICIO MOTIVO DEL PRESENTE PROCESO DE ADJUDICACIÓN, ASÍ COMO DE LOS MATERIALES O PRODUCTOS QUE UTILICE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DE CUALQUIER OTRA RESPONSABILIDAD EN QUE INCURRA, EN LOS TÉRMINOS DEL CONTRATO CORRESPONDIENTE.

EL OFERENTE DEBERÁ INTEGRAR EN LA PROPUESTA TÉCNICA POR ESCRITO EN PAPEL MEMBRETADO DEL OFERENTE LA CARTA GARANTÍA DEL SERVICIO INTEGRAL, EL NO INCLUIRLA, SERÁ MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN.

EL PROVEEDOR ADJUDICADO, DEBERÁ ENTREGAR LA CARTA GARANTÍA EN ORIGINAL EN LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS, AL MOMENTO DE FIRMAR EL CONTRATO.

EN CASO DE QUE, DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, EL PERSONAL A CARGO DEL PROVEEDOR LLEGARÉ A INCURRIR EN RESPONSABILIDAD POR DOLO, ERROR, NEGLIGENCIA Y/O IMPERICIA, EL PROVEEDOR DEBERÁ RESPONDER Y RESARCIR LOS DAÑOS Y PERJUICIOS CAUSADOS A LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO O A TERCEROS, Y EN ESTE ÚLTIMO CASO DEBIENDO EXIMIR A ESTA SECRETARÍA, DE CUALQUIER RECLAMACIÓN POR TAL CONCEPTO.



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2

EL OFERENTE GARANTIZARÁ QUE LOS INSUMOS UTILIZADOS CORRESPONDAN A LO SOLICITADO, MISMOS QUE DEBERÁN ENTREGARSE DE CONFORMIDAD A LAS NORMAS VIGENTES, EN CASO DE QUE DE DICHO MATERIAL NO SE ENCUENTRE EN CONDICIONES PARA SU ÓPTIMA UTILIZACIÓN ESTE SERÁ MOTIVO DE CANJE POR EL OFERENTE SIN COSTO PARA SEDESA.

5. MUESTRAS

EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR **MUESTRAS FÍSICAS ÚTILES DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS, NO CADUCAS** DE LOS RENGLONES SEÑALADOS A CONTINUACIÓN, EN UN HORARIO DE 10:00 A 12:00 HRS. EN TORRE INSIGNIA, EXPLANADA, EN LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS. PARA ELLO DEBERÁ, LLEVAR IMPRESO EL **ANEXO 1.5 ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS**, EN ORIGINAL Y COPIA EL CUAL SE FIRMARÁ DE ACUSE Y SE SELLARÁ POR LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS. ESTE DOCUMENTO DEBERÁ SER PRESENTADO EN ORIGINAL JUNTO CON LA PROPUESTA TÉCNICA, DE NO INTEGRARLO SERÁ MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN.

LAS MUESTRAS DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS, SON DE CARÁCTER DEVOLUTIVO, SE EVALUARÁN EN EL MOMENTO REGRESÁNDOSE A LOS OFERENTES. POR LO QUE DEBERÁ ASISTIR EL ESPECIALISTA DE PRODUCTO.

- i. SERÁ NECESARIO QUE SE PRESENTE DE MANERA OBLIGATORIA, LAS DOCE TÉCNICAS RADIÓLOGAS, ASIGNADAS A LAS UNIDADES MÓVILES PARA EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS. PARA ELLO ES NECESARIO QUE CADA UNA DE ELLAS TRAIGAN UN DISPOSITIVO CON CONEXIÓN A INTERNET Y CON POSIBILIDAD DE REALIZAR LECTURA DE CÓDIGOS QR.
- ii. SE DEBERÁ PRESENTAR DE MANERA OBLIGATORIA LAS DOCE CARPETAS EJECUTIVAS DE LAS UNIDADES MÓVILES ASIGNADAS A ESTE SERVICIO INTEGRAL, EN CUMPLIMIENTO A LA NOM-229-SSA1-2002.

LAS MUESTRAS DEBERÁN SER IDENTIFICADAS CON UNA ETIQUETA INDICANDO:

1. NOMBRE DE LA EMPRESA.
2. NÚMERO DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN.
3. NÚMERO DE RENGLÓN Y DESCRIPCIÓN MARCA Y LUGAR DE PROCEDENCIA DEL INSUMO.
4. LA ETIQUETA DEBERÁ ESTAR PERFECTAMENTE ADHERIDA A LA MUESTRA, EL ÁREA USUARIA NO SE HARÁ RESPONSABLE SI EN LA EVALUACIÓN NO SE ENCUENTRA LA MUESTRA IDENTIFICADA.
5. CON LA FINALIDAD DE VERIFICAR QUE LAS MUESTRAS CUMPLAN CON LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS, DICHAS MUESTRAS DEBERÁN CUMPLIR CON EL ETIQUETADO DE DISPOSITIVOS DE LA NOM -137-SSA1-2008, EN EL EMPAQUE PRIMARIO Y/O SECUNDARIO, CON LA FINALIDAD DE NO TENER QUE ABRIR LOS MISMOS.

EVALUACIÓN DE MUESTRAS

NO.	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN
1	UNIDAD MÓVIL EQUIPADA CON MASTOGRAFO Y EQUIPO DE APOYO	PIEZA	1	


 Página 4



CIUDAD DE MÉXICO
 CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO		PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993			
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES			FOLIO DMTI: 115-2024 V-2		
2	GUANTES PARA EXPLORACIÓN AMBIDIESTRO, NO ESTÉRILES, DE LÁTEX, DESECHABLES TAMAÑO CHICO	PIEZA	1		
3	GUANTES PARA EXPLORACIÓN AMBIDIESTRO, NO ESTÉRILES, DE LÁTEX, DESECHABLES TAMAÑO MEDIANO	PIEZA	1		
4	GUANTES PARA EXPLORACIÓN AMBIDIESTRO, NO ESTÉRILES, DE LÁTEX, DESECHABLES TAMAÑO GRANDE	PIEZA	1		
5	BATAS DESECHABLES PARA PACIENTE,	PIEZA	1		
6	TOALLAS HÚMEDAS, HIDRATANTES, ADICIONADAS CON HUMECTANTES Y EMOLIENTES, DERMATOLÓGICAMENTE PROBADAS, ELABORADA DE FIBRAS NATURALES, LIBRE DE ALCOHOL Y PARABENOS	PIEZA	1		
7	GEL ANTISÉPTICO PARA MANOS QUE NO REQUIERE ENJUAGUE, FORMULADO A BASE DE ALCOHOL ETÍLICO DE 60-80% W/W ADICIONADO CON HUMECTANTES Y EMOLIENTES, HIPOALERGÉNICO	PIEZA	1		
8	EJEMPLO DE LAS DOS ETIQUETAS CON DATOS DE UN EQUIPO, UNA ETIQUETA VERDE DE FECHA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y ETIQUETAS COLOR BLANCO CON CÓDIGO QR, LOS DATOS NO DEBEN IR A UNA PÁGINA WEB	PIEZA	1		
9	CARPETA EJECUTIVA POR CADA UNIDAD MÓVIL, CONFORME AL NUMERAL 23 DEL PRESENTE ANEXO TÉCNICO.	PIEZA	12		
10	ASISTENCIA DE LAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS ASIGNADAS A LAS UNIDADES MÓVILES	PERSONAL	12		

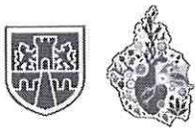
EL ACCESO A LA TORRE INSIGNIA SERÁ DE LA SIGUIENTE FORMA:

- EL REGISTRO DE LOS OFERENTES SERÁ LLEVADO EN LA TORRE INSIGNIA EN UN HORARIO DE 10:00 A 12:00 HRS, DESPUÉS DEL HORARIO ESTABLECIDO NO SE PERMITIRÁ EL REGISTRO Y POR ENDE NO PODRÁN ENTREGAR MUESTRAS.
- EL PERSONAL DE LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS ASIGNADO AL REGISTRO, DARÁ ACCESO EN EL ORDEN EN QUE SE HAYAN REGISTRADO, EL ACCESO SERÁ DE UN PROVEEDOR A LA VEZ.
- LOS OFERENTES DEBERÁN PORTAR CUBREBOCAS EN TODO MOMENTO COMO MEDIDA OBLIGATORIA DE SEGURIDAD E HIGIENE, ASÍ COMO UNA IDENTIFICACIÓN OFICIAL.

6. VISITAS A LAS INSTALACIONES DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS

NO APLICA PARA ESTE PROCEDIMIENTO





UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2

7. PROPUESTA TÉCNICA: FORMATO MIXTO (IMPRESA Y ELECTRÓNICA) E HIPERVINCULADO

LA PROPUESTA TÉCNICA DEBERÁ PRESENTARSE DE MANERA **MIXTA E HIPERVINCULADA**; EN FORMATO **IMPRESO Y ELECTRÓNICO**. SE ENTREGARÁN TRES FORMATOS: **PDF, EXCEL EDITABLE E IMPRESA**, E LA SIGUIENTE MANERA.

EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR EL **ANEXO 19 FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA** DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES, JUNTO CON LOS: **ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA, MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL Y ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS**. ESTOS DOCUMENTOS DEBERAN ENTREGARSE TANTO EN FORMATO ELECTRÓNICO EXCEL EDITABLE Y PDF COMO IMPRESO, EN PAPEL MEMBRETADO DEL OFERENTE Y FIRMADOS POR EL REPRESENTANTE LEGAL. LA FALTA DE PRESENTACIÓN DE ESTOS DOCUMENTOS SERÁ MOTIVO DE RECHAZO DE LA PROPUESTA.

SE VERIFICARÁ QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL **ANEXO 19 FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA** DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES, **ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA, MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL Y ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS**, SEA LA MISMA EN LOS TRES FORMATOS EXCEL, PDF E IMPRESO.

INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA ELECTRÓNICA (EXCEL EDITABLE Y PDF)

EL OFERENTE DEBE PRESENTAR UNA USB QUE CONTenga LA PROPUESTA TÉCNICA ELECTRÓNICA. ESTA DEBE INCLUIR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- A. **ANEXO 19 FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA** DEBIDAMENTE HIPERVINCULADA EN EL APARTADO III. DOCUMENTACIÓN EN EL FORMATO EXCEL EDITABLE.
- B. **ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA, MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL**
- C. **ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS.**

ESTOS DOCUMENTOS DEBEN ENTREGARSE EN FORMATO **EXCEL EDITABLE Y PDF**

PARA LAS FICHAS TÉCNICAS:

PARA LOS ANEXOS: **ANEXO 1.3 Y ANEXO 1.4** CADA PUNTO DE LA DESCRIPCIÓN DEL BIEN DEBE SER **REFERENCIADO** EN CATÁLOGOS, MANUALES, FOLLETOS, MANUAL DE USUARIO, INSTALACIÓN Y/O SERVICIO U OTRA INFORMACIÓN QUE RESPALDE LA DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO. **CUALQUIER PUNTO NO REFERENCIADO** SERÁ CONSIDERADO **COMO CARACTERÍSTICA NO CUMPLIDA** Y LA PROPUESTA SERÁ DESECHADA. SE DEBERÁ CONSIDERAR LO ESTABLECIDO EN LA(S) JUNTA (S) DE ACLARACIONES.

TODOS LOS DOCUMENTOS DE RESPALDO EN FORMATO ELECTRÓNICO DEBEN SER **COMPLETOS, ORIGINALES** Y EMITIDOS POR EL **FABRICANTE**.

LOS DOCUMENTOS COMO **LOS REGISTROS SANITARIOS, PRORROGAS, COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHOS, CARTA DE NO REQUERIMIENTO DE REGISTRO SANITARIO O COPIA DEL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, CERTIFICADOS,**

Handwritten signature and page number 'Página 6'.



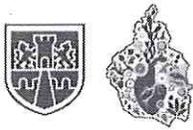


CIUDAD DE MÉXICO
 CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
CARTA DE APOYO, DEBERÁN ESTAR HIPERVINCULADOS Y REFERENCIADOS EN LOS ANEXOS, ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA, MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL Y ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS.	
NOTAS IMPORTANTES:	
<ul style="list-style-type: none"> i. LA SECRETARÍA NO SE HACE RESPONSABLE SÍ LA USB TIENE VIRUS, NO SE PUEDEN ABRIR LOS ARCHIVOS, CONTIENEN INFORMACIÓN INCOMPLETA O VACÍA. ii. EN LA USB, TODOS LOS DOCUMENTOS DEBEN ESTAR ORGANIZADOS EN CARPETAS, TANTO EN LA FICHA TÉCNICA COMO EN EL FORMATO DE PROPUESTA TÉCNICA. 	
PRESENTACIÓN PROPUESTA TÉCNICA IMPRESA:	
PROPUESTA TÉCNICA IMPRESA:	
LA PROPUESTA TÉCNICA IMPRESA DEBERÁ INCLUIR:	
<ul style="list-style-type: none"> A. ANEXO 19 "FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA", DEBIDAMENTE SIGNADO AUTÓGRAFAMENTE POR SU REPRESENTANTE LEGAL, <ul style="list-style-type: none"> • LOS DOCUMENTOS MENCIONADOS EN EL ANEXO 19 DEBEN SER ENTREGADOS EN COPIA SIMPLE U ORIGINAL SEGÚN CORRESPONDA, Y FIRMADOS AUTÓGRAFAMENTE POR EL REPRESENTANTE LEGAL 	
FICHAS TÉCNICAS IMPRESAS:	
LOS ANEXO 1.3 Y 1.4 DEBEN SER MPRESOS A PARTIR DE LA PROPUESTA ELECTRÓNICA EN FORMATO PDF Y FIRMADOS AUTÓGRAFAMENTE POR EL REPRESENTANTE LEGAL.	
SOLO SE IMPRIMIRÁN LAS HOJAS DE LOS CATÁLOGOS, MANUALES, FOLLETOS, MANUAL DE USUARIO, INSTALACIÓN Y/O SERVICIO U OTRA INFORMACIÓN QUE RESPALDE LA DESCRIPCIÓN DEL BIEN, CUALQUIER PUNTO NO REFERENCIADO SE CONSIDERARÁ COMO CARACTERÍSTICA NO CUMPLIDA Y SE DESECHARÁ LA PROPUESTA. SE DEBERÁ CONSIDERAR LO ESTABLECIDO EN LA(S) JUNTA (S) DE ACLARACIONES.	
SE DEBE PRESENTAR COPIA SIMPLE DE LOS REGISTROS SANITARIOS, PRORROGAS, COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHOS, CARTA DE NO REQUERIMIENTO DE REGISTRO SANITARIO O COPIA DEL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, CERTIFICADOS, LA CARTA DE APOYO SE INTEGRAN EN ORIGINAL, ASÍ COMO LOS DOCUMENTOS DE SOPORTE SOLICITADOS EN EL PUNTO 7.4 CARTA DE APOYO DE FABRICANTE SEGÚN LE APLIQUE.	
DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	
8. NORMAS	
ENTREGAR CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO AL CUMPLIMIENTO DE LAS SIGUIENTES NORMAS:	
8.1. LEY GENERAL DE SALUD;	



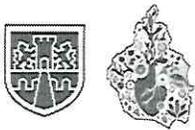
 Página 7



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<p>8.2. REGLAMENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD;</p> <p>8.3. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA;</p> <p>8.4. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA3-2010, QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS MINIMOS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS PARA LA ATENCION MEDICA DE PACIENTES AMBULATORIOS.</p> <p>8.5. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-012-STPS-1999 CONDICIONES DE SEGURIDAD E HIGIENE EN LOS CENTROS DE TRABAJO DONDE SE PRODUZCAN, USEN, MANEJEN, ALMACENEN O TRANSPORTEN FUENTES DE RADIACIONES IONIZANTES;</p> <p>8.6. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-015-SSA3-2012. ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD;</p> <p>8.7. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-016-SSA3-2012, QUE ESTABLECE LAS CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE HOSPITALES Y CONSULTORIOS DE ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA.</p> <p>8.8. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-026-NUCL-2011 VIGILANCIA MÉDICA DEL PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES;</p> <p>8.9. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-030-SSA3-2013. CARACTERÍSTICAS ARQUITECTÓNICAS PARA FACILITAR EL ACCESO, TRÁNSITO, USO Y PERMANENCIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD;</p> <p>8.10. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-037-SSA3-2016, PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS LABORATORIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA</p> <p>8.11. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-041-SSA2-2002, PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA.</p> <p>8.12. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-137-SSA1-2008, ETIQUETADO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS;</p> <p>8.13. NORMA OFICIAL MEXICANA 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;</p> <p>8.14. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-240-SSA1-2012, INSTALACIÓN Y OPERACIÓN DE LA TECNOVIGILANCIA;</p> <p>9. CERTIFICACIONES</p> <p>REGISTRO SANITARIO</p> <p>I. REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR LA COFEPRIS, ANVERSO Y REVERSO. CONFORME A LOS ARTÍCULOS 376 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, Y 190-BIS 6 DEL REGLAMENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD.</p> <p>II. REGISTRO SANITARIO VENCIDO EN CASO DE QUE EL REGISTRO SANITARIO NO SE ENCUENTRE DENTRO DEL PERIODO DE VIGENCIA DE 5 AÑOS, O SE ENCUENTRE DENTRO DE LOS 150 DÍAS NATURALES A SU VENCIMIENTO, DEBERÁ PRESENTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN, EN CASO DE NO PRESENTAR LA INFORMACIÓN COMPLETA, SE DESECHARÁ LA PROPUESTA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. COPIA SIMPLE DEL REGISTRO SANITARIO SOMETIDO A PRÓRROGA. 2. COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHOS. 3. COPIA SIMPLE DEL FORMATO DE SOLICITUD DEL REGISTRO SANITARIO SOMETIDO A PRÓRROGA EXPEDIDO POR LA COFEPRIS 4. CARTA EN HOJA MEMBRETADA Y FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO EN DONDE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTE QUE EL TRÁMITE DE PRÓRROGA DEL REGISTRO SANITARIO, DEL CUAL PRESENTA COPIA, FUE SOMETIDO EN TIEMPO Y FORMA, Y QUE EL ACUSE DE RECIBO PRESENTADO CORRESPONDE AL PRODUCTO SOMETIDO AL TRÁMITE DE PRÓRROGA. 	

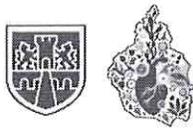
[Handwritten signature]

[Handwritten mark]



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<p>NOTA: LOS REGISTROS SANITARIOS DE LOS INSUMOS DEBERÁN PERMANECER VIGENTE DURANTE EL CONTRATO.</p> <p>III. CUANDO LOS INSUMOS NO REQUIERAN REGISTRO SANITARIO</p> <p>DEBERÁN PRESENTAR CARTA DE NO REQUERIMIENTO EMITIDO POR LA COFEPRIS O PRESENTAR COPIA DE LA PUBLICACIÓN DEL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DE FECHA 22 DE DICIEMBRE DE 2014 DONDE SE PUBLICÓ EL ACUERDO. EL CUAL DEBERÁ CORRESPONDER JUSTA, EXACTA Y CABALMENTE A LA DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO MISMO QUE DEBERÁ SER REFERENCIADO EN EL LISTADO PUBLICADO.</p> <p>CERTIFICADOS DE CALIDAD</p> <p>IV. CERTIFICADOS PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. REGISTROS INTERNACIONALES DE LIBRE VENTA DEL PAÍS DE ORIGEN: FDA Ó CE Ó JIS 2. CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN DE EQUIPO MÉDICO: ISO 13485:2016 <p>V. CERTIFICADOS PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. COPIA DEL CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS EXPEDIDO POR COFEPRIS: NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-241-SSA1-2012, BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS DEDICADOS A LA FABRICACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS. <p>10. OBLIGACIONES DEL SERVICIO INTEGRAL</p> <p>ESCRITO FIRMADO POR EL OFERENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL EN EL QUE SE COMPROMETE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO, A LO SIGUIENTE:</p> <p>COMPROMISOS GENERALES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CONOCER Y ACEPTAR LO SOLICITADO EN EL ANEXO 1.1 CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES. 2. NOTIFICAR A LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS, SOBRE LA EMISIÓN DE ALERTAS SANITARIAS INTERNACIONALES Y LAS ACCIONES CORRECTIVAS EN CASO DE QUE OCURRA UNA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO. 3. SUMINISTRAR TODOS LOS INSUMOS NECESARIOS PARA CUMPLIR CON EL RENDIMIENTO OFRECIDO EN LA PROPUESTA TÉCNICA, ASEGURANDO EL ABASTECIMIENTO PARA LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS DENTRO DE LOS HORARIOS DEFINIDOS POR LA SECRETARÍA. EN CASO DE ENTREGAR INSUMOS INCORRECTOS, DEFECTUOSOS O QUE PRESENTEN VICIOS OCULTOS, EL OFERENTE SE COMPROMETE A SUSTITUIRLOS DENTRO DE UN PLAZO MÁXIMO DE TRES HORAS APARTIR DEL HORARIO DEL SUCESO. 4. REALIZAR LAS MANIOBRAS EN VERTICAL Y HORIZONTAL PARA TODAS LAS UNIDADES MÓVILES. 5. A TENER EL MANUAL DE USUARIO DE LOS EQUIPOS EN LAS UNIDADES MÓVILES, ASÍ COMO EN LAS INSTALACIONES FIJAS. 6. ASEGURAR QUE EL PERSONAL MÉDICO Y/O TÉCNICO RESPONSABLE DE LA TOMA DE LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA DEBERÁN USAR EN TODO MOMENTO DOSÍMETRO. 	

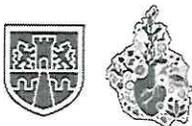
8
9



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<p>7. ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DEL USO, MANEJO Y CAPACITACIÓN RESPONSABILIDAD EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Y DOSIMETROS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.</p> <p>8. A PRESENTAR EN CADA UNIDAD MÓVIL LA CARPETA EJECUTIVA SOLICITADA EN EL NUMERAL 22 DEL PRESENTE ANEXO TÉCNICO.</p> <p>9. A RECIBIR LAS VISITAS DE SUPERVISIÓN EN CUALQUIER MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO POR PARTE DE LA CONVOCANTE Y/O DE LA DIRECCIÓN DE CÁNCER DE LA MUJER DEL CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA</p> <p>10. DEBERÁ ADJUNTAR EN LA PROPUESTA TÉCNICA, COPIA DEL MANUAL DE LA GARANTÍA DE CALIDAD INCLUYENDO: ORGANIGRAMA DEL COMITÉ.</p> <p>11. PRESENTAR EL CALENDARIO DE SESIONES DEL COMITÉ DE GARANTÍA DE CALIDAD, ASÍ COMO COPIA SIMPLE DE LA MINUTA DE LA ÚLTIMA SESIÓN</p> <p>DE LOS EQUIPOS MÉDICOS:</p> <p>12. SE COMPROMETE A INSTALAR EQUIPOS NUEVOS O FUNCIONALMENTE NUEVOS, CON TECNOLOGÍA DE PUNTA, ACEPTÁNDOSE COMO FECHA DE FABRICACIÓN MÁXIMA DE CINCO AÑOS, Y PRESENTANDO UNQA CARTA DEL FABRICANTE DONDE INDIQUE LOS AÑOS DE FABRICACIÓN, MARCA, MODELO Y NO. DE SERIE.</p> <p>13. NO OTORGAR EQUIPO RECONSTRUIDO, RENOVADO, REACONDICIONADO, NI CORRESPONDIENTES A SALDOS O REMANENTES QUE OSTENTEN LAS LEYENDAS "ONLY EXPORT" NI "ONLY INVESTIGATION", DESCONTINUADOS, POR DESCONTINUARSE, O QUE NO SE AUTORICE SU USO EN EL PAÍS DE ORIGEN, QUE HAYAN SIDO MOTIVO DE ALERTAS MÉDICAS O DE SANCIONES POR PARTE DE LAS AUTORIDADES MEXICANAS O DE CUALQUIER OTRO PAÍS.</p> <p>14. NO SE ACEPTARÁN EQUIPOS DE ORIGEN CHINO.</p> <p>15. PRESENTAR LOS ÚLTIMOS CERTIFICADOS DE CUMPLIMIENTO CON LA NOM-229 SSA1-2002, EN FORMATO PDF REQUISITOS TÉCNICOS PARA LAS INSTALACIONES, RESPONSABILIDADES SANITARIAS, ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LOS EQUIPOS Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO CON RAYOS X. DE CADA UNO DE LOS MASTOGRAFOS PROPUESTOS, SE OBLIGA A LO SIGUIENTE:</p> <p>a. PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD. LAS PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD DEBEN LLEVARSE A CABO DURANTE LA INSTALACIÓN, DESPUÉS DE REALIZAR REPARACIONES AL EQUIPO Y DE MANERA RUTINARIA CON UNA FRECUENCIA DE 6 MESES. LLENANDO LA SIGUIENTE TABLA, MISMAS QUE DEBERÁ INCLUIR EN LA PROPUESTA TÉCNICA.</p> <p>SI LOS EQUIPOS SON NUEVOS, SE COMPROMETE A REALIZAR:</p> <p>b. DEBERÁ PRESENTAR UNA CARTA COMPROMISO QUE SE REALIZARÁN LAS PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD. LAS PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD DEBEN LLEVARSE A CABO DURANTE LA INSTALACIÓN, DESPUÉS DE REALIZAR REPARACIONES AL EQUIPO Y DE MANERA RUTINARIA CON UNA FRECUENCIA DE 6 MESES Y ENTREGARLAS UNA VEZ ENTREGADAS POR EL ASESOR A MÁS TARDAR DIEZ DÍAS POSTERIOR A LA ENTREGA DEL ASESOR A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS Y A LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS.</p> <p>DE LA UNIDAD MÓVIL:</p> <p>13. SE COMPROMETE A PROPORCIONAR VEHÍCULOS NUEVOS O FUNCIONALMENTE NUEVOS, ACEPTÁNDOSE COMO FECHA DE FABRICACIÓN MÁXIMA DE DIEZ AÑOS, PRESENTANDO COPIA DE FACTURA.</p>	

MP
10
Página



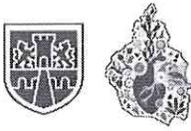


CIUDAD DE MÉXICO
 CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<ol style="list-style-type: none"> 14. ENTREGAR COPIA DE LAS VERIFICACIONES DEL AÑO CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA DEL CONTRATO, MÁXIMO A LOS DIEZ DÍAS DE HABERLA REALIZADO 15. ENTREGAR COPIA DEL PAGO DE TENENCIA DEL AÑO CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA DEL CONTRATO. 16. SE COMPROMETE A ENTREGAR CONSTANCIA DE REGISTRO REPUVE. 17. SE COMPROMETE A ENTREGAR COPIA DE SEGURO VEHICULAR. 18. EL OFERENTE CUBRIRÁ LOS GASTOS DE LA UNIDAD MÓVIL COMO LO SON: GASOLINA, MANTENIMIENTO, SERVICIO, TENENCIA, VERIFICACIÓN, SEGURO. 19. LA UNIDAD MÓVIL DEBERÁ PORTAR COMO MÍNIMO EN LA PARTE EXTERIOR DE AMBAS PORTEZUELAS DEL VEHÍCULO LOS EMBLEMAS QUE ESPECIFIQUEN CLARAMENTE LA ACTIVIDAD QUE PRESTAN Y LA INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECEN. 20. LAS UNIDADES MÓVILES DEBERÁN TENER LA CAPACIDAD PARA ESTABLECER UN ENLACE CON INTERNET. EL ENLACE SE REALIZARÁ MEDIANTE BANDA ANCHA (DE MÍNIMO 20 MHZ) O TELEFONÍA CELULAR. EN CASO DE FALLAS, LA UNIDAD ESTABLECERÁ EL ENLACE MEDIANTE EL APOYO DE ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES O INSTITUCIONALES QUE BRINDEN SERVICIOS DE INTERNET. 21. LAS UNIDADES MÓVILES DEBERÁN PRESENTARSE DE ACUERDO CON EL CRONOGRAMA DE RUTA POR PARTE DE LA SEDESA. 22. INTEGRAR EN LA PROPUESTA TÉCNICA EL LISTADO DE LAS DOCE UNIDADES ASIGNADAS A LA SEDESA, MENCIONANDO EL NÚMERO DE PLACAS, AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y LICENCIA SANITARIA CON AUTORIZACIÓN DE MASTOGRAFÍA DE CADA UNA DE ELLAS. 23. A QUE UNA VEZ ADJUDICADO EL SERVICIO SE DEBERÁ CONTAR CON CLAVE CLUES Y CLAVE SICAM QUE CORRESPONDA CON LA RAZÓN SOCIAL DEL LICITANTE, 24. CADA UNIDAD DEBERÁ TENER A LA VISTA, LA LICENCIA SANITARIA CORRESPONDIENTE AL IGUAL QUE EL AVISO DE FUNCIONAMIENTO. 	
<p>DEL GABINETE RADIOLÓGICO FIJO</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 25. TENER A LA VISTA, LA LICENCIA SANITARIA CORRESPONDIENTE AL IGUAL QUE EL AVISO DE FUNCIONAMIENTO. 26. A ASEGURAR EL ENVÍO Y EL RESULTADO DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO. 27. A QUE EL CONSULTORIO DESTINADO A LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE CÁNCER DE MAMA DEBE CUMPLIR CON LOS NUMERALES 7.1, 7.2, 7.6 Y 7.13.16 DE LA NOM-016-SSA3-2012. 28. A QUE EL CONSULTORIO DESTINADO A LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE CÁNCER DE MAMA DEBE CUMPLIR CON LOS REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE EQUIPAMIENTO Y MOBILIARIO SEGÚN LA NOM-005-SSA3-2010, NUMERALES 1.1.1 AL 1.1.7 Y DEL 1.1.9 AL 1.2.2 ASÍ COMO DEL 1.2.4 AL 1.2.6 DEL APÉNDICE NORMATIVO "A". 29. PRESENTAR EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS 30. EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO SERÁ EL NÚMERO DE VECES QUE SEA NECESARIO, INCLUYE REFACCIONES Y ACCESORIOS ORIGINALES Y MANO DE OBRA ESPECIALIZADA. 31. A CUMPLIR CON LAS PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD, COMO LO ESTABLECE LA 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. 	

[Handwritten signature]



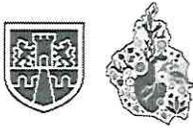


UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<p>DEL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA</p> <p>32. PRESENTAR EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO INCLUYENDO LA CALIBRACIÓN DE LOS EQUIPOS, COMO LO CITA LOS NUMERALES 6.5.3 Y 6.5.7 DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-037-SSA3-2016.</p> <p>11. CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE</p> <p>11.1. SI EL OFERENTE ES EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO CARTA DE APOYO SOLIDARIO ORIGINAL EN PAPEL MEMBRETADO DEL FABRICANTE, DONDE RESPALDE LA PROPUESTA TÉCNICA PARA EL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN.</p> <p>11.2. SI EL OFERENTE COMPRA DIRECTAMENTE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO (DISTRIBUIDOR PRIMARIO): CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRETADO DEL FABRICANTE Y /O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.</p> <p>11.2.1. CARTA DE APOYO SOLIDARIO EN PAPEL MEMBRETADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE RESPALDE LA PROPUESTA TÉCNICA PARA EL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN, Y</p> <p>11.2.2. CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRETADO DEL FABRICANTE Y /O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.</p> <p>11.3. SI EL OFERENTE COMPRA A UN DISTRIBUIDOR SECUNDARIO QUE COMPRA A UN "DISTRIBUIDOR PRIMARIO"</p> <p>11.3.1. CARTA DE APOYO SOLIDARIO DONDE EL "DISTRIBUIDOR PRIMARIO" RESPALDE LA PROPUESTA TÉCNICA PARA EL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN, Y ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS PROBATORIOS DE QUE EL DISTRIBUIDOR PRIMARIO REALIZA SUS COMPRAS DIRECTAMENTE DEL FABRICANTE O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.</p> <p>11.3.1.1. CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRETADO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. Ó</p> <p>11.3.1.2. DOCUMENTACIÓN PROBATORIA DEL ACUERDO O CONTRATO DE LA ASIGNACIÓN COMO DISTRIBUIDOR PRIMARIO EN MÉXICO POR PARTE DEL FABRICANTE.</p> <p>LAS CARTAS DE APOYO SOLIDARIO DEBERÁN, INCLUIR EL SIGUIENTE TEXTO, SEGÚN APLIQUE:</p> <p>A. SOLAMENTE EN CASO DE SER NUEVOS LOS EQUIPOS MÉDICOS:</p> <p>"SE MANIFIESTA QUE LOS BIENES QUE SE ENTREGARÁN SON NUEVOS, COMPROBABLES CON EL PEDIMENTO ADUANAL (EL CUAL SE PRESENTARÁ A LA ENTREGA DE LOS EQUIPOS), Y CORRESPONDEN A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL ANEXO 1.3. FICHA TÉCNICA, MASTOGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL, (MENCIONAR LOS EQUIPOS QUE RESPALDA EL FABRICANTE) DEL SERVICIO INTEGRAL DE ESTE PROCESO DE ADJUDICACIÓN (NÚMERO Y PROCESO DE ADQUISICIÓN) Y A LO ESTIPULADO EN LA(S) JUNTA(S) DE ACLARACIONES RESPECTIVA(S). DE IGUAL MANERA A BRINDAR TODOS LOS APOYOS QUE LA EMPRESA (NOMBRE DEL OFERENTE) REQUIERA PARA QUE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO, CUMPLA CON TODOS LOS</p>	

Handwritten signature in blue ink

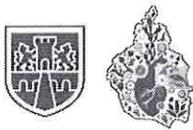
Handwritten mark in pink ink





UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<p>COMPROMISOS CONTRAÍDOS RESPECTO DEL SUMINISTRO, CANJES, INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN DE LOS BIENES E INSUMOS EN LAS FECHAS PACTADAS, ASÍ COMO LO RELATIVO A LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS O CORRECTIVOS Y GARANTÍA DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS ASÍ COMO DEL SERVICIO; A LA SUSTITUCIÓN DE BIENES QUE PRESENTEN VICIOS OCULTOS Y/O DEFECTOS DE FABRICACIÓN; A LA ASESORÍA TÉCNICA Y CAPACITACIÓN; ASÍ COMO A GARANTIZAR LA EXISTENCIA DE ACCESORIOS, REFACCIONES Y CONSUMIBLES NUEVOS Y ORIGINALES. POR UN PERÍODO MÍNIMO DE 5 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE LA PUESTA EN MARCHAS DE LOS BIENES INSTALADOS Y PUESTOS EN MARCHA A SATISFACCIÓN DE LA "CONVOCANTE".</p> <p>SE DEBE ANEXAR UNA CARTA DE APOYO POR CADA MARCA DE EQUIPOS PROPUESTOS PARA OTORGAR EL SERVICIO INTEGRAL.</p> <p>B. PARA LOS INSUMOS:</p> <p>"SE MANIFIESTA QUE LOS INSUMOS QUE SE ENTREGARÁN CORRESPONDEN A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS, (MENCIONAR LOS INSUMOS QUE RESPALDA EL FABRICANTE) DEL SERVICIO INTEGRAL DE ESTA PROCESO DE ADJUDICACIÓN (NÚMERO DE PROCESO DE ADJUDICACIÓN) Y A LO ESTIPULADO EN LA(S) JUNTA(S) DE ACLARACIONES RESPECTIVA(S). DE IGUAL MANERA A BRINDAR TODOS LOS APOYOS QUE LA EMPRESA (NOMBRE DEL OFERENTE) REQUIERA PARA QUE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO, CUMPLA CON TODOS LOS COMPROMISOS CONTRAÍDOS RESPECTO DEL SUMINISTRO Y CANJE DE ESTOS. ADEMÁS, QUE SE ENTREGARAN DEBIDAMENTE EMBALADOS Y EMPACADOS. EL EMPAQUE SERÁ EL QUE GARANTICE SU CALIDAD, INTEGRIDAD, CONSERVACIÓN Y CONTROL DE TEMPERATURA".</p> <p>SE DEBE ANEXAR UNA CARTA DE APOYO POR MARCA DE INSUMOS PROPUESTOS PARA OTORGAR EL SERVICIO INTEGRAL</p> <p>12. EXPERIENCIA DE LA EMPRESA:</p> <p>EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR UN CURRÍCULUM EMPRESARIAL INCLUYENDO LISTA DE CLIENTES DONDE HAYA REALIZADO SERVICIO INTEGRAL OBJETO DE ESTA PROCESO DE ADJUDICACIÓN EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR, EL CUAL DEBE CONTENER POR LO MENOS, NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO ACTUALIZADO DEL CLIENTE. SE DEBERÁ INCLUIR AL MENOS 2 CONTRATOS DONDE INCLUYAN EL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES EN FORMATO PDF, QUE SE HAYAN CELEBRADO CON OTRAS INSTITUCIONES PERTENECIENTES AL SECTOR PÚBLICO, PRIVADO Y/O SOCIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, CON UN PERÍODO NO MAYOR A TRES AÑOS; ASÍ COMO UNA CARTA DE RECOMENDACIÓN POR CONTRATO PRESENTADO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CONTRATOS. NO SE ACEPTAN CONTRATOS EN LO QUE LOS SERVICIOS SE ENTREGUEN POR UN TERCERO.</p> <p>13. EXPERIENCIA DE LOS INGENIEROS DE SERVICIO.</p> <p>DE LAS UNIDADES MÓVILES:</p> <p>ESCRITO FIRMADO POR EL LICITANTE O SU REPRESENTANTE LEGAL QUE CONTENGA LA LISTA DEL PERSONAL DE INGENIERÍA QUE LLEVARÁ A CABO EL SERVICIO TÉCNICO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LOS</p>	

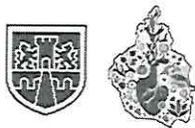
[Handwritten signature and initials in blue and pink ink]



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
EQUIPOS MÉDICO DE LAS UNIDADES MÓVILES, CONSIDERANDO QUE ESTE DEBE SER AUTORIZADO Y/O CERTIFICADO POR EL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO , PARA LO ANTERIOR DEBERÁ ENTREGAR LO SIGUIENTE:	
<p>13.1. CURRÍCULUM VITAE (MÁXIMO 1 CUARTILLA) DEL PERSONAL QUE SE ENLISTA, CON EXPERIENCIA MÍNIMA DE CINCO AÑOS DE EQUIPO MÉDICO DE LAS PARTIDAS OFERTADAS.</p> <p>13.2. COPIA DE LA CÉDULA PROFESIONAL Y/O TÍTULO ACADÉMICO.</p> <p>13.3. CERTIFICADOS O DIPLOMAS DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL POR PARTE DEL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO, EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE PARA COTEJO DONDE SE INDIQUE EL MODELO DE LOS EQUIPOS OFERTADOS.</p> <p>13.4. COPIA LEGIBLE DE DOCUMENTO DEBIDAMENTE MEMBRETADO DE POR LO MENOS UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA A LA CUAL SE LE HAYA PRESTADO EL SERVICIO, DONDE SE DEMUESTRE QUE EL(LOS) INGENIERO(S) Y/O TÉCNICO(S) REALIZÓ EN AÑOS ANTERIORES (MÁXIMO TRES AÑOS) EL SERVICIO DE ASISTENCIA Y/O MANTENIMIENTO A EQUIPO MÉDICO OBJETO DE ESTA PROCESO DE ADJUDICACIÓN.</p>	
14. EXPERIENCIA DEL PERSONAL MÉDICO OPERATIVO PARA TOMA DE MASTOGRAFÍA EN LAS DOCE UNIDADES MÓVILES.	
<p>ESCRITO FIRMADO POR EL LICITANTE O SU REPRESENTANTE LEGAL QUE CONTENGA LA LISTA DEL PERSONAL OPERATIVO QUE LLEVARÁ A CABO LA OPERACIÓN DE LAS UNIDADES MÓVILES. PARA LO ANTERIOR DEBERÁ ENTREGAR LO SIGUIENTE:</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. DOCE MÉDICOS ESPECIALISTAS RESPONSABLE DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO <ol style="list-style-type: none"> 1.1. CURRÍCULUM VITAE 1.2. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO. 1.3. TÍTULO Y CÉDULA DE ESPECIALIDAD EN RADIOLOGÍA. 1.4. CERTIFICADO O RECERTIFICACIÓN VIGENTE DE RADIOLOGÍA E IMAGEN EMITIDO POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN. 1.5. CERTIFICADO O RECERTIFICACIÓN VIGENTE DE ESPECIALIDAD EN MAMA EMITIDO POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN 1.6. COMPROBANTE DE CURSO EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO (POE) 1.7. LA PRODUCTIVIDAD MÁXIMA POR MÉDICO RADIÓLOGO SERÁ DE 48 MASTOGRAFÍAS POR TURNO DE 8 HORAS. 2. CAPTURISTAS DOCE MUJERES, UNA CAPTURISTA PARA CADA UNIDAD MÓVIL <ol style="list-style-type: none"> 2.1. CURRÍCULUM VITAE 2.2. CERTIFICADO DE PREPARATORIA O TÉCNICA. 2.3. CON CAPACIDAD DE DAR INFORMACIÓN, ATENCIÓN AMABLE, CORDIAL, RESPETUOSA Y TRATO DIGNO A LAS USUARIAS. 2.4. DESTREZAS; BASES DE DATOS, ALTO SENTIDO DE RESPONSABILIDAD Y HONORABILIDAD, APTITUDES PARA EL DESEMPEÑO DEL PUESTO Y CAPACIDAD PARA ESTABLECER ADECUADAS RELACIONES HUMANAS. 3. PROMOTORA DE SALUD DOCE MUJERES UNA PROMOTORA DE SALUD PARA CADA UNIDAD MÓVIL <ol style="list-style-type: none"> 3.1. CURRÍCULUM VITAE 3.2. EXCELENTE PRESENTACIÓN 3.3. CERTIFICADO DE BACHILLERATO CONCLUIDO (PREFERENTE LICENCIATURA) 	

Handwritten signature in blue ink.

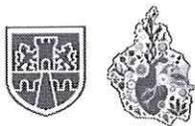




UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<p>3.4. EXPERIENCIA MÍNIMO 1 AÑO EN PUESTO SIMILAR</p> <p>3.5. PROMOCIONANDO JORNADAS DE SALUD Y LA PARTICIPACIÓN DE LA GENTE EN LAS MISMAS.</p> <p>3.6. DISPONIBILIDAD DE HORARIO</p> <p>3.7. COMPETENCIAS: CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS</p> <p>3.8. FACILIDAD DE PALABRA</p> <p>3.9. EXCELENTE ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO</p> <p>3.10. TRABAJO EN EQUIPO</p> <p>3.11. CONTACTO DIRECTO CON PROFESIONALES DE LA SALUD Y/O ASISTENTES MÉDICOS.</p> <p>4. TÉCNICAS RADIÓLOGAS. DOCE MUJERES, UNA TÉCNICA PARA CADA UNIDAD MÓVIL</p> <p>4.1. CURRÍCULUM VITAE CON EXPERIENCIA MÍNIMA DE UN AÑO EN MASTOGRAFÍA</p> <p>4.2. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE TÉCNICO RADIÓLOGO PROFESIONAL EXPEDIDO POR UNA INSTITUCIÓN ACADÉMICA RECONOCIDA.</p> <p>4.3. CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN TOMA DE MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE (POSICIONAMIENTO PARA MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE Y DE DIAGNÓSTICO, USO DE LOS EQUIPOS DE MASTOGRAFÍA, USO DEL CONTROL AUTOMÁTICO DE EXPOSICIÓN Y CONTROL DE CALIDAD).</p> <p>4.4. COMPROBANTE DE CURSO EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO (POE)</p> <p>5. OPERADOR DE LA UNIDAD MÓVIL. UN OPERADOR POR CADA UNIDAD MÓVIL (DOCE OPERADORES)</p> <p>5.1. CURRÍCULUM VITAE.</p> <p>5.2. LICENCIA DE CONDUCTOR VIGENTE</p> <p>5.3. EXPERIENCIA MÍNIMA 1 AÑO.</p> <p>15. EXPERIENCIA DEL PERSONAL MÉDICO OPERATIVO PARA TOMA DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS EN EL GABINETE RADIOLÓGICO FIJO EN LA CIUDAD DE MÉXICO.</p> <p>ESCRITO FIRMADO POR EL LICITANTE O SU REPRESENTANTE LEGAL QUE CONTENGA LA LISTA DEL PERSONAL OPERATIVO QUE LLEVARÁ A CABO LA OPERACIÓN DEL GABINETE RADIOLÓGICO FIJO. PARA LO ANTERIOR DEBERÁ ENTREGAR LO SIGUIENTE:</p> <p>1. UN MÉDICO ESPECIALISTA RESPONSABLE DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO</p> <p>1.1. CURRÍCULUM VITAE CON AL MENOS 3 AÑOS DE EXPERIENCIA EN BIOPSIAS.</p> <p>1.2. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.</p> <p>1.3. TÍTULO Y CÉDULA DE ESPECIALIDAD EN RADIOLOGÍA.</p> <p>1.4. CERTIFICADO O RECERTIFICACIÓN VIGENTE DE RADIOLOGÍA E IMAGEN EMITIDO POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN.</p> <p>1.5. CERTIFICADO O RECERTIFICACIÓN VIGENTE DE ESPECIALIDAD EN MAMA EMITIDO POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN.</p> <p>1.6. COMPROBANTE DE CURSO EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO (POE).</p> <p>2. TÉCNICA RADIÓLOGA.</p> <p>2.1. CURRÍCULUM VITAE CON EXPERIENCIA MÍNIMA DE UN AÑO EN MASTOGRAFÍA</p>	

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<p>2.2. CÉDULA PROFESIONAL Y TÍTULO DE TÉCNICO RADIÓLOGO PROFESIONAL EXPEDIDO POR UNA INSTITUCIÓN ACADÉMICA RECONOCIDA.</p> <p>2.3. CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN TOMA DE MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE (POSICIONAMIENTO PARA MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE Y DE DIAGNÓSTICO, USO DE LOS EQUIPOS DE MASTOGRAFÍA, USO DEL CONTROL AUTOMÁTICO DE EXPOSICIÓN Y CONTROL DE CALIDAD).</p> <p>2.4. COMPROBANTE DE CURSO EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO (POE)</p>	
<p>16. EXPERIENCIA DEL PERSONAL MÉDICO OPERATIVO PARA ANATOMÍA PATOLÓGICA.</p> <p>ESCRITO FIRMADO POR EL LICITANTE O SU REPRESENTANTE LEGAL QUE CONTENGA LA LISTA DEL PERSONAL OPERATIVO QUE LLEVARÁ A CABO EL ESTUDIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DE LAS BIOPSIAS. PARA LO ANTERIOR DEBERÁ ENTREGAR LO SIGUIENTE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. MÉDICO ESPECIALISTA EN PATOLOGÍA <ol style="list-style-type: none"> 1.1. CURRÍCULUM VITAE CON EXPERIENCIA DE AL MENOS 3 AÑOS EN PATOLOGÍA MAMARIA. 1.2. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO. 1.3. TÍTULO Y CÉDULA DE ESPECIALIDAD EN PATOLOGÍA. 1.4. CERTIFICADO O RECERTIFICACIÓN VIGENTE POR EL CONSEJO MEXICANO DE LA ESPECIALIDAD O POR UNA INSTITUCIÓN DE SALUD O ACADÉMICA RECONOCIDA PARA LA PRÁCTICA EN ANATOMOPATOLOGÍA. 	
<p>17. EXPERIENCIA DEL PERSONAL MÉDICO OPERATIVO PARA TOMA DE MASTOGRAFÍA EN LAS DOCE UNIDADES MÓVILES. PERSONAL SUPLENTE QUE CUBRIRA, DESCANSO, VACACIONES E INCAPACIDAD</p> <p>ESCRITO FIRMADO POR EL LICITANTE O SU REPRESENTANTE LEGAL QUE CONTENGA LA LISTA DEL PERSONAL OPERATIVO QUE LLEVARÁ A CABO LA OPERACIÓN DE LAS UNIDADES MÓVILES. PARA LO ANTERIOR DEBERÁ ENTREGAR LO SIGUIENTE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. MÉDICOS ESPECIALISTAS RESPONSABLE DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO <ol style="list-style-type: none"> 1.1. CURRÍCULUM VITAE 1.2. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO. 1.3. TÍTULO Y CÉDULA DE ESPECIALIDAD EN RADIOLOGÍA. 1.4. CERTIFICADO O RECERTIFICACIÓN VIGENTE DE ESPECIALIDAD EN MAMA EMITIDO POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN 1.5. COMPROBANTE DE CURSO EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO (POE) 1.6. LA PRODUCTIVIDAD MÁXIMA POR MÉDICO RADIÓLOGO SERÁ DE 48 MASTOGRAFÍAS POR TURNO DE 8 HORAS. 2. CAPTURISTAS MUJERES, UNA CAPTURISTA PARA CADA UNIDAD MÓVIL <ol style="list-style-type: none"> 2.1. CURRÍCULUM VITAE 2.2. CERTIFICADO DE PREPARATORIA O TÉCNICA. 	



 Página 16



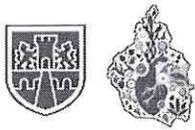


CIUDAD DE MÉXICO
 CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<p>2.3. CON CAPACIDAD DE DAR INFORMACIÓN, ATENCIÓN AMABLE, CORDIAL, RESPETUOSA Y TRATO DIGNO A LAS USUARIAS.</p> <p>2.4. DESTREZAS; BASES DE DATOS, ALTO SENTIDO DE RESPONSABILIDAD Y HONORABILIDAD, APTITUDES PARA EL DESEMPEÑO DEL PUESTO Y CAPACIDAD PARA ESTABLECER ADECUADAS RELACIONES HUMANAS.</p> <p>3. PROMOTORA DE SALUD MUJERES</p> <p>3.1. CURRÍCULUM VITAE</p> <p>3.2. EXCELENTE PRESENTACIÓN</p> <p>3.3. BACHILLERATO CONCLUIDO (PREFERENTE LICENCIATURA)</p> <p>3.4. EXPERIENCIA MÍNIMO 1 AÑO EN PUESTO SIMILAR</p> <p>3.5. PROMOCIONANDO JORNADAS DE SALUD Y LA PARTICIPACIÓN DE LA GENTE EN LAS MISMAS.</p> <p>3.6. DISPONIBILIDAD DE HORARIO</p> <p>3.7. COMPETENCIAS: CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS</p> <p>3.8. FACILIDAD DE PALABRA</p> <p>3.9. EXCELENTE ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO</p> <p>3.10. TRABAJO EN EQUIPO</p> <p>3.11. CONTACTO DIRECTO CON PROFESIONALES DE LA SALUD Y/O ASISTENTES MÉDICOS</p> <p>4. TÉCNICAS RADIÓLOGAS. UNA TÉCNICA PARA CADA UNIDAD MÓVIL</p> <p>4.1. CURRÍCULUM VITAE CON EXPERIENCIA MÍNIMA DE UN AÑO EN MASTOGRAFÍA</p> <p>4.2. CÉDULA PROFESIONAL Y TÍTULO DE TÉCNICO RADIÓLOGO PROFESIONAL EXPEDIDO POR UNA INSTITUCIÓN ACADÉMICA RECONOCIDA.</p> <p>4.3. CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN TOMA DE MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE (POSICIONAMIENTO PARA MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE Y DE DIAGNÓSTICO, USO DE LOS EQUIPOS DE MASTOGRAFÍA, USO DEL CONTROL AUTOMÁTICO DE EXPOSICIÓN Y CONTROL DE CALIDAD).</p> <p>4.4. COMPROBANTE DE CURSO EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO (POE)</p> <p>5. OPERADOR DE LA UNIDAD MÓVIL. UN OPERADOR POR CADA UNIDAD MÓVIL</p> <p>5.1. CURRÍCULUM VITAE.</p> <p>5.2. LICENCIA DE CONDUCTOR VIGENTE</p> <p>5.3. EXPERIENCIA MÍNIMA 1 AÑO.</p>	
<p>18. DOCUMENTACIÓN DEL GABINETE RADIOLÓGICO FIJO EN LA CIUDAD DE MÉXICO (PARA ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: CONO DE MAGNIFICACIÓN, ULTRASONIDO Y TOMA DE BIOPSIAS)</p> <p>SE DEBERÁ PRESENTAR COPIA LEGIBLE DE:</p> <p>a) AVISO DE FUNCIONAMIENTO DEL GABINETE</p> <p>b) COPIA DEL RESPONSABLE DE LA OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO VIGENTE</p> <p>c) COPIA DE LA LICENCIA SANITARIA</p> <p>d) COPIAS DE 2 ÚLTIMAS PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD CON FRECUENCIA DE 6 MESES COMO LO INDICA EL NUMERAL 13.3 PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-229-SSA1-2002,</p>	

Handwritten signatures and the number 17.

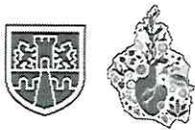




UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<p>SALUD AMBIENTAL. REQUISITOS TÉCNICOS PARA LAS INSTALACIONES, RESPONSABILIDADES SANITARIAS, ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LOS EQUIPOS Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO CON RAYOS X.</p> <p>e) COPIA DE CLAVE CLUES f) COPIA DE CUENTA O TARMITARÁ LA CLAVE SICAM g) CÉDULA DE INFORMACIÓN TÉCNICA CONFORME AL PUNTO 6.2.1.7 DE LA NOM-229-SSA1-2002 h) COPIA DEL MANUAL DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA i) COPIA DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS j) COPIA DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS k) PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD l) COPIA DEL MANUAL DE LA GARANTÍA DE CALIDAD INCLUYENDO: ORGANIGRAMA DEL COMITÉ. m) PRESENTAR EL CALENDARIO DE SESIONES DEL COMITÉ DE GARANTÍA DE CALIDAD, ASÍ COMO COPIA SIMPLE DE LA MINUTA DE LA ÚLTIMA SESIÓN</p>	
<p>19. DOCUMENTACIÓN DEL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA</p> <p>SE DEBERÁ PRESENTAR COPIA LEGIBLE DE:</p> <p>a) AVISO DE FUNCIONAMIENTO DEL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. b) COPIA DEL RESPONSABLE SANITARIO, EL CUAL DEBE SER MÉDICO ESPECIALISTA EN ANATOMÍA PATOLÓGICA a. DOCUMENTOS PROBATORIOS LEGALMENTE EXPEDIDOS Y REGISTRADOS POR LAS AUTORIDADES EDUCATIVAS COMPETENTES. c) LISTADO DE PERSONAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO O CAPACITADO EN EL ÁREA DE LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. INCLUYENDO COPIA DEL TÍTULO O CERTIFICADO DE ESPECIALIZACIÓN LEGALMENTE EXPEDIDO Y REGISTRADO POR LAS AUTORIDADES EDUCATIVAS COMPETENTES d) LISTADO DE PERSONAL HISTOTECNÓLOGO Y CITOTECNÓLOGO INCLUYENDO DIPLOMAS LEGALMENTE EXPEDIDOS Y REGISTRADOS POR LAS AUTORIDADES EDUCATIVAS COMPETENTES, DE ACUERDO CON EL GRADO DE COMPLEJIDAD Y PODER DE RESOLUCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO. e) MANUAL DE LA CALIDAD, CONFORME AL NUMERAL 4.1.15 DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-037-SSA3-2016, PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS LABORATORIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.</p>	
<p>20. SOPORTE TÉCNICO</p> <p>DE LAS UNIDADES MÓVILES:</p> <p>ESCRITO FIRMADO POR EL LICITANTE O SU REPRESENTANTE LEGAL MEDIANTE EL CUAL SU REPRESENTADA SE COMPROMETE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A:</p> <ol style="list-style-type: none"> ENTREGAR EL CALENDARIO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS POR CADA EQUIPO MÉDICO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO. LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DEBERÁN LLEVARSE A CABO DE ACUERDO CON LO DESCRITO EN EL MANUAL DEL EQUIPO MÉDICO OFERTADO, 	

Handwritten signature

Handwritten signature



CIUDAD DE MÉXICO

CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

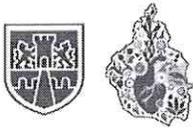
UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<ol style="list-style-type: none"> 3. EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA EL LICITANTE DEBERÁ ADJUNTAR LA RUTINA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO MÉDICO DE ACUERDO CON EL FABRICANTE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A ENTREGAR LA RUTINA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS EN EL ACTO DE APERTURA, INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. 4. LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DEBERÁN CONTEMPLAR LAS REFACCIONES Y ACCESORIOS NUEVOS Y ORIGINALES DE ACUERDO CON LA RUTINA DE MANTENIMIENTO SUGERIDA POR EL FABRICANTE. 5. LAS ÓRDENES DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEBERÁN ANEXARLE LOS SIGUIENTE <ol style="list-style-type: none"> a. RUTINA DE MANTENIMIENTO b. REPORTE DE SEGURIDAD ELÉCTRICA 6. ENTREGAR A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS, EN UN PLAZO NO MAYOR A VEINTE DÍAS DE LA FECHA DE EMISIÓN DEL FALLO, EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARA LOS EQUIPOS, 7. ENTREGAR EL CALENDARIO DE VERIFICACIÓN DE CADA UNA DE LAS UNIDADES MÓVILES. 8. EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO SERÁ EL NÚMERO DE VECES QUE SEA NECESARIO, INCLUYE REFACCIONES Y ACCESORIOS ORIGINALES Y MANO DE OBRA ESPECIALIZADA. 9. TIEMPO DE RESPUESTA DEL MANTENIMIENTO CORRECTIVO DESPUÉS DE REALIZAR EL REPORTE DE FALLA: <ol style="list-style-type: none"> a. TIEMPO DE RESPUESTA DE 5 HORAS. b. TIEMPO DE SOLUCIÓN DEL PROBLEMA O FALLA DE 12 HORAS. 10. EN CASO DE QUE EL EQUIPO Y/O SUS ACCESORIOS QUEDEN FUERA DE SERVICIO POR MÁS DE UN DÍA HÁBIL, LA(S) EMPRESA(S) ADJUDICADA(S) DEBERÁN PROPORCIONAR DENTRO DE LAS 12 HORAS DESPUÉS DE SU EVALUACIÓN TÉCNICA, OTRO EQUIPO DE IGUALES CARACTERÍSTICAS EN BUEN ESTADO AL ÁREA USUARIA COMO SOPORTE TÉCNICO, EN CALIDAD DE PRÉSTAMO DURANTE EL TIEMPO QUE DURE LA REPARACIÓN DEL EQUIPO, MISMO QUE NO EXCEDERÁ DE 15 DÍAS HÁBILES, SIN COSTO ADICIONAL PARA LA SECRETARÍA. EL EQUIPO PROPORCIONADO POR LA(S) EMPRESA(S) ADJUDICADA(S) COMO SOPORTE TÉCNICO SE DEVOLVERÁ A LA MISMA SIN COSTO PARA LA SECRETARÍA, DESPUÉS DE HABER ENTREGADO NUEVAMENTE EL EQUIPO QUE SE RETIRÓ PARA SER REPARADO Y QUE A ESTE SE LE HAYAN VALIDADO LAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO CORRESPONDIENTES A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ÁREA USUARIA. <ol style="list-style-type: none"> a. TODOS LOS TRABAJOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CAPACITACIONES, ETC. SERÁN DESCRITOS Y RESPALDADOS CON UNA ORDEN DE SERVICIO QUE INCLUYA LOS DATOS DEL EQUIPO, FIRMADA POR EL ÁREA USUARIA, ANEXANDO INFORME DE PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO Y COPIA DE LOS CERTIFICADOS DE CALIBRACIÓN VIGENTES DE LOS EQUIPOS DE MEDICIÓN EMPLEADOS CUANDO ASÍ SE REQUIERAN. 11. TODAS LAS ORDENES DE SERVICIO GENERADAS DURANTE LA VIGENCIA DEL SERVICIO, DEBERÁN ENVIARSE EN FORMA ELECTRÓNICA EN PDF EN EL CORREO A LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, DEBIDAMENTE FIRMADAS POR EL ÁREA OPERATIVA DE UNIDADES MÓVILES, DONDE SE ENCUENTRE ASIGNADO EL EQUIPO. 12. LA(S) EMPRESA(S) ADJUDICADA(S) CUBRIRÁN DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA SIN COSTO ADICIONAL PARA LA SECRETARÍA. 13. ACEPTAR QUE, SI LOS EQUIPOS UTILIZADOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO SE ENCUENTRAN DESCOMPUESTOS Y NO SE REALIZARÁN PROCEDIMIENTOS, EN CONSECUENCIA, NO SE GENERARÁN PAGOS AL PRESTADOR DEL SERVICIO. 14. A ENTREGAR A DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS A MÁS TARDAR 15 DÍAS POSTERIOR AL FALLO, LA RELACIÓN DEL PERSONAL QUE PROPORCIONARÁ ASISTENCIA TÉCNICA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO LOS CUALES DEBERÁN SER LOS QUE SE PRESENTEN EN LA PROPUESTA TÉCNICA NUMERAL 19. EXPERIENCIA DE LOS INGENIEROS DE SERVICIO CON NOMBRE, PROFESIÓN Y TELÉFONO QUE DESTINARÁ PARA LA ATENCIÓN DE "LA CONVOCANTE". Y PROPORCIONAR EL ACUSE DE RECIBIDO DE DICHA RELACIÓN 	

8

+

Página 19





UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<p>ENTREGADA, A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS, Y DANDO DARÁ AVISO EN CASO DE CAMBIOS PARA AVALARLOS NUEVAMENTE CON LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS EN EL PUNTO ANTES MENCIONADO</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. EN LA QUE SE ASEGURARÁ DE QUE SU PERSONAL PORTARÁ IDENTIFICACIÓN VISIBLE QUE LO ACREDITE COMO EMPLEADO DEL LICITANTE. 16. A CUMPLIR CON LAS PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD, COMO LO ESTABLECE LA 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. 17. A ENTREGAR LAS PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD REALIZADAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO TANTO A LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS COMO A LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS 18. EN CASO DE QUE EL EQUIPO Y/O SUS ACCESORIOS PRESENTEN ALGUNA FALLA SE NOTIFICARÁ INMEDIATAMENTE A TRAVÉS DE LOS MEDIOS OFICIALES A LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS (DGPSMU), PISO 17 Y AL CORREO ELECTRÓNICO medibuses@gmail.com. <p>21. LICENCIAMIENTO (SISTEMA RIS/PACS)</p> <p>ESCRITO FIRMADO POR EL OFERENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL, EN EL QUE SE COMPROMETE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A QUE LOS BIENES INCLUYEN LICENCIAS DICOM POR CADA UNIDAD MÓVIL ASÍ COMO DEL GABINETE RADIOLÓGICO.</p> <p>22. CUMPLIMIENTO DE LA NOM 229-SSA1-2002</p> <p>ESCRITO FIRMADO POR EL OFERENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL, EN EL QUE SE COMPROMETE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A DAR CUMPLIMIENTO A LA NOM-229-SSA1-2002, REQUISITOS TÉCNICOS PARA LAS INSTALACIONES, RESPONSABILIDADES SANITARIAS, ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LOS EQUIPOS Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO CON RAYOS X, ASÍ COMO TAMBIÉN DEBERÁ ENTREGAR A DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS, EL (LOS) DOCUMENTO(S) ORIGINAL(ES) EMITIDO(S) POR UN ASESOR ESPECIALIZADO EN SEGURIDAD RADIOLÓGICA QUE GARANTICEN EL CUMPLIMIENTO DE LA MISMA.</p> <p>23. CARPETA EJECUTIVA POR UNIDAD MÓVIL, EN CUMPLIMIENTO A LA NOM-229-SSA1-2002</p> <p>ESCRITO FIRMADO POR EL OFERENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL, EN EL QUE SE COMPROMETE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A INCLUIR POR UNIDAD MÓVIL UN EXPEDIENTE Y/O CARPETA FÍSICA CON LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS; 2. PROGRAMA Y MANUAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN CONCORDANCIA CON LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-229-SSA1-2002; 3. MANUAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA, CONFORME A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-229-SSA1-2002; 4. MANUAL DE CONTROL DE CALIDAD, CONFORME A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-229-SSA1-2002; 5. LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA EN EL ANEXO TÉCNICO, NUMERAL 15 EXPERIENCIA DEL PERSONAL MÉDICO OPERATIVO, POR UNIDAD MÓVIL, ES DECIR, LOS DOCUMENTOS QUE AVALAN AL PERSONAL EN CONJUNTO (MÉDICO, CAPTURISTA, TÉCNICA, PROMOTORA Y OPERADOR) DE CADA UNIDAD MÓVIL. 	

18
H



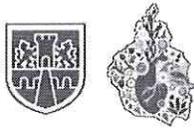


CIUDAD DE MÉXICO
 CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<ol style="list-style-type: none"> 6. COPIA SIMPLE DEL AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE CADA UNA DE LAS UNIDADES MÓVILES. 7. COPIA DE LOS RESPONSABLES SANITARIOS DE LAS UNIDADES MÓVILES. 8. COPIA DE LAS LICENCIAS SANITARIAS DE CADA UNA DE LAS UNIDADES MÓVILES. 9. EXPEDIENTE MÉDICO INICIAL DE CADA PERSONAL MÉDICO POR UNIDAD MÓVIL. 10. COPIAS DE 2 ÚLTIMAS PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD CON FRECUENCIA DE 6 MESES COMO LO INDICA EL NUMERAL 13.3 PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA 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. 11. LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA EN EL ANEXO TÉCNICO, NUMERAL 14 EXPERIENCIA DE LOS INGENIEROS DE SERVICIO, POR UNIDAD MÓVIL, ES DECIR, LOS DOCUMENTOS QUE AVALAN AL PERSONAL QUE DA LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS. 12. BITACORAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DURANTE EL TIEMPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO. 13. EXPEDIENTE INICIAL DEL PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO, DONDE SE INCLUYE: HISTORÍA CLÍNICA, LABORATORIOS CON INTERPRETACIÓN, RADIOGRAFÍA DE TORAX Y LECTURAS DE DOSIMETRIA. 14. COPIA DE CLAVE CLUES. 15. COPIA LEGIBLE DE LA NOM-229-SSA1-2002 Y NOM-026-NUCL-2011. 	
<p>24. CONSTANCIA DE LA EVALUACIÓN DE MUESTRAS.</p> <p>ENTREGAR EN ORIGINAL EL ANEXO 1.5 ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS DEBIDAMENTE REQUISITADO CON NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS.</p>	
<p>25. TECNOVIGILANCIA</p> <p>DE LAS UNIDADES MÓVILES:</p> <p>COPIA SIMPLE DE ALTA DE UNIDAD Y/O RESPONSABLE DE TECNOVIGILANCIA EMITIDO POR LA COFEPRIS POR SER PARTE DE LA CADENA DE DISTRIBUCIÓN DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS, DICHO OFICIO DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DEL OFERENTE Y SERVIRÁ PARA ACREDITAR QUE DA CUMPLIMIENTO A LA NOM-240-SSA1-2012, "INSTALACIÓN Y OPERACIÓN DE LA TECNOVIGILANCIA".</p> <p>DEL GABINETE RADIOLÓGICO FIJO:</p> <p>COPIA SIMPLE DE ALTA DE UNIDAD Y/O RESPONSABLE DE TECNOVIGILANCIA EMITIDO POR LA COFEPRIS POR SER PARTE DE LA CADENA DE DISTRIBUCIÓN DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS, DICHO OFICIO PARA ACREDITAR QUE DA CUMPLIMIENTO A LA NOM-240-SSA1-2012, "INSTALACIÓN Y OPERACIÓN DE LA TECNOVIGILANCIA".</p>	

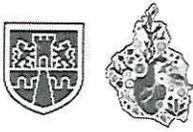
Handwritten initials and signature in blue and pink ink.





UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<p>PARA ANATOMÍA PATOLÓGICA:</p> <p>COPIA SIMPLE DE ALTA DE UNIDAD Y/O RESPONSABLE DE TECNOVIGILANCIA EMITIDO POR LA COFEPRIS POR SER PARTE DE LA CADENA DE DISTRIBUCIÓN DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS, PARA ACREDITAR QUE DA CUMPLIMIENTO A LA NOM-240-SSA1-2012, "INSTALACIÓN Y OPERACIÓN DE LA TECNOVIGILANCIA".</p> <p>26. NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES ADVERSOS.</p> <p>LOS OFERENTES DEBERÁN PRESENTAR LOS PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN A QUEJAS Y SEGUIMIENTO DE INCIDENTES ADVERSOS PARA CADA UNA DE LAS MARCAS DE LOS EQUIPOS INSUMOS Y/O CONSUMIBLES PROPUESTOS.</p> <p>27. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL</p> <p>CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD Y FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN LA QUE SE COMPROMETE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A ENTREGAR LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL A LA JUD DE CONTRATOS AL MOMENTO DE LA FIRMA DEL CONTRATO, CUMPLIENDO CON LO DESCRITO EN EL SIGUIENTE PÁRRAFO.</p> <p>EL OFERENTE ADJUDICADO DEBERÁ CONTAR CON UNA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CON COBERTURA DEL 50% PARA GARANTIZAR LA EFICIENCIA Y FUNCIONALIDAD DE LOS SERVICIOS Y DEBERÁ TENER ESTRICTO CUIDADO DE NO DAÑAR LA INFRAESTRUCTURA, EQUIPOS, MOBILIARIO, INSTALACIONES, PACIENTES O PERSONAL DE "EL G.C.D.M.X". LOS ACCIDENTES PROVOCADOS A LAS INSTALACIONES REFERIDAS POR INCONSISTENCIAS EN LAS ACCIONES DE LOS SERVICIOS SERÁN RESPONSABILIDAD DE "EL OFERENTE ADJUDICADO", DE CAUSAR DAÑOS A LA INFRAESTRUCTURA, PACIENTES O PERSONAL SE PROCEDERÁ DE ACUERDO CON EL CÓDIGO PENAL Y SE HARÁ EFECTIVA LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL, EN TODOS LOS CASOS BAJO SEGUIMIENTO IRRESTRICTO DEL ÁREA JURÍDICA DE LA "SEDESA".</p> <p>28. AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y RESPONSABLES SANITARIOS</p> <p>EL OFERENTE DEBERÁ ENTREGAR:</p> <ol style="list-style-type: none"> COPIA SIMPLE DEL AVISO DE FUNCIONAMIENTO A NOMBRE DEL OFERENTE COMO DISTRIBUIDOR PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS, EXPEDIDO POR COFEPRIS. COPIA DE LOS RESPONSABLES SANITARIOS DE LAS UNIDADES MÓVILES. COPIA DE LAS LICENCIAS SANITARIAS DE CADA UNA DE LAS UNIDADES MÓVILES. <p>29. DESVÍOS DE LA CALIDAD DE INSUMOS</p> <p>ESCRITO FIRMADO POR EL OFERENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL, EN EL QUE SE COMPROMETE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A:</p> <p>QUE EN CASO DE QUE SE PRESENTEN REPORTES DE DESVÍO DE CALIDAD O VICIOS OCULTOS RECURRENTES LA SEDESA SE DEBERÁ REQUISITAR EL ANEXO 1.10 "SEGUIMIENTO A REPORTE DE INSUMOS PARA LA SALUD", Y ENVIARLO A LA</p>	

[Handwritten signatures in blue and pink ink]



CIUDAD DE MÉXICO
 CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<p>SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS VÍA CORREO ELECTRÓNICO A sedesasti@gmail.com Y sedesaservint@gmail.com</p> <p>EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR A LA UNIDAD HOSPITALARIA, LOS DATOS DE CONTACTO DIRECTO DE LA(S) PERSONA(S) QUE RECIBIRÁN LOS REPORTES DE MALA CALIDAD, CONTENIENDO NOMBRES COMPLETOS, CORREOS ELECTRÓNICOS Y NÚMEROS TELEFÓNICOS MEDIANTE LOS CUALES RECIBIRÁN Y BRINDARÁN ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO LAS 24 HORAS DEL DÍA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO INCLUYENDO DÍAS FESTIVOS (TECNOVIGILANCIA).</p> <p>LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS REALIZARÁ LA EVALUACIÓN TÉCNICA Y EMITIRÁ UN DICTAMEN QUE SE TURNARÁ AL PROVEEDOR PARA LA DEBIDA ATENCIÓN, PUDIENDO SER CAMBIO DEL BIEN Y/O LOTE CORRESPONDIENTE, CAMBIO DE MARCA, CUANDO EXISTA CASO OMISO A LOS REPORTES POR MALA CALIDAD POR PARTE DEL PROVEEDOR, LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS INFORMARÁ DE LA SITUACIÓN A LA DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS A EFECTO DE QUE ÉSTA INDIQUE AL PROVEEDOR LAS MEDIDAS CORRECTIVAS QUE DETERMINE DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO.</p> <p style="text-align: center;">LA PROPUESTA TÉCNICA NO DEBERÁ INDICAR NINGÚN PRECIO.</p> <p style="text-align: center;">LA FALTA DE ENTREGA DE CUALQUIERA DE LOS REQUISITOS SEÑALADOS EN ESTE APARTADO SERÁ MOTIVO DE DESECHAMIENTO DE LA PROPUESTA</p>	

ELABORÓ

ING. CLAUDIA PATRICIA QUIROZ FLORES
 SUBDIRECTORA DE TECNOLOGÍA E INSUMOS

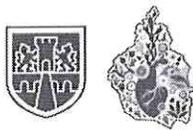
AUTORIZÓ

QFB HÉCTOR SALGADO SCHOELLY
 DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS



2025
 Año de
La Mujer
 Indígena





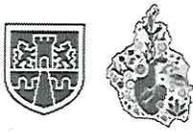
CIUDAD DE MÉXICO
 CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

PENAS CONVENCIONALES

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	PORCENTAJE PARA APLICAR
POR QUE LA UNIDAD NO SE PRESENTE O DE ESTAR PRESENTE NO DE SERVICIO.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.
POR NO ENTREGAR LOS INFORMES.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO DE LA FECHA LÍMITE DE ENTREGA.	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.
POR NO ENTREGAR RESULTADOS DE ESTUDIOS AL PACIENTE O QUE ESTOS NO CORRESPONDAN AL PACIENTE QUE SE LE REALIZÓ EL ESTUDIO.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO DE LA FECHA ACORDADA DE ENTREGA DE RESULTADOS.	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.
POR QUE LA UNIDAD NO PRESENTE LOS EMBLEMAS QUE ESPECIFIQUEN CLARAMENTE LA ACTIVIDAD QUE PRESTAN Y LA INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECEN	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.
POR QUE NO PRESENTE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LAS PRESENTADAS EN LA PROPUESTA TÉCNICA	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.
POR QUE ALGUNA UNIDAD MÓVIL NO CUENTE CON LA CARPETA EJECUTIVA	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.
POR QUE LA UNIDAD NO INFORME SOBRE ALGÚN CAMBIO DE PERSONAL EN LA UNIDAD MÓVIL	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.
POR QUE NO INFORME SOBRE EL CAMBIO DE ALGUNA UNIDAD MÓVIL	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.
POR QUE LA UNIDAD MÓVIL NO PRESENTE DE MANERA VISIBLE EN LA UNIDAD MÓVIL EL AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y LA LICENCIA SANITARIA	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.

Página 24





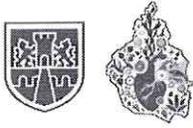
CIUDAD DE MÉXICO
 CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	PORCENTAJE PARA APLICAR
POR QUE EL GABINETE FIJO NO ASEGURE EL ENVÍO DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO DE LA FECHA ACORDADA DE ENTREGA DE RESULTADOS.	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.
POR QUE EL GABINETE FIJO NO ASEGURE EL RESULTADO DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO DE LA FECHA ACORDADA DE ENTREGA DE RESULTADOS.	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.
POR QUE LOS INGENIEROS DE SERVICIO QUE BRINDEN LOS MANTENIMIENTOS NO SEAN LOS PRESENTADOS EN LA PROPUESTA TÉCNICA	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO DE LA FECHA LÍMITE DE ENTREGA.	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.
POR NO ENTREGAR LAS ORDENES DE SERVICIO SOLICITADAS VÍA CORREO ELECTRÓNICO.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO DE LA FECHA LÍMITE DE ENTREGA.	DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.

Handwritten signature in blue ink.

Handwritten signature in pink ink.



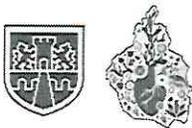


ANEXO 1.1
CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
ÁREA SOLICITANTE: OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)	
PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993	SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES
<p>EL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES DEBE CONSIDERAR; EQUIPO DE MASTOGRAFÍA DIGITAL, PLANTAS DE LUZ PARA CADA SEDE QUE SE PRESENTEN, MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS. DESCRITOS EN LOS ANEXOS: ANEXO 1.1 CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES Y ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA, MASTOGRAFO, INSUMOS Y UNIDAD MÓVIL, TOMA DE MASTOGRAFÍAS, INTERPRETACIÓN DE MASTOGRAFÍA, ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (ULTRASONIDO Y PROYECCIONES ADICIONALES DE MASTOGRAFÍA) Y TOMA DE BIOPSIA.</p> <p>LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE SE REALIZARÁN A MUJERES DE 40 AÑOS A 69 AÑOS Y MAS, DANDO PRIORIDAD AL GRUPO ETARIO DE 50 A 69 AÑOS.</p> <p>ASÍ MISMO LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE SE REALIZARÁN A HOMBRES Y MUJERES CON FACTORES DE RIESGO QUE RESIDEN EN LA CIUDAD DE MÉXICO, DANDO PRIORIDAD A AQUELLA POBLACIÓN QUE CARECE DE SEGURIDAD SOCIAL.</p> <p>LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL CONTEMPLA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TOMA DE IMÁGENES DE MASTOGRAFÍA 2. INTERPRETACIÓN E IMPRESIÓN DE RESULTADOS. 3. REALIZACIÓN DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O BIOPSIA EN CASOS DE REQUERIRSE 4. UTILIZACIÓN DE FORMATOS OFICIALES Y LLENADO DE REPORTES <ol style="list-style-type: none"> 4.1. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO DE "VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA (ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA) 4.2. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO OFICIAL DE "CASO PROBABLE Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA" 4.3. REPORTE DE PRODUCTIVIDAD SEMANAL Y MENSUAL POR SEDE Y POR UNIDAD MÓVIL. 4.4. REPORTE DE MASTOGRAFÍAS CON RESULTADOS BIRADS DEL 0, 1, 2, 3, 4 Y 5. 4.5. REPORTE DE MASTOGRAFÍAS CON SEGUIMIENTO BIRADS 0, 3, 4 Y 5. 5. CAPTURA DE DATOS EN SICAM 6. IMPLEMENTACIÓN DE BUZÓN EN LAS UNIDADES MÓVILES PARA RECIBIR QUEJAS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES <p>CON RESPECTO A LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: COMO ULTRASONIDOS, PROYECCIONES ADICIONALES DE MASTOGRAFÍA Y/O BIOPSIA CUANDO SEAN NECESARIAS, ESTOS TENDRÁN UN COSTO INDEPENDIENTE AL DE LAS MASTOGRAFÍAS DIGITALES REALIZADAS EN LAS UNIDADES MÓVILES. PARA MÁS DETALLES, CONSULTE EL ANEXO 1.2</p> <p>PROCEDIMIENTO GENERAL</p> <p>A. TOMA DE IMÁGENES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CADA ESTUDIO CONTEMPLA 2 PROYECCIONES PARA CADA UNA DE LAS MAMAS, CUATRO EN TOTAL: DOS CRÁNEO CAUDAL (CC 0°) Y DOS MEDIO LATERAL OBLICUA (MLO 30°-60°) 	

Handwritten signature and initials in blue and pink ink.





CIUDAD DE MÉXICO

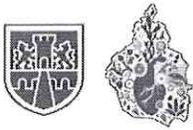
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO		FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
ÁREA SOLICITANTE: OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)		
PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993	SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	
<p>2. EN EL CASO DE TENER PACIENTES CON MAMA GRANDE O IMPLANTES (PACIENTES QUE REQUIEREN AL MENOS 8 PROYECCIONES), ESTAS DEBERÁN SER REFERIDAS A LOS LABORATORIOS DE LA EMPRESA ADJUDICADA, PARA LA REALIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (CONO DE MAGNIFICACIÓN, ULTRASONIDO, O EN CASO DE SER NECESARIO, TOMA DE BIOPSIA.</p> <p>B. PROYECCIONES ADICIONALES</p> <p>1. LAS PROYECCIONES ADICIONALES DEPENDERÁN DEL HALLAZGO A ESTUDIAR Y DEL CRITERIO DEL MÉDICO RADIOLÓGO. SON USADAS PARA CORROBORAR O EXCLUIR UN HALLAZGO, ASÍ COMO PARA LA CARACTERIZACIÓN DEL MISMO, SON LAS SIGUIENTES:</p> <ol style="list-style-type: none"> LATERO MEDIAL (LM 90°) MEDIO LATERAL (ML 90°) AXILAR (AT 30°-60°) CÉFALO CAUDAL EXTREMA EXTERNA (XCCL 5°-9°) CÉFALO CAUDAL EXTREMA INTERNA (XCCM 5°-9°) TANGENCIAL (TAN 0°) CLEAVAGE (CV 0°) ROL O GIRO, MEDIAL O EXTERNO, SUPERIOR O INFERIOR (RM O RL, RS O RI) CAUDO CRANEAL (FB 180°) CONO DE COMPRESIÓN FOCAL (S) CONO DE MAGNIFICACIÓN (Mag) <p>2. CUANDO UNA MASTOGRAFÍA EN PACIENTES PORTADORAS DE PROTÉSIS ES DE CARÁCTER DIAGNÓSTICO, ES POSIBLE REALIZAR CUALQUIER PROYECCIÓN ADICIONAL QUE EL MÉDICO RADIOLÓGO REQUIERA Y ÉSTAS SIEMPRE DEBERÁN REALIZARSE CON TÉCNICA DE EKLUND PARA DESPLAZAR EL IMPANTE.</p> <p>C. ALMACENAMIENTO DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS EN LA UNIDADES MÓVILES</p> <p>EL ALMACENAMIENTO SERÁ EN UN SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE IMÁGENES RIS/PACS BASADO EN LA NUBE PARA QUE LOS MÉDICOS RADIÓLOGOS DEDICADOS A LA INTERPRETACIÓN TENGAN ACCESO ILIMITADO DE LAS IMÁGENES EN FORMATO DICOM SIN COMPRESIÓN Y A LA EMISIÓN DE LOS RESULTADOS CORRESPONDIENTES, ESTE SISTEMA SERÁ PROPIEDAD DEL OFERENTE ADJUDICADO, EL PROVEEDOR DEBERÁ PROPORCIONAR TODAS LAS TELECOMUNICACIONES (INCLUIDOS SOFTWARE Y HARDWARE) Y MEDIOS NECESARIOS PARA REALIZAR EL ENVÍO DE LAS MASTOGRAFÍAS DESDE LOS EQUIPOS EN DONDE SE ADQUIEREN LOS ESTUDIOS HASTA EL SISTEMA RIS/PACS EN UN LAPSO NO MAYOR QUE 48 HRS CONTADAS A PARTIR DE LA HORA DE ADQUISICIÓN DEL ESTUDIO.</p> <p>EL SISTEMA RIS/PACS PARA EL MANEJO Y ALMACENAMIENTO DE IMÁGENES EN FORMATO DICOM Y DATOS DEMOGRÁFICOS, DEBERÁ CONTAR CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> TECNOLOGÍA PARA EL RESGUARDO, ADMINISTRACIÓN Y ACCESO (CONSULTA E INTERPRETACIÓN) A CADA UNO DE LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA MEDIANTE UN SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE IMÁGENES RIS/PACS BASADO EN LA NUBE. COMPATIBLE CON CUALQUIER NAVEGADOR Y SISTEMA OPERATIVO. RESGUARDO, ACCESO A CONSULTA Y DESCARGA DE TODOS Y CADA UNO DE LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA Y REPORTES DE RESULTADOS ASOCIADOS, GARANTIZADOS POR 2 AÑOS EN LÍNEA (CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE ADQUISICIÓN DEL ESTUDIO), EN DOBLE CENTRO DE DATOS DE ALTA SEGURIDAD CON CONTROL DE 		

Handwritten signature in blue ink.

Handwritten mark in pink ink.



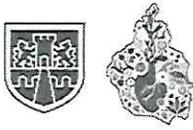


CIUDAD DE MÉXICO
 CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO		FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
ÁREA SOLICITANTE: OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)		
PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993	SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	
<p>DESASTRES. LA DESCARGA DE IMÁGENES DICOM DEBERÁ PODER REALIZARSE DE MANERA SENCILLA Y DESDE SISTEMAS OPERATIVOS WINDOWS 8 O SUPERIOR Y MAC OS HIGH SIERRA O SUPERIOR.</p> <p>d. ACCESIBILIDAD PARA EL PERSONAL DEFINIDO POR EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO (POR ENTIDAD FEDERATIVA, POR UNIDAD MÉDICA Y PARA PERSONAL DEL CNEGSR) PARA EVALUACIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN TIEMPO REAL DEL SERVICIO OTORGADO POR EL PROVEEDOR.</p> <p>e. HERRAMIENTA DE BÚSQUEDA EN LA PLATAFORMA PARA GENERACIÓN DE ESTADÍSTICA Y VIGILANCIA DE LOS DIFERENTES BIRADS GENERADOS Y DE ESTUDIOS INADECUADOS, QUE PERMITA EXPORTAR A EXCEL O A OTRAS BASES DE DATOS DICHAS ESTADÍSTICAS.</p> <p>f. ENTREGA DE RESULTADOS EN LA PLATAFORMA NO MAYOR A 72 HORAS CON LA POSIBILIDAD DE CONSULTA E IMPRESIÓN DE LOS CASOS POR LA INSTITUCIÓN QUE REALIZA LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA.</p> <p>g. LICENCIAMIENTO ILIMITADO PARA EL RESGUARDO, ADMINISTRACIÓN Y ACCESO (CONSULTA E INTERPRETACIÓN) A CADA UNO DE LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA MEDIANTE UN SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE IMÁGENES RIS/PACS BASADO EN LA NUBE.</p> <p>h. DEBE PERMITIR LA BÚSQUEDA DE REPORTE POR USUARIA.</p> <p>i. PROCESADOR DE TEXTO EMBEBIDO EN LA PLATAFORMA PARA GENERACIÓN DE REPORTE POR PARTE DEL MÉDICO RADIÓLOGO.</p> <p>j. EL SISTEMA DEBE TENER LA OPCIÓN DE RECONCILIACIÓN AUTOMÁTICA DE DATOS DE LAS USUARIAS CON EL FIN DE EVITAR ERRORES DE LLENADO O DUPLICIDAD DE USUARIAS.</p> <p>k. DEBE TENER LA POSIBILIDAD DE GENERAR UN FLUJO DE TRABAJO AUTOMÁTICO CON AUTOASIGNACIÓN A LOS MÉDICOS RADIÓLOGOS CON BASE EN MÚLTIPLES VARIABLES COMO FECHA, SEDE, ENTRE OTROS.</p> <p>l. EL SISTEMA DEBE IDENTIFICAR Y MOSTRAR DE MANERA AUTOMÁTICA LOS ESTUDIOS PREVIOS DE LA MISMA PACIENTE EN CASO DE TENERLOS.</p> <p>m. EL SISTEMA DEBE TENER LA CAPACIDAD DE PERSONALIZAR EL FORMATO DE REPORTE CON BASE EN LAS NECESIDADES DE CADA ENTIDAD FEDERATIVA.</p> <p>n. DEBE TENER LA APLICACIÓN PARA QUEMAR DISCOS CON LAS IMÁGENES DEL ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA, EL REPORTE INTEGRADO Y UN VISUALIZADOR DE IMÁGENES DICOM QUE SEA AUTOEJECUTABLE.</p> <p>EN TODOS LOS CASOS, CADA IMAGEN DEL ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA DEBERÁ CONTAR CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE MANERA OBLIGATORIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOMBRE Y EDAD DE LA PACIENTE. • FECHA Y LUGAR DEL ESTUDIO. • NOMBRE O INICIALES DEL TÉCNICO RADIÓLOGO QUE TOMÓ EL ESTUDIO. • PROYECCIÓN, LATERALIDAD, ANGULACIÓN, FUERZA DE COMPRESIÓN, ESPESOR DE MAMA COMPRIMIDA, ÁNODO/FILTRO, KILOVOLTAJE (KV), CARGA (MAS). <p>EN TODOS LOS CASOS, SE DEBERÁ GARANTIZAR QUE LAS IMÁGENES DE LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA NO SUFRIRÁN PÉRDIDA DE CALIDAD NI DE INFORMACIÓN DURANTE EL ENVÍO Y/O ALMACENAMIENTO DEBIDO A LOS PROCESOS DE COMPRESIÓN Y DESCOMPRESIÓN Y DURANTE EL PROCESO DE ENVÍO DE IMÁGENES DE LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA, NO SE PODRÁN USAR MÉTODOS DE COMPRESIÓN DE IMAGEN TIPO LOSSY (CON PÉRDIDA DE INFORMACIÓN)</p>		

(Handwritten signature and initials)





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO FOLIO DMTI:115-2024 V-2

ÁREA SOLICITANTE: OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)

PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993 SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES

D. INTERPRETACIÓN E IMPRESIÓN DE RESULTADOS.

- 1) LAS IMÁGENES OBTENIDAS EN LAS DIFERENTES PROYECCIONES DEBERÁN SER INTERPRETADAS POR UN MÉDICO RADIÓLOGO ACREDITADO Y CERTIFICADO POR EL CONSEJO DE SU ESPECIALIDAD Y/O CON CALIFICACIÓN AGREGADA EN MAMA, QUIEN EMITIRÁ UN DIAGNÓSTICO EN ESCALA DE BIRADS.
- 2) EL PROVEEDOR DEBERÁ CONTAR COMO MÍNIMO CON **TRECE MÉDICOS RADIÓLOGOS**, (UNO POR CADA UNIDAD MÓVIL Y UNO POR GABINETE FIJO) DEBERÁ CONTEMPLAR Y ADICIONAR EN EL **NUMERAL 15 EXPERIENCIA DEL PERSONAL OPERATIVO MÉDICOS** QUE CUBRAN INCAPACIDADES.
- 3) LA IMPRESIÓN DE RESULTADO; EL ESTUDIO MAMOGRÁFICO (IMÁGENES) DEBERÁN SER GRABADO EN DISCO COMPACTO (CD). QUE CONTENDRÁ LA(S) IMAGEN(ES) DEL ESTUDIO REALIZADO EN FORMATO DIGITAL ABIERTO QUE CONTenga RÓTULOS DE IDENTIFICACIÓN TANTO EN EL CD COMO EN LA FUNDA O CAJA DE DISCO.

E. REALIZACIÓN DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O BIOPSIA EN CASOS DE REQUERIRSE.

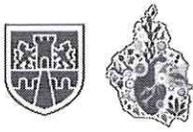
1. LOS MÉDICOS RADIÓLOGOS REFERENCIARAN A LAS PACIENTES QUE CONSIDEREN PARA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, (CONO DE MAGNIFICACIÓN, ULTRASONIDO O EN CASO DE SER NECESARIO, TOMA DE BIOPSIA)
2. EL GABINETE RADIOLÓGICO DEBERÁ TENER SEDE EN LA CIUDAD DE MÉXICO
3. EL MÉDICO RADIÓLOGO DEBERÁ DIRIGIR Y ORIENTAR A LAS TÉCNICAS RADIÓLOGAS EN LA TOMA DE LOS ESTUDIOS, ASIMISMO SERÁ EL RESPONSABLE DE LA CALIDAD DEL ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA Y SOLICITAR LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O BIOPSIA.
4. EL PERSONAL MÉDICO Y/O TÉCNICO RESPONSABLE DE LA TOMA DE LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA DEBERÁN ESTAR DEBIDAMENTE IDENTIFICADOS Y DEBERÁN USAR EN TODO MOMENTO DOSÍMETRO. EL USO, MANEJO Y RESPONSABILIDAD DE LOS DOSÍMETROS Y CURSOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA ES DEL PROVEEDOR.
5. EL LABORATORIO DEBERÁ ENTREGAR LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O BIOPSIA REALIZADOS, CUALQUIERA QUE SEA SU RESULTADO.

F. UTILIZACIÓN DE FORMATOS OFICIALES Y LLENADO DE REPORTES

1. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO OFICIAL DE "VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA (ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA)" **VER ANEXO 1.8 FORMATO FEDERAL CÁNCER DE MAMA**
2. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO OFICIAL DE "CASO PROBABLE Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA" **VER ANEXO 1.8 FORMATO FEDERAL CÁNCER DE MAMA**
3. PARA EL REGISTRO DE LOS ESTUDIOS EN LOS REPORTES CADA PACIENTE DEBERÁ SER IDENTIFICADO CON UN FOLIO ÚNICO, EL CUAL DEBERÁ CONTENER LA INFORMACIÓN SIGUIENTE: NÚMERO DE MEDIBUS, DOS PRIMERAS LETRAS DEL PROVEEDOR Y NÚMERO CONSECUTIVO DE ESTUDIO REALIZADO. **EJEMPLO: 09FU1, 10FU1, ETC.**
4. EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR TODOS LOS LUNES EN EL TRANSCURSO DE LA MAÑANA LA PRODUCTIVIDAD TOTAL Y EL REPORTE DE PRODUCTIVIDAD SEMANAL POR SEDE Y POR UNIDAD MÓVIL DE LA SEMANA PREVIA, EL CUAL DEBERÁ ESTAR COMPLETAMENTE REQUISITADO DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 58 DEL REGLAMENTO DE LA "LEY DE

Handwritten signature and initials in blue and pink ink.

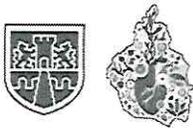




UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO		FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
ÁREA SOLICITANTE: OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)		
PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993	SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	
DESARROLLO SOCIAL. ASÍ MISMO DEBERÁ ENTREGAR REPORTE DE PRODUCTIVIDAD MENSUAL CON CORTE DEL 26 AL 25 DE CADA MES.		
<ol style="list-style-type: none"> 5. PARA EFECTO DE CONOCER LAS ACTIVIDADES DIARIAS DE CADA UNIDAD MÓVIL EL PROVEEDOR DEBERÁ REQUISITAR Y ENTREGAR UN INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES Y REMITIRLO DIARIAMENTE A LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS, INMEDIATAMENTE MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO Y A LA BREVEDAD EN PAPEL CON FIRMA AUTÓGRAFA. 6. CADA UNIDAD MÓVIL DEBE DE TENER CLAVE ÚNICA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (CLUES); EN CASO DE NO TENERLA DEBERÁ TRAMITARLA EN AV. INSURGENTES 423 EN LA DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD Y SISTEMAS INSTITUCIONALES. POSTERIORMENTE ESTAS CLAVES DEBERÁN SER PRESENTADAS EN LA COORDINACIÓN DE UNIDADES MÓVILES EN AV. INSURGENTES 423 PISO 17. <p>G. LUGAR DE ENTREGA DE LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ENTREGARÁ EL PROVEEDOR LAS BASES DE DATOS EN FORMATO EXCEL DE LAS MASTOGRAFÍAS Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS EN APEGO A LOS FORMATOS ENTREGADOS POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS UBICADA EN TORRE INSIGNIA, PISO 17. 2. EL TIEMPO DE ENTREGA DE LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE, SERÁ MÁXIMO 10 DÍAS HÁBILES A PARTIR DE LA TOMA DEL ESTUDIO, CON ESTUDIOS TOMADOS E INTERPRETADOS, DEBIENDO ENTREGAR EN CADA SOBRE EL FORMATO OFICIAL EN ORIGINAL Y COPIA "VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA (ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA)", IMAGEN DIGITAL E INTERPRETACIÓN DE RESULTADO EN BIRADS. DE LOS BIRADS 0, 3, 4 Y 5 QUE SE OBTENGAN, SE DEBERÁ ENTREGAR DE FORMA EN LOS REPORTES MENSUALES INCLUYENDO LA INFORMACIÓN DE LA BÚSQUEDA DE LAS PERSONAS DEL FORMATO OFICIAL 3. EL TIEMPO DE ENTREGA DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, ULTRASONIDOS Y BIOPSIAS DEBERÁ SER DE 15 DÍAS HÁBILES A PARTIR DE LA TOMA. 4. EN CASO DE NO ENTREGAR LOS ESTUDIOS EN EL TIEMPO ESTABLECIDO, SE APLICARÁ LA SANCIÓN CORRESPONDIENTE. 5. LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LOS ESTUDIOS SERÁ LOS LUNES DE 9 A 14 HRS EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS UBICADAS EN TORRE INSIGNIA PISO 17. 6. DEBERÁ DE ENTREGAR LAS MUESTRAS DE BIOPSIA EN PARAFINA EN BLOQUE, LAMINILLAS DE LA BIOPSIA, INFORME ANATOMOPATOLÓGICO, ULTRASONIDO CON INFORME, IMAGEN DE LA MASTOGRAFÍA (EN FORMATO IMPRESO Y DIGITAL) A SI COMO TODOS LOS INFORMES ADICIONALES, DE ACUERDO CON LA LEY DE DATOS PERSONALES NO PODRÁN SER RESGUARDADOS POR EL LABORATORIO Y/O EL PROVEEDOR. 7. LOS ESTUDIOS, SUS RESULTADOS E INFORMACIÓN DE ESTOS, SON PROPIEDAD DE LA SECRETARIA DE SALUD SEDESA Y SERÁ LA RESGUARDANTE. 8. LOS ESTUDIOS, SUS RESULTADOS E INFORMACIÓN DE ESTOS, NO PODRÁN SER PUBLICADOS SIN AUTORIZACIÓN CORRESPONDIENTE DE LA SECRETARIA DE SALUD SEDESA. 9. EN LOS ESTUDIOS CON RESULTADO DE BIRADS 0 EL PROVEEDOR SERÁ EL RESPONSABLE DE LOCALIZAR A LA PACIENTE VÍA TELEFÓNICA O DOMICILIARIA PARA REALIZAR LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA NOM-041-SSA2-2011, E INFORMAR INMEDIATAMENTE AL FINALIZAR CADA ESTUDIO Y 		

[Firma manuscrita]





CIUDAD DE MÉXICO

CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO FOLIO DMTI:115-2024 V-2

ÁREA SOLICITANTE: OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)

PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993 SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES

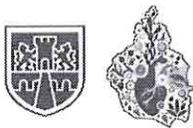
ENTREGARLAS CADA LUNES LOS ESTUDIOS DE BIRADS 0, 3, 4, Y 5 CON LAS BÚSQUEDAS REALIZADAS O EN CASO DE NO ACEPTAR EL ESTUDIO COMPLEMENTARIO, FIRMAR UNA CARTA DE NO SEGUIMIENTO DE COMPLEMENTARIOS LA USUARIA DESLINDANDO A LA SSA DE RESPONSABILIDAD.

- 10. EN CASO DE TENER PACIENTES CON RESULTADOS BIRADS 0, 3, 4 Y 5 DE PRIMERA INTENSIÓN, EL PROVEEDOR DEBERÁ REALIZAR ULTRASONIDO DE MAMA Y BIOPSIA CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-041-SSA2-2002, PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA.
- 11. EN LOS ESTUDIOS CON RESULTADO BIRADS 0, 3, 4 Y 5 QUE NO SE ENCUENTREN A LAS PACIENTES PARA TOMA DE COMPLEMENTARIOS, LA SECRETARIA DE SALUD SOLO PROCEDERÁN A PAGO LOS ESTUDIOS CONCLUYENTES.
- 12. EL LICITANTE ADJUDICADO DEBERÁ TENER AL MENOS UN GABINETE RADIOLÓGICO FIJO CON SEDE EN LA CIUDAD DE MÉXICO, EN DONDE SE HARÁN LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, APEGÁNDOSE A LA NORMATIVIDAD APLICABLE.

H. FUNCIONALIDAD DEL EQUIPO

- 1. LAS PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD DEL ÁREA Y DEL EQUIPO QUEDARÁN A CARGO DEL PROVEEDOR Y DEBERÁN APEGARSE AL "APÉNDICE NORMATIVO D" DE LA NOM-041-SSA2-2011 Y A LO ESTABLECIDO EN LA NOM-229-SSA1-2002.
- 2. EL PROVEEDOR DEBE GARANTIZAR QUE EL PERSONAL QUE ATENDERÁ A LAS PACIENTES PROPORCIONE TRATO CON ÉTICA PROFESIONAL Y EN CASO DE QUE SURJA ALGÚN REPORTE DE ATENTADO AL PUDOR DE LAS PACIENTES, EL PROVEEDOR SERÁ EL ÚNICO RESPONSABLE.
- 3. LA IDENTIFICACIÓN DE LAS IMÁGENES DE MASTOGRAFÍA DEBERÁN APEGARSE AL PUNTO 18.28 DE LA NOM-229-SSA1-2002 EN EL CASO DE PLACAS, EL CUAL TEXTUALMENTE CITA QUE "TODA PLACA RADIOGRÁFICA DEBE CONTENER UNA IMPRESIÓN (A LA DERECHA DEL PACIENTE), CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: FECHA DEL ESTUDIO, NOMBRE DEL PACIENTE, IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO Y CLAVE O INICIALES DEL TÉCNICO QUE LA TOMÓ. EN MAMOGRAFÍA SE DEBEN INCLUIR LOS PARÁMETROS DE EXPOSICIÓN DE CADA PLACA, PARA PODER TOMAR NUEVAS PLACAS BAJO LAS MISMAS CONDICIONES Y FACILITAR LA COMPARACIÓN AL ESTUDIAR LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD". NO SE ACEPTARÁN MÁS DE 2 PACIENTES CON ETIQUETA POR CADA 50 PACIENTES IDENTIFICADAS POR MARCAJE.
- 4. EL PROVEEDOR SERÁ EL RESPONSABLE DE LA SEGURIDAD Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DE LAS PACIENTES; ASÍ MISMO DEL PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO EN LO QUE SE REFIERE A ESTUDIOS DE LABORATORIO, DOSÍMETROS, CURSOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA, LO ANTERIOR SIN CARGO A LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO.
- 5. EL PROVEEDOR SERÁ EL RESPONSABLE DE PROPORCIONAR LA RELACIÓN DEL PERSONAL QUE PROPORCIONARÁ ASISTENCIA TÉCNICA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO CON NOMBRE, PROFESIÓN Y TELÉFONO DEL PERSONAL QUE DESTINARÁ PARA LA ATENCIÓN DE LA CONVOCANTE Y LA CUAL PORTARÁ IDENTIFICACIÓN VISIBLE QUE LO ACREDITE COMO EMPLEADO DEL LICITANTE ADJUDICADO BATAS SIN LOGOS INSTITUCIONALES O EMPRESARIALES, LIMPIAS Y EN BUEN ESTADO, PODRÁN CONTENER NOMBRE DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD O LOGOS ACTUALES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO.
- 6. EL PROVEEDOR SERÁ EL RESPONSABLE DE CUIDAR LA IMAGEN INTERIOR Y EXTERIOR DEL VEHÍCULO EN PRÉSTAMO, MANTENIENDO ACTUALIZADOS LOS LOGOTIPOS DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, SOMETIÉNDOSE A LAS RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LA SUBDIRECCIÓN DE MANTENIMIENTO Y SERVICIOS DE

Handwritten signature and page number 31



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO		FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
ÁREA SOLICITANTE: OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)		
PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993	SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	
<p>LA SEDESA, ASÍ COMO A PROPORCIONAR LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS, CUMPLIMIENTO CON TODOS LOS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS COMO TENENCIA, VERIFICACIÓN, SEGURO VEHICULAR, ETC.</p> <p>7. EL PROVEEDOR SERÁ EL RESPONSABLE TOTAL EN CASO DE QUE AL REALIZAR EL SERVICIO OBJETO DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL, INFRINJA PATENTES, MARCAS O VIOLE DERECHOS DE AUTOR.</p> <p>UNIDADES MÓVILES</p> <p>CADA UNIDAD MÓVIL DEBE CONTAR CON:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ACCESO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ; 2. RECEPCIÓN; 3. VESTIDOR Y BAÑO PARA LAS USUARIAS CON EXTRACTOR DE AIRE; 4. SALA DE MASTOGRAFÍA SEPARADA Y DELIMITADA DEL RESTO DE LAS ÁREAS DE LA UNIDAD MÓVIL; 5. LA SALA DEBE CUMPLIR CON LO REQUERIDO POR LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 229-SSA1-2002; 6. AIRE ACONDICIONADO; 7. PLANTA DE LUZ; 8. MANDIL EMPLOMADO; 9. LETREROS Y SEÑALAMIENTOS DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA; <ol style="list-style-type: none"> 9.1. SALA DE ESPERA "SI EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE USTED SE ENCUENTRE EMBARAZADA. INFORME AL MÉDICO O AL TÉCNICO RADIÓLOGO ANTES DE HACERSE LA MASTOGRAFÍA"; 9.2. PUERTA DE ACCESO A LA SALA DE MASTOGRAFÍA "CUANDO LA LUZ ESTE ENCENDIDA SÓLO PUEDE INGRESAR PERSONAL AUTORIZADO"; 9.3. PUERTA DE ACCESO A LA SALA DE MASTOGRAFÍA "RADIACIONES- ZONA CONTROLADA"; 9.4. PUERTA DE ACCESO DEBE CONTAR CON FOCOS ROJOS DE ENCENDIDO AUTOMÁTICO, Y EL SÍMBOLO INTERNACIONAL DE RADIACIONES IONIZANTES". 9.5. BAÑO-VESTIDOR "NO ABRIR ESTA PUERTA A MENOS QUE LA LLAMEN"; 9.6. SALA DE MASTOGRAFÍA "SOLO PUEDE PERMANECER UNA PACIENTE A LA VEZ".; 10. MANUALES <ol style="list-style-type: none"> 10.1. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS; 10.2. PROGRAMA Y MANUAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN CONCORDANCIA CON LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-229-SSA1-2002; 10.3. MANUAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA, CONFORME A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM2-229-SSA1-2002; 10.4. MANUAL DE CONTROL DE CALIDAD, CONFORME A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-229-SSA1-2002; 10.5. MANUALES DE USUARIO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS; 11. AVISO DE FUNCIONAMIENTO; 12. RESPONSABLE SANITARIO; <p>GABINETE RADIOLÓGICO FIJO</p> <p>EN EL GABINETE SE DEBE LLEVAR A CABO LAS INTERPRETACIONES, ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS CON EL MASTOGRAFO DIGITAL Y/O ULTRASONIDO Y REALIZACIÓN DE BIOPSIAS PARA ELLO DEBE DAR CUMPLIMIENTO CON LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM2-229-SSA1-2002.</p>		

Handwritten signature in blue ink.

Handwritten number 32 in pink ink.





CIUDAD DE MÉXICO
 CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO		FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
ÁREA SOLICITANTE: OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)		
PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993	SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	

EN EL SERVICIO DE TOMA DE BIOPSIA DEBE ASEGURARSE EL ENVÍO Y EL RESULTADO DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO.

CADA UNIDAD DEBE CONTAR CON:

1. ACCESO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ;
2. RECEPCIÓN;
3. VESTIDOR Y BAÑO PARA LAS USUARIAS;
4. CONSULTORIO EXCLUSIVO PARA ESTUDIO COMPLEMENTARIO (ULTRASONIDO) CON VESTIDOR INCLUIDO;
5. CONSULTORIO PARA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE CÁNCER DE MAMA;
6. SALA DE MASTOGRAFÍA DIGITAL CON ESTEREOTAXIA SEPARADA Y DELIMITADA;
7. LA SALA DEBE CUMPLIR CON LO REQUERIDO POR LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 229-SSA1-2002;
8. LAS PUERTAS DE ACCESO DEBEN TENER CHAPAS QUE SOLO ABRAN POR DENTRO, PARA ASEGURAR QUE DURANTE EL ESTUDIO NO HAYA ACCESO;
9. AIRE ACONDICIONADO;
10. MANDIL EMPLOMADO;
11. LETREROS Y SEÑALAMIENTOS DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA;
 - 11.1. SALA DE ESPERA "SI EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE USTED SE ENCUENTRE EMBARAZADA. INFORME AL MÉDICO O AL TÉCNICO RADIÓLOGO ANTES DE HACERSE LA MASTOGRAFÍA";
 - 11.2. PUERTA DE ACCESO A LA SALA DE MASTOGRAFÍA "CUANDO LA LUZ ESTE ENCENDIDA SÓLO PUEDE INGRESAR PERSONAL AUTORIZADO";
 - 11.3. PUERTA DE ACCESO A LA SALA DE MASTOGRAFÍA "RADIACIONES- ZONA CONTROLADA";
 - 11.4. PUERTA DE ACCESO DEBE CONTAR CON FOCOS ROJOS DE ENCENDIDO AUTOMÁTICO, Y EL SÍMBOLO INTERNACIONAL DE RADIACIONES IONIZANTES".
 - 11.5. BAÑO-VESTIDOR "NO ABRIR ESTA PUERTA A MENOS QUE LA LLAMEN";
 - 11.6. SALA DE MASTOGRAFÍA "SOLO PUEDE PERMANECER UNA PACIENTE A LA VEZ".;
12. MANUALES
 - 12.1. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS;
 - 12.2. PROGRAMA Y MANUAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN CONCORDANCIA CON LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-229-SSA1-2002;
 - 12.3. MANUAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA, CONFORME A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM2-229-SSA1-2002;
 - 12.4. MANUAL DE CONTROL DE CALIDAD, CONFORME A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-229-SSA1-2002;
 - 12.5. MANUALES DE USUARIO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS;
13. AVISO DE FUNCIONAMIENTO;
14. RESPONSABLE SANITARIO;

EQUIPOS MÉDICOS

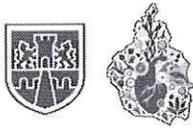
LOS EQUIPOS DEBERÁN ESTAR EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO, LAS MARCAS Y MODELOS PROPUESTOS DEBERÁN ESTAR VIGENTES POR PARTE DEL FABRICANTE.

NO SE ACEPTARÁ PROPUESTAS DE EQUIPOS QUE OSTENTEN LAS LEYENDAS "ONLY EXPORT" NI "ONLY INVESTIGATION", DESCONTINUADOS O CUYO USO NO SE AUTORIZA EN EL PAÍS DE ORIGEN, O QUE CUENTEN CON ALERTAS MÉDICAS O DE CONCENTRACIONES POR PARTE DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS MEXICANAS, FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA) Y/O LA COMUNIDAD ECONÓMICA EUROPEA (CE), SEGÚN CORRESPONDA.

HJ

H

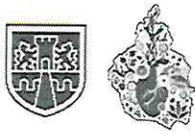




UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO		FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
ÁREA SOLICITANTE: OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)		
PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993	SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	
EL PROVEEDOR DEBERÁ PROPORCIONAR TODOS LOS EQUIPOS EN PRÉSTAMO PERMANENTE E INSUMOS NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.		
MANTENIMIENTO		
MANTENIMIENTO PREVENTIVO		
DEBERÁ ENTREGAR A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS, CALENDARIO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS POR CADA EQUIPO, INSTRUMENTAL MÉDICO Y UNIDAD MÓVIL OFERTADO CON SU RUTINA DE MANTENIMIENTO AL MOMENTO DE LA FIRMA DEL FORMATO DE RECEPCIÓN DEL BIEN.		
EL PROVEEDOR NOTIFICARÁ AL RESPONSABLE DEL SISTEMA INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES UNA SEMANA ANTES DE LA FECHA PROGRAMADA DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO. A LA CONCLUSIÓN, EL PROVEEDOR ADJUDICADO GENERARÁ LA ORDEN DE SERVICIO, LA CUAL SERÁ FIRMADA ÚNICAMENTE POR EL RESPONSABLE DEL SERVICIO Y DEBERÁ ENVIARSE FIRMADA EN PDF AL CORREO ELECTRÓNICO SEDESASTI@GMAIL.COM Y SEDESASERVINT@GMAIL.COM DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS PARA DAR SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO. A LA CONCLUSIÓN DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SE COLOCARÁ UNA ETIQUETA QUE INDIQUE LA FECHA DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y LA PRÓXIMA FECHA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE ACUERDO CON EL NUMERAL 16 IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO.		
MANTENIMIENTO CORRECTIVO		
PARA DAR ATENCIÓN A LOS REPORTES EN EL CASO DE FALLAS DEL EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL Y UNIDAD MÓVIL, EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ EFECTUAR LAS REPARACIONES NECESARIAS CON PIEZAS NUEVAS Y ORIGINALES O SUBSTITUIR LOS EQUIPOS POR OTROS DE LAS MISMAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, EN UN PLAZO MÁXIMO DE 12 HORAS, CONTADAS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DEL REPORTE QUE EL PERSONAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS REALICE VÍA TELEFÓNICA Y CORREO ELECTRÓNICO, DONDE SE ASIGNARÁ EL NÚMERO DE FOLIO DE REPORTE CORRESPONDIENTE. DICHO MANTENIMIENTO DEBERÁ SER SUPERVISADO POR EL RESPONSABLE DEL SERVICIO. PARA AQUELLOS EQUIPOS QUE QUEDEN FUERA DE SERVICIO POR MÁS DE 24 HORAS SE DEBERÁ PROPORCIONAR OTRO EQUIPO DE CARACTERÍSTICAS SIMILARES, SI EL EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL Y/O UNIDAD MÓVIL PRESENTARÁ EN UN PERIODO DE TREINTA DÍAS, TRES INCIDENCIAS CORRECTIVAS DEBERÁN SUSTITUIRLO EN LAPSO NO MAYOR A 12 (DOCE) HORAS POR OTRO DE IGUAL O MAYORES CARACTERÍSTICAS, UNA VEZ SOLUCIONADA LA FALLA, EL PROVEEDOR ADJUDICADO GENERARÁ LA ORDEN DE SERVICIO, LA CUAL SERÁ FIRMADA ÚNICAMENTE POR EL COORDINADOR DE UNIDADES MÓVILES Y DEBERÁ ENVIARSE FIRMADA EN PDF AL CORREO ELECTRÓNICO SEDESASTI@GMAIL.COM DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS PARA DAR SEGUIMIENTO AL SOPORTE TÉCNICO DE LOS EQUIPOS Y/ INSTRUMENTAL.		
TECNOVIGILANCIA		
SE DEBERÁ NOTIFICAR EN CASO DE QUE OCURRA UN INCIDENTE, INCIDENTE ADVERSO A LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS.		

[Handwritten signature]





ANEXO 1.2
RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS, EQUIPOS MÉDICO, UNIDAD MÓVIL E INSUMOS
RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA DIGITAL

PROCEDIMIENTOS A REALIZAR EN EL SERVICIO INTEGRAL

No.	PROCEDIMIENTO	CANTIDAD APROXIMADA DE ACUERDO CON LAS ESTADÍSTICAS DE LA NOM-041-SSA2-2011
1	MASTOGRAFÍA DIGITAL DE TAMIZAJE	54000
2	ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (MASTOGRAFÍA Y ULTRASONIDO)	1626 A 3780
3	BIOPSIA	1566

NOTA: A TODOS LAS (LOS) PACIENTES SE LES REALIZARÁ LA MASTOGRAFIA DIGITAL DE TAMIZAJE

MASTOGRAFÍA DIGITAL DE TAMIZAJE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
TOTAL:	0	0	2858	2270	4970	3656	3587	3204	5227	16135	8229	3864	54000

RELACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS EN LAS UNIDADES MÓVILES

NO. PARTIDA	ANEXO TÉCNICO	EQUIPOS	CANTIDAD
1	1.3	MASTÓGRAFOS DIGITALES	12

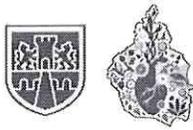
NO. PARTIDA	ANEXO TÉCNICO	UNIDAD MÓVIL	CANTIDAD
2	1.3	UNIDAD MÓVIL	12

NO. PARTIDA	ANEXO TÉCNICO	EQUIPOS DE COMPUTACIÓN Y RADIO COMUNICACIÓN	CANTIDAD
3	1.3	COMPUTADORAS PORTÁTILES	14
4	1.3	EQUIPOS DE COMUNICACIÓN MÓVIL	12

Handwritten signature in blue ink.

Handwritten mark in pink ink.





RELACIÓN DE INSUMOS EN LAS UNIDADES MÓVILES

NO. PARTIDA	ANEXO TÉCNICO	INSUMOS	CANTIDAD (LAS NECESARIAS POR ESTUDIO)
1	1.4	GUANTES DESECHABLES TAMAÑO CHICO	1
2	1.4	GUANTES DESECHABLES TAMAÑO MEDIANO	1
3	1.4	GUANTES DESECHABLES TAMAÑO GRANDE	1
4	1.4	BATAS DESECHABLES	1
5	1.4	TOALLAS HÚMEDAS	1
6	1.4	GEL ANTIBACTERIAL	1
7	1.4	CD/DVD APTOS PARA GRABACIÓN DE ESTUDIOS	1

NOTA: EL NÚMERO 1, EN LA CANTIDAD ES REPRESENTATIVO, SIGNIFICA LA CANTIDAD NECESARIA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DEPENDIENDO LOS ESTUDIOS REALIZADOS.

Handwritten signature in blue ink.

Handwritten mark in pink ink.





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 1.3
FICHA TÉCNICA MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL

**USAR LA FICHA TÉCNICA MASTÓGRAFO,
EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL EN
EXCEL EDITABLE, PROPORCIONADA POR LA
CONVOCANTE RESPETANDO EL FORMATO.
PARA LA ELABORACIÓN DE SU PROPUESTA
DE LA FICHA TÉCNICA, DEBERÁ USAR EL
MISMO ARCHIVO ENTREGADO A SU
REPRESENTADA.
DEBERÁ ATENDER LO SOLICITADO EN EL
ANEXO 1, "ANEXO TÉCNICO".**

Handwritten signatures in blue and pink ink.



2025
Año de
La Mujer
Indígena

70
AÑOS
DE LA FUNDACIÓN DE
TENOCHTITLAN

ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA EQUIPO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL

 CIUDAD DE MÉXICO <small>GOBIERNO FEDERAL</small>	<h3 style="margin: 0;">FICHA TÉCNICA DE EQUIPO MÉDICO</h3>	FOLIO DMTI: 115-2024 <hr/> NO. DE PARTIDA: 3993 <hr/> VERSIÓN: 2-2025
SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	IDENTIFICADOR DE FICHA:	
SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS		

I. DATOS DEL OFERENTE

EMPRESA:	MARCA:
FABRICANTE:	MODELO:
PAÍS DE ORIGEN:	CANTIDAD OFERTADA:

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN

NOMBRE:	CANTIDAD:
MASTOGRAFO DIGITAL	12
DEFINICIÓN:	CLAVE CNIS:
EQUIPO FIJO PARA REALIZAR ESTUDIOS RADIOLÓGICOS DE MAMA CON ADQUISICIÓN DE IMAGEN DIGITAL DE CAMPO COMPLETO	531.341.2487

III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN

ESPECIFICACIONES DEL BIEN	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	HIPERVÍNCULO (REFERENCIA A CATALÓGOS, MANUALES, O CUALQUIER OTRO RECURSO QUE DESCRIBA EL BIEN OFERTADO)	PÁGINA DEL CATÁLOGO, MANUAL O FOLLETO DEL ARCHIVO PDF	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1.- DESCRIPCIÓN:				
1.1 Generador de rayos X de alta frecuencia				
1.1.1 Potencia de 4KW o mayor				
1.1.2 Rango de Kv de 23 o menor a 35 o mayor con incrementos de 1Kv				
1.1.3 Rango de mas de 5 o menor a 400 o mayor				
1.2 Tubo de rayos X				
1.2.1 Ánodo rotatorio de Mo,Rh o W				
1.2.2 Capacidad calorífica del ánodo de 160.000 HU o mayor				
1.2.3 filtro de Mo,Rh, al o Ag y/o sus combinaciones				
1.2.4 Puntos focales de 0.1 y 0.3 mm				
1.3 Detector digital				
1.3.1 De silicio o selenio amorfo				
1.3.2 Tamaño de 23 cm o mayor po 26 cm o mayor				
1.3.3 Resolución de 14 bits o mayor				
1.3.4 tamaño de pixel de 100 micrometros o menor				
1.3.5 Matriz de al menos 2800 x 3500 o mayor				
1.3.6 Eficiencia cuantica de detección DQE @ 1lp/mm >=50%				
1.3.7 Eficiencia cuantica de detección DQE @ 5 lp/mm >=25%				
1.4 Brazo motorizado				
1.4.1 Colimador automático y seleccionable por el usuario				
1.4.2. Movimiento de rotación de -100° a +180° o mayor				
1.4.3 Desplazamiento vertical de 55 cm o mayor				
1.4.4 Distancia foco imagen igual o mayor a 65 cm				
1.4.5 Indicador de espesor de mama comprimida, de fuerza compresión y angulación del brazo				
1.4.6 Sistema de compresión motorizada y manual				
1.4.7 Fuerza de compresión de 111 a 200N				
1.4.8 Magnificador de 1.5 x ó 1.8x ó mayor				
1.5 Paleta de compresión				
1.5.1 Para mama grande				

118

18

1.5.2 Para mama pequeña				
1.6 Cono de compresión				
1.7 Cono de magnificación				
1.8 Paleta 7,5 cm de contacto puntual				
1.9 Con sistema luminoso para indicar la limitación del campo				
1.10 Interruptor de pie o de mano				
1.11 Control de exposición automático (AEC)				
1.12 Herramientas de control de calidad				
1.13 Estación de adquisición				
1.13.1 Pantalla LCD o TFT de visualización de 19" o mayor				
1.13.2 Matriz de al menos dos Megapíxeles				
1.13.3 Licencias DICOM 3.0				
1.13.3.1 Worklist				
1.13.3.2 Print				
1.13.3.3 Storage				
1.13.3.4 Storage commitment				
1.13.3.5 Query/retrieve				
1.13.4 Herramientas para grabado de imagen con licencia DICOM media storage				
1.13.5 Herramientas de control de calidad				
1.13.6 Disco duro de al menos 1 Tera				
1.14 Para uso en unidades móviles				
1.14.1 Fijación sólida diseñada para soportar baches, vibraciones				
1.15 Comunicación con sistema RIS-PACS interno entre las unidades móviles el cual permita envío de información con el sistema de información de cáncer de la mujer (SICAM)				
2.- ACCESORIOS:				
2.1 UPS				
2.2 Mandil emplomado				
3.- ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA:				
3.1.- 200-220V +/-10%, 50/60 Hz				

IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA

OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN	DESCRIPCIÓN DEL OFERENTE	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1.- El proveedor adjudicado deberá realizar en la instalación del bien lo siguiente:		
1.1. Tomar en cuenta las instalaciones de la unidad hospitalaria, derivado de su visita son las características con las que se entregarán las áreas donde se instalarán los equipos, por lo que para la instalación de los mismos el proveedor adjudicado deberá hacer las adecuaciones necesarias en caso de que se requiera, sin costo para la Secretaría.		
1.2.- Realizar el transporte, desembalaje, entrega e instalación, sin costo para la Secretaría para el correcto funcionamiento del equipo.		
1.3.- Las maniobras de acarreo hasta el lugar de la instalación, incluyendo elevación con grúa en caso de ser necesario de los bienes, será responsabilidad del proveedor adjudicado sin generar costo adicional para la Secretaría.		
1.4.- Si durante las maniobras de carga, descarga, entrega, recepción, instalación y puesta en operación del bien la infraestructura hospitalaria sufriera algún daño este será cubierto por el proveedor.		
1.5.- Pruebas de calidad del equipo conforme a normatividad, posterior a la instalación del equipo y previo a su recepción definitiva.		

V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)

PRESENTAR LO SIGUIENTE:	HIPERVÍNCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO)	NÚMERO DE DOCUMENTO	VIGENCIA	EVALUACIÓN DE LA CONVOCANTE
1.- REGISTRO SANITARIO:				
1.1.- Registro Sanitario vigente emitido por la COFEPRIS, anverso y reverso.				
1.2.- Registro Sanitario no vigente prórroga y comprobante de pago de derechos.				

1.3. En caso de que el bien no requiera Registro Sanitario: carta de no requerimiento emitida por la COFEPRIS o copia de la publicación del Diario Oficial de la Federación de fecha 22 de diciembre de 2014.				
PARA BIENES INTERNACIONALES ANEXAR ADEMÁS:	HIPERVÍNCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO)	NÚMERO DE DOCUMENTO	VIGENCIA	EVALUACIÓN DE LA CONVOCANTE
IV.- CERTIFICADO DE LIBRE VENTA: FDA O CE O JIS O EQUIVALENTE SEGÚN PAÍS DE ORIGEN.				
V.- CERTIFICADO ISO:13485:2016.				
PARA BIENES NACIONALES ANEXAR ADEMÁS:	HIPERVÍNCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO)	NÚMERO DE DOCUMENTO	VIGENCIA	EVALUACIÓN DE LA CONVOCANTE
VI.- Certificado de la NOM-241-SSA1-2012. Buenas prácticas de fabricación expedido por la COFEPRIS.				
5.- Certificado ISO:13485:2016.				
CARTA DE APOYO	HIPERVÍNCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO)	EVALUACIÓN DE LA CONVOCANTE		
1.3.1 Carta de Apoyo del Fabricante				
Carta de Apoyo del Fabricante, en papel membretado del Fabricante				
1.3.2 Distribuidor Autorizado que compra directamente al Titular del Registro Sanitario				
Carta de apoyo del Titular del Registro Sanitario en papel membretado de él.				
Y				
Carta elaborada en papel membretado del Titular del Registro Sanitario donde conste que es Distribuidor autorizado del Fabricante				
1.3.3. Distribuidor Secundario que compra directamente a un distribuidor autorizado				
Carta de Apoyo del Fabricante, Titular del Registro Sanitario, Distribuidor primario y/o secundario				
Carta elaborada en papel membretado por el Distribuidor Primario donde conste que es Distribuidor Autorizado				
O				
Documentación probatoria del acuerdo o contrato de la asignación como Distribuidor Primario en México por el Fabricante				

 CIUDAD DE MÉXICO <small>CAPITAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS</small>		FICHA TÉCNICA DE UNIDAD MOVIL		FOLIO DMTI: 115-2024
SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO				NO. DE PARTIDA: 3993
SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS		IDENTIFICADOR DE FICHA:		VERSIÓN: 2-2025

I. DATOS DEL OFERENTE			
EMPRESA:		MARCA:	
FABRICANTE:		MODELO:	
PAÍS DE ORIGEN:		CANTIDAD OFERTADA:	

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN			
NOMBRE:	UNIDAD MOVIL	CANTIDAD:	12
DEFINICIÓN:	UNIDAD VEHICULAR ADAPTABLE PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA REALIZAR MASTOGRAFÍAS EN CAMPAÑAS	CLAVE CNIS:	531.341.2487

III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN				
ESPECIFICACIONES DEL BIEN	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	HIPERVÍNCULO (REFERENCIA A CATALOGOS, MANUALES, O CUALQUIER OTRO RECURSO QUE DESCRIBA EL BIEN OFERTADO)	PÁGINA DEL CATALOGO, MANUAL O FOLLETO DEL ARCHIVO PDF	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1.- DESCRIPCIÓN:				
1.1 Deberá adaptarse para cumplir la NOM 229-SSA1-2002				
1.2 Acceso para personas con discapacidad motriz. rampa o elevador				
1.3 Debe tener área de recepción				

1.4 Debe contra con un vestidor				
1.5 Sala de mastografía				
1.5.1 Aire acondicionado para mantener la temperatura para el óptimo funcionamiento del equipo así como en toda la unidad				
1.5.2 Deshumificador para mantener las condiciones para el óptimo funcionamiento del equipo				
1.5.3 Delimitar el área de sala de mastografía				
1.5.4 Toda la señalítica de acuerdo con la normatividad vigente				
1.5.4.1 Sala de espera " Si , existe la posibilidad de que se encuentre embarazada, informe al médico o al técnico radiólogo antes de hacerse la mastografía"				
1.5.4.2 En puertas principales de acceso a la sala de mastografía "Cuando este la luz encendida solo puede ingresar personal autorizado"				
1.5.4.3 En sanitarios y vestidores que tengan acceso a la sala de mastografía, " No abrir la puerta a menos que la llamen"				
1.5.4.4 Interior de la Sala de mastografía " En esta sala, solo puede permanecer un paciente a la vez "				
1.5.4.5 En puertas principales de acceso a la sala de mastografía; foco rojo de encendido automático, símbolo internacional de radiaciones ionizantes				
1.6 Planta de luz para suministro de energía a todas las áreas de la unidad incluyendo aire acondicionado, iluminación etc.				
1.7 levantamiento de niveles de radiación de cada sala de mastografía con antigüedad no mayor a seis meses, elaborado por un tercero especializado en seguridad radiológica				
1.8 Deberá entregar un croquis de cada una de las unidades solicitadas de como es la distribución de áreas, donde se visualice las dimensiones de cada espacio.				
2.- ACCESORIOS:				
2.1 Dos bancas para vestidor				
2.2 Cesto de basura, uno por cada área				
2.3 Módulo de aseo de manos completo (lavabo, despachador de sanitas, de jabón y gel antibacterial)				
2.4 Un escritorio para médico				
2.5 Tres bancos neumáticos giratorios de acero				
2.6 Una gaveta para guarda de insumos				

 CIUDAD DE MÉXICO <small>SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO</small> <small>SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS</small>	FICHA TÉCNICA DE OTROS EQUIPOS DE APOYO		FOLIO DMTI: 115-2024
			NO. DE PARTIDA: 3993
	IDENTIFICADOR DE FICHA:		VERSIÓN: 2-2025

I. DATOS DEL OFERENTE			
EMPRESA:		MARCA:	
FABRICANTE:		MODELO:	
PAÍS DE ORIGEN:		CANTIDAD OFERTADA:	

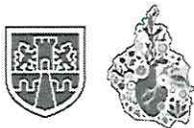
II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN				
NOMBRE:	EQUIPOS DE APOYO AL SERVICIO INTEGRAL		CANTIDAD:	VARIOS
DEFINICIÓN:	UNIDAD VEHICULAR ADAPTABLE PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA REALIZAR MASTOGRAFÍAS EN CAMPAÑAS		CLAVE CNIS:	531.341.2487

III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN				
ESPECIFICACIONES DEL BIEN	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	HIPERVÍNCULO (REFERENCIA A CATALOGOS, MANUALES, O CUALQUIER OTRO RECURSO QUE DESCRIBA EL BIEN OFERTADO)	PÁGINA DEL CATALOGO, MANUAL O FOLLETO DEL ARCHIVO PDF	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1.- DESCRIPCIÓN:				

1.1 Computadoras portátil (12 para las unidades móviles y dos para la Jud. de Instrumentación de proyectos)				
1.1.1 Sistema operativo windows diez home. incluye licencia				
1.1.2. Procesador Intel Inside				
1.1.3 Velocidad 1.6 Hz hasta 2.4 Ghz				
1.1.4 Motor gráfico intel HD grafics				
1.1.5 video integrado				
1.1.6. Memoria RAM: 4 GB DDR3L				
1.1.7 Pantalla 15.6 pulgadas				
1.1.7. 1 Tipo LED				
1.1.7.2 Resolución de la pantalla 1366 x768				
1.1.7.3 Unidad optica cd/dvd rw +/-				
1.18 Conectividad HDMI. BLUETOOTH. USB 2.0. USB 3.0. Lector de tarjetas				
1.1.9 Paquetería Office 2010 incluye licencia perpetua				
1.1.10. impresora laser (12) incluye los toner necesarios durante la vigencia del contrato				
1.1.11 Paquete de hojas Bond. tamaño carta.las				
2. Equipo de comunicación móvil (12)				
2.1 Sistema de comunicación móvil				
2.2 Incluye plan de telefonía durante la vigencia del contrato				

NOMBRE DEL OFERENTE, APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA
R.F.C DEL OFERENTE:



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 1.4
FICHA TÉCNICA DE INSUMOS

USAR LA FICHA TÉCNICA DE INSUMOS EN EXCEL EDITABLE, PROPORCIONADA POR LA CONVOCANTE RESPETANDO EL FORMATO. PARA LA ELABORACIÓN DE SU PROPUESTA DE LA FICHA TÉCNICA, DEBERÁ USAR EL MISMO ARCHIVO ENTREGADO A SU REPRESENTADA. DEBERÁ ATENDER LO SOLICITADO EN EL ANEXO 1, "ANEXO TÉCNICO".



ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS

 GOBIERNO DEL PERÚ SECRETARÍA DE SALUD DE LA LEONOR DE HERRERA SUBDIRECCIÓN TÉCNICA DE INSUMOS	FICHA TÉCNICA DE INSUMOS FOLIO DIME 115-2024 PARTIDA PRESUPUESTAL 1913 VERSIÓN 2-2025
--	--

I. DATOS DEL OFERENTE

Nombre del Representante Local: _____

II. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LOS BIENES SOLICITADOS Y OFERTADOS

No.	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	UNIDAD DE MEDIDA OFERTADA	PAÍS DE ORIGEN	MARCAS	CATEGORÍA	NUM. DE PARTE O ALIADO	CATEGORÍA	CARTAS DE FABRICANTE	PÁGINA DEL CATALOGO	HIPERVINCULO O CUALQUIER OTRO RECURSO QUE DESCRIBA EL BIEN OFERTADO	DOCUMENTOS HIPERVINCULADOS Y REFERENCIADOS	EVALUACIÓN (USO EXTRANJERO) DEL BIEN OFERTADO
1	INMEDIANTE PARA EXAMEN CON MICROSCOPIO DE LUZ	FECHA	MANEJARLAS DURANTE LA OFERTA	INMEDIANTE PARA EXAMEN CON MICROSCOPIO DE LUZ	FECHA										
2	INMEDIANTE PARA EXAMEN CON MICROSCOPIO DE LUZ	FECHA	MANEJARLAS DURANTE LA OFERTA	INMEDIANTE PARA EXAMEN CON MICROSCOPIO DE LUZ	FECHA										
3	INMEDIANTE PARA EXAMEN CON MICROSCOPIO DE LUZ	FECHA	MANEJARLAS DURANTE LA OFERTA	INMEDIANTE PARA EXAMEN CON MICROSCOPIO DE LUZ	FECHA										
4	INMEDIANTE PARA EXAMEN CON MICROSCOPIO DE LUZ	FECHA	MANEJARLAS DURANTE LA OFERTA	INMEDIANTE PARA EXAMEN CON MICROSCOPIO DE LUZ	FECHA										
5	INMEDIANTE PARA EXAMEN CON MICROSCOPIO DE LUZ	FECHA	MANEJARLAS DURANTE LA OFERTA	INMEDIANTE PARA EXAMEN CON MICROSCOPIO DE LUZ	FECHA										
6	INMEDIANTE PARA EXAMEN CON MICROSCOPIO DE LUZ	FECHA	MANEJARLAS DURANTE LA OFERTA	INMEDIANTE PARA EXAMEN CON MICROSCOPIO DE LUZ	FECHA										
7	INMEDIANTE PARA EXAMEN CON MICROSCOPIO DE LUZ	FECHA	MANEJARLAS DURANTE LA OFERTA	INMEDIANTE PARA EXAMEN CON MICROSCOPIO DE LUZ	FECHA										

NOMBRE DEL USUARIO AUTORIZADO PARA EL REGISTRO
FECHA
FIRMA DEL USUARIO

HS



ANEXO 1.5
ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS

INSTRUCCIONES PRESENTACIÓN DE MUESTRAS

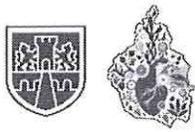
EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR MUESTRAS FÍSICAS ÚTILES DEL 100% DE LOS RENGLONES ENLISTADOS, PARA LO CUAL DEBERÁ CONSIDERAR LO SIGUIENTE:

EL NO PRESENTAR MUESTRAS Ó PRESENTAR MUESTRAS QUE NO CUMPLAN CON LAS CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS, Ó PRESENTARLAS FUERA DEL PLAZO ESTABLECIDO SERÁ MOTIVO DE DESECHAMIENTO DE LAS PROPUESTAS. MUESTRAS.

NO.	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN
1	UNIDAD MÓVIL EQUIPADA CON MASTOGRAFO Y EQUIPO DE APOYO	PIEZA	1	
2	GUANTES PARA EXPLORACIÓN AMBIDIESTRO, NO ESTÉRILES, DE LÁTEX, DESECHABLES TAMAÑO CHICO	PIEZA	1	
3	GUANTES PARA EXPLORACIÓN AMBIDIESTRO, NO ESTÉRILES, DE LÁTEX, DESECHABLES TAMAÑO MEDIANO	PIEZA	1	
4	GUANTES PARA EXPLORACIÓN AMBIDIESTRO, NO ESTÉRILES, DE LÁTEX, DESECHABLES TAMAÑO GRANDE	PIEZA	1	
5	BATAS DESECHABLES PARA PACIENTE,	PIEZA	1	
6	TOALLAS HÚMEDAS, HIDRATANTES, ADICIONADAS CON HUMECTANTES Y EMOLIENTES, DERMATOLÓGICAMENTE PROBADAS, ELABORADA DE FIBRAS NATURALES, LIBRE DE ALCOHOL Y PARABENOS	PIEZA	1	
7	GEL ANTISÉPTICO PARA MANOS QUE NO REQUIERE ENJUAGUE, FORMULADO A BASE DE ALCOHOL ETÍLICO DE 60-80% W/W ADICIONADO CON HUMECTANTES Y EMOLIENTES, HIPOALERGÉNICO	PIEZA	1	
8	EJEMPLO DE LAS DOS ETIQUETAS CON DATOS DE UN EQUIPO, UNA ETIQUETA VERDE DE FECHA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y ETIQUETAS COLOR BLANCO CON CÓDIGO QR, LOS DATOS NO DEBEN IR A UNA PÁGINA WEB	PIEZA	1	
9	CARPETA EJECUTIVA POR CADA UNIDAD MÓVIL, CONFORME AL NUMERAL 23 DEL PRESENTE ANEXO TÉCNICO.	PIEZA	12	
10	ASISTENCIA DE LAS TÉCNICAS RADIOLÓGAS	PERSONAL	12	

Handwritten signature in blue ink.

Handwritten signature in pink ink.



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

FIRMAS DE LOS EVALUADORES

NOMBRE DEL PERSONAL DE LA DGPSMU
FIRMA

NOMBRE DEL PERSONAL DE LA DMTI
FIRMA

ACEPTO LAS PRUEBAS QUE SE REALIZARÁN COMO PARTE DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA

NOMBRE DEL OFERENTE, APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA
R F C DEL OFERENTE:

[Handwritten signature in blue ink]

[Handwritten mark in pink ink]



2025
Año de
La Mujer
Indígena

70
AÑOS
DE LA FUNDACIÓN DE
TENOCHTITLAN



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 1.6
INFORME DIARIO

FECHA: _____

UNIDADES MEDICAS MÓVILES
INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES

UNIDAD MÓVIL NO. _____
HORA DE LLEGADA: _____

NOMBRE DE SEDE: _____
HORA DE SALIDA: _____

DESCRIPCIÓN	FUNCIONA	NO FUNCIONA	DESCRIPCIÓN	FUNCIONA	NO FUNCIONA
INFRAESTRUCTURA			SEDE		
ESCALERAS FUNCIONALES			BAJADA DE LUZ "220 V":		
BARANDALES			ESPACIO PARA LA UNIDAD:		
LIMPIEZA DEL ÁREA DE TOMA DE MASTOGRAFÍA			SEGURIDAD EN LA JORNADA:		
LIMPIEZA DEL MASTÓGRAFO			DIFUSIÓN VISIBLE DE LA JORNADA		
LIMPIEZA DE LA UNIDAD			EQUIPO / INSUMO		
BUZÓN DE QUEJAS Y SUGERENCIAS			GUANTES (50 PZS)		
RECURSOS HUMANOS.			BATAS (50 PZS)		
OPERADOR			TOALLAS HÚMEDAS		
TÉCNICO			GEL ANTIBACTERIAL		
CAPTURISTA			AROMATIZANTE		
UNIFORME (BATA LIMPIA)			MATERIAL DE LIMPIEZA		
INDICACIONES AL PACIENTE (TOMA DE MASTOGRAFÍA)			MASTÓGRAFO FUNCIONAL Y CALIBRADO		
			EQUIPO DE COMPUTO		

OBSERVACIONES:

RESPONSABLE DE LA UNIDAD

RESPONSABLE DE LA JORNADA

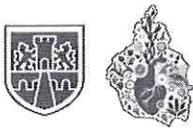
NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA



2025
Año de
La Mujer Indígena





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 1.7
REPORTE MENSUAL



ANEKO 2.2
Concentrado de Procedimientos
Partida Presupuestal: 3993 "Servicios Subrogados"
Empresa requiriente: Nombre de la empresa completo

Periodo:
Inicio: dd-mm-aaaa
Termino: dd-mm-aaaa

SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRÁFIA EN UNIDADES MÓVILES

Consecutivo	Médico	Fecha de Realización DD-MMM-AAAA	Clave	Nombre del Paciente	BIRADS	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Número de Mastografías realizadas

Handwritten signature in blue ink.

Handwritten signature in pink ink.





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 1.8
FORMATO FEDERAL CÁNCER DE MAMA

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA CÁNCER DE LA MUJER
EXPLORACIÓN CLÍNICA

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

1. Institución 4. Subtipo
 2. Entidad 4.1 Localidad
 3. Jurisdicción 5. Unidad Médica
 6. Clave

II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

CLAVE DE LA PACIENTE

7. Nombre
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (D)
 8. Entidad de nacimiento 9. CURP
 10. Fecha de nacimiento 11. Edad
 DDDMMAAAA
 12. Dirección Calle y número Colonia Localidad/Municipio/Estado
 Código postal Entidad Federativa Jurisdicción Teléfono
 13. Otro domicilio Calle y número Colonia Localidad/Municipio/Estado
 14. Otro Teléfono 15. Correo electrónico 16. Tiempo de residencia actual Menos de un año De 1 a 5 años
 Más de 5 años
 17. Afiliación: NINGUNA IMSS IMSSSTE SEDESA IMSS-PROSPERA PEMEX ESTATAL MUNICIPAL PRIVADA OTRO
 18. Número de afiliación o póliza

III. FACTORES DE RIESGO

19. Fecha de ablación
 20. En que familiares tiene antecedentes de cáncer mamario: Madre Hermana Hija 1 y 2 1 y 3 2 y 3 Otro Ninguno
 21. Presente menopausia: 1. Sí 2. No 21.1 Edad de presentación de la menopausia
 22. Otros factores de riesgo

IV. DATOS CLÍNICOS

23. Signos clínicos
 1. Nódulos axilares, irregulares de consistencia dura fijos a planos profundos
 2. Caudales cutáneos enérgicos (piel de naranja, retracción de la piel, lesión erosiva que no cicatriza o pústulas del tratamiento)
 3. Zona de extirpación en el tejido glandular focalizado a una sola mama y región
 4. Dolor en axilas
 5. Crecimiento glandular axilar o supraclavicular
 6. Hinchazón o fijación del pecho
 7. Ninguno
 24. Fecha de inicio del primer síntoma o signo
 25. Localización:
 AXILA IZQUIERDA SUPRACLAVICULAR 14
 AXILA DERECHA SUPRACLAVICULAR 15
 MAMA IZQUIERDA 16
 MAMA DERECHA 17
 26. D.F.C. de examen mamario al estudio

V. REFERENCIA

27. Condición a seguir: 1) Detención de rutina en un año 2) Mamografía de rutina 3) Referencia o evaluación complementaria (Mast. Densitométrica + USG)
 28. Motivo de la referencia: 1) Tumores palpables 2) Signos sugestivos 3) Mamografía anormal
 4) Factores de riesgo
 29. Fecha de la referencia

HJ

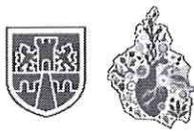
H

AUTORIZACIÓN DE LA PACIENTE



2025
Año de
La Mujer
Indígena





**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO
"ESTUDIO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA"**

INDICACIONES GENERALES.- Este formato debe llenarse de manera completa (original y copia) de acuerdo a las definiciones operacionales de detección, caso probable y caso confirmado de cáncer de mama. Complete únicamente los rubros faltantes; utilice una casilla para cada letra o número (con bolígrafo de tinta oscura, letra de molde en mayúsculas y sin acentos o símbolos y números arábigos). Los incisos del 1 al 29 serán llenados en detecciones y se enviará únicamente la primera hoja (copia) al nivel correspondiente para su captura.

I. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD (1-6).- Debe disponerse de los nombres de los niveles y áreas correspondientes a la unidad que realizó la detección (Institución, entidad, jurisdicción, municipio, localidad, unidad médica y clues).

II. IDENTIFICACION DE LA PACIENTE (7-17).- Se refiere a los datos de la mujer a la que se realiza la detección de cáncer de mama. *Este inciso debe llenarse obligatoriamente en forma completa, clara y con letra de molde en los espacios correspondientes.*

- 7. **Nombre:** Debe anotar el nombre completo de soltera de la paciente, en mayúsculas, sin acentos y sin abreviaturas.
- 8. **Entidad de nacimiento:** Anote el nombre de la entidad de nacimiento.
- 9. **CURP:** Anote la clave única de registro de población.
- 10. **Fecha de Nacimiento:** datos de la credencial de elector (números arábigos).
- 11. **Edad:** Años cumplidos.
- 12. **Domicilio:** Anote el lugar en el que la paciente ha vivido los últimos 6 meses.
- 13. **Otro domicilio:** Anote otro lugar donde se le pueda localizar.
- 14. **Otro teléfono:** Anotar si lo tiene.
- 15. **Correo electrónico:** Anotar si lo tiene.
- 16. **Tiempo de residencia actual:** Debe anotar el tiempo que lleve de residir en el domicilio actual, conforme al inciso que le corresponda.
- 17. **Afiliación:** Debe anotar la institución a la que esta adscrita, las que sean de SSA se anotara como NINGUNA (Inciso 0) y Seguro Popular como CNPSS (inciso 11).
- 17.1 **Número de afiliación o póliza:** Debe anotar el número asignado por el Seguro Popular.

III. FACTORES DE RIESGO (18-22).- Características de los antecedentes.

- 18. **Fecha de atención:** Anote día, mes y año en el rectángulo.
- 19. **Edad de la presentación de la menarca:** Anote años (mayor de 7 y menor de 21)
- 20. **En que familiares tiene antecedentes de cáncer mamario:** Elija la respuesta referida por la paciente (opciones del 1 al 8).
- 21. **Presencia Menopausia:** Anote 1 en afirmativo y 2 en negativo.
- 21.1 **Edad de la menopausia:** Anote años de presentación de la menopausia.
- 22. **Otros factores de riesgo:** Si no tiene otro factor de riesgo se deja vacía la opción.

IV. DATOS CLINICOS (23-26).

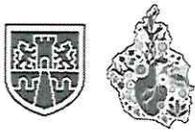
- 23. **Signos clínicos:** Anotar en el (los) recuadros lo encontrado por el médico o enfermera en la exploración de las mamas. Signo o síntoma.
- 24. **Fecha de inicio de los síntomas y signos:** Anotar la fecha referida por la paciente (si se desconoce día y mes poner 01/01 y año referido).
- 25. **Localización:** Elija las opciones correspondientes de acuerdo a lo encontrado en la exploración física de las mamas.
- 26. **R.F.C. de quien realizo el estudio.** Anote en la línea RFC

VI. REFERENCIA (27-29).-Características de la referencia.

- 27. **Conducta a seguir:** Elija la indicada por la norma de acuerdo a lo encontrado en la exploración física de la paciente.
- 28. **Motivo de la referencia:** Elija una sola opción.
- 29. **Fecha de la referencia:** Anote la fecha (con números arábigos: día, mes y año) en que indicó a la paciente su referencia a otra unidad para la continuación del estudio de su enfermedad.

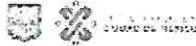
Handwritten signatures in blue and pink ink.





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS



SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA CÁNCER DE LA MUJER
ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA



I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD	
1.- Institución	4.- Municipio
2.- Entidad	4.1 Localidad
3.- Jurisdicción	5.- Unidad Médica
6.- Clase	
II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE	
CLAVE DE LA PACIENTE	
7.- Nombre	Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)
8.- Entidad de nacimiento	8.- CURP
10.- Fecha de nacimiento	11.- Edad
12.- Domicilio	
Calle y Número	Colonia
Código postal	Localidad/Municipal/Delegación
13.- Cero Domicilio	Jurisdicción
14.- Otro Teléfono	Teléfono
15.- Correo electrónico	
19.- Afiliación: 1. CANGUNA 2. IMSS 3. ISSSTE 4. SEMAR 5. IMSS-PROSPERA 7. PIMEX 8. ESTATAL 9. MUNICIPAL 10. PRIVADA 11. OMPSS 12. OTRA	
19.1 Número de afiliación a póliza	
III. ANTECEDENTES	
17.- De mastografía	18.- Fecha de última mastografía
1.- Si 2.- No	Día Mes Año
19.- Resultado BI-RADS: [1] Evaluación Adicional [2] Negativa [3] Benigna [3] Probablemente benigna [4] Anormalidad sospechosa [4a] Baja sospecha de malignidad [4b] Riesgo intermedio de malignidad [4c] Riesgo moderado de malignidad [5] Altamente sugestiva de malignidad	
IV. MASTOGRAFÍA	
20.- Modalidad de mastografía	21.- Fecha de toma de la mastografía
1.- Terráxer 2.- Diagnóstico	Día Mes Año
22.- Mastografía técnicamente adecuada	1.- Imagen incompleta de la mama 4.- Artifacts
1.- Si 2.- No	2.- Bajo contraste 5.- Mal posicionamiento
	3.- Baja resolución 6.- Otras
23.- Fecha de interpretación de la mastografía	
Día Mes Año	
24.- Resultado y hallazgos de las mastografías.	
HALLAZGOS	
Turnor	25.- BI-RADS
Asimetría	[0] Evaluación Adicional
Densidad	[1] Negativa
Calcificación	[2] Benigna
Densidad asimétrica	[3] Probablemente benigna
	[4] Anormalidad sospechosa
	[4a] Baja sospecha de malignidad
	[4b] Riesgo intermedio de malignidad
	[4c] Riesgo moderado de malignidad
	[5] Altamente sugestiva de malignidad
	Uno Resultados Cédula profesional
	Diez
	Decisión
V. CONDUCTA A SEGUIR	
26.- Repetir por estudio inadecuado	1.- Si 2.- No
27.- Próxima detección por mastografía en 2 Años	1.- Si 2.- No
28.- Referencia a ginecología o tratamiento de patología benigna	1.- Si 2.- No
29.- Referencia a evaluación diagnóstica o unidad	
30.- Fecha de la referencia	Día Mes Año
31.- Cédula profesional del radiólogo	

AUTORIZACIÓN DE LA PACIENTE

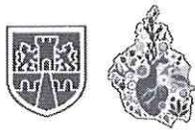
Handwritten signature in blue ink.

Handwritten signature in pink ink.



2025
Año de
La Mujer
Indígena

70 AÑOS
DE LA FUNDACIÓN DE
TENOCCHTITLAN



**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO
"ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA"**

INDICACIONES GENERALES.- Este formato debe llenarse de manera completa (original y copia) de acuerdo a las definiciones operacionales de detección, caso probable y caso confirmado de cáncer de mama. Complete únicamente los rubros faltantes; utilice una casilla para cada letra o número (con bolígrafo de tinta oscura, letra de molde en mayúsculas y sin acentos o símbolos y números arábigos). Los incisos del 1 al 31 serán llenados en detecciones y se enviará únicamente la primera hoja (copia) al nivel correspondiente para su captura.

I. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD (1-6).- Debe disponerse de los nombres de los niveles y áreas correspondientes a la unidad que realizó la detección (Institución, entidad, jurisdicción, municipio, localidad, unidad médica y clues).

II. IDENTIFICACION DE LA PACIENTE (7-16).- Se refiere a los datos de la mujer a la que se realiza la detección de cáncer de mama. *Este inciso debe llenarse obligatoriamente en forma completa, clara y con letra de molde en los espacios correspondientes.*

7. Nombre: Debe anotar el nombre completo de soltera de la paciente, en mayúsculas sin acentos, sin abreviaturas.

8. Entidad de nacimiento: Anote el nombre de la entidad de nacimiento.

9. CURP: Anote la clave única de registro de población.

10. Fecha de Nacimiento: datos de la credencial de elector (números arábigos).

11. Edad: Años cumplidos.

12. Domicilio: Anote el lugar en el que la paciente ha vivido los últimos 6 meses.

13. Otro domicilio: Anote otro lugar donde se le pueda localizar.

16. Afiliación: Debe anotar la institución a la que esta adscrita, las que sean de SSA se anotara como NINGUNA (Inciso 0) y Seguro Popular como CNPSS (inciso 11).

16.1 Número de afiliación o póliza: Debe anotar el número asignado por el Seguro Popular.

III. ANTECEDENTES (17-19).- Características de los antecedentes.

17. De mastografía: Elija una opción.

18. Fecha de última mastografía: Anote la fecha (números arábigos) si es que hay resultado previo.

19. Resultado: Elija una opción.

IV. MASTOGRAFIA (20-25).- Marque en la columna de la derecha lo que corresponda.

20. Modalidad de la mastografía: Elija una opción.

21. Fecha de la toma de la mastografía: Anote día, mes y año en el rectángulo.

22. Mastografía técnicamente adecuada: Elija una opción (si elige 2 anote el número del motivo del 1 al 6).

23. Fecha de interpretación de la mastografía: Anote día, mes y año en el rectángulo.

24. Hallazgos de la mastografía: Elija una o más opciones (colocando el número 1 en el cuadro o cuadros a elegir).

25. Resultado: Elija el BIRADS (colocar el número en el 1er. Cuadro y adelante la cédula profesional).

V. CONDUCTA A SEGUIR (26-31).- Marque en la columna de la derecha lo que corresponda.

26. Repetir por estudio inadecuado: Elija una sola opción.

27. Próxima detección por mastografía en 2 años: Elija una sola opción.

28. Referencia a ginecología a tratamiento de patología benigna: Elija una sola opción.

29. Referencia a evaluación diagnóstica a unidad: Especificar institución de salud.

30. Fecha de la referencia: Anote día, mes y año en el rectángulo.

31. Cédula profesional del radiólogo: anote número de cédula.

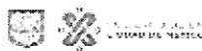
Handwritten blue and pink marks on the right side of the page.





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS



SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA CÁNCER DE LA MUJER
EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE PATOLOGÍA MAMARIA



I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

1.- Institución: _____ 4.- Municipio: _____
 2.- Entidad: _____ 4.1 Localidad: _____
 3.- Jurisdicción: _____ 5.- Unidad Médica: _____
 6.- Clase: _____

II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

CLAVE DE LA PACIENTE: _____

7.- Nombre: _____
 Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombre (s): _____

8.- Entidad de nacimiento: _____ 8.- CURP: _____

10.- Fecha de nacimiento: _____ 11.- Edad: _____

12.- Domicilio: _____
 Calle y Número: _____ Colonia: _____ Localidad/Municipio/Delegación: _____
 Código postal: _____ Entidad Federativa: _____ Jurisdicción: _____ Teléfono: _____

13.- Otro Domicilio: _____
 Calle y Número: _____ Colonia: _____ Localidad/Municipio/Delegación: _____

14.- Otro Teléfono: _____ 15.- Correo electrónico: _____ 16.- Tiempo de residencia actual: _____
 1. Menos de un año 2. De 1 a 5 Años 3. Más de 5 años

17.- Estado civil: 1. Soltera 2. Casada 3. Divorciada 4. Separada 5. Unión Libre
 18.- Escolaridad: 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura 6. Posgrado
 19.- Ocupación: _____

20.- Afiliación: NINGUNA + BMS 2. ISSSTE 3. SECCIONA 4. SOMAR 5. BMS-PROSPERA 7. POMEK 8. ESTATAL 9. MUNICIPAL 10. PRIVADA 11. CNOPES 12. OTRA
 20.1 Número de afiliación o póliza: _____ 21.- ¿Es indígena? 1.- Sí 2.- No 21.1 Grupo étnico: _____

21.2 ¿Habla lenguas indígenas? 1.- Sí 2.- No 21.2.1 ¿Cuál lengua indígena habla? _____

III. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

22. Fecha de valoración clínica del 2o ó 3er Nivel de atención: _____
 Día: _____ Mes: _____ Año: _____

23. Motivo de la referencia: _____
 1) Datos clínicos positivos 2) Mamografía anormal previa 3) Más de dos factores de riesgo 4) Sin referencia

24. Indicación de estudios adicionales: _____
 Estado: 1) Negativa 2) Benigna 3) Probablemente benigna 4) Anormalidad sospechosa
 4a. Baja sospecha de malignidad 4b. Riesgo intermedio de malignidad 4c. Riesgo moderado de malignidad 4d. Altamente sugestiva de malignidad

1) Mamografía: _____
 Fecha de toma: _____ Fecha de resultado: _____ Resultado: _____
 2) Ultrasonido: 1) Normal 2) Sólido 3) Quiste 4) Otro
 Fecha de toma: _____ Fecha de resultado: _____ Resultado: _____
 3) Otro. Especifica estudio: _____
 Fecha de toma: _____ Fecha de resultado: _____ Resultado: _____

4) Biopsia: 1.- Sí 2.- No
 Fecha de toma: _____ Fecha de resultado: _____ Resultado: _____

25. Cédula Profesional de quien realizó el estudio: _____

26. Resultado de la valoración del caso probable: 1) Probablemente maligno 2) Descartado 3) Probablemente benigno

IV. TOMA DE BIOPSIA

27. No. de biopsia: _____ 28. Fecha de toma de la biopsia: _____
 Día: _____ Mes: _____ Año: _____

29. Tipo de biopsia: 1) aguja de corte 2) Excisional 3) Inisional
 29.1. Fecha de interpretación de la biopsia: _____
 Día: _____ Mes: _____ Año: _____

V. INFORMACIÓN SOBRE EL DIAGNÓSTICO

30. Diagnóstico histopatológico (NOM):
 1) No interpretable/No tejido normal 2) Benigno 3) Hiperplasia Atípica 4) Carcinoma Ductal In Situ (CDIS) 5) Carcinoma Lobulillar In Situ
 6) Carcinoma Ductal Invasor 7) Carcinoma Lobulillar Invasor 8) Otro tumor epitelial invasor
 9) Lesión micropapilar 10) Tumor mesenquimatoso
 11) Tumor fibroepitelial 12) Tumor del Páncreas 13) Linfoma Maligno 14) Tumores metastásicos 15) Otro maligno

31. Pruebas de inmunohistoquímica: 1) Estrógeno (-) 2) Estrógeno (+) 3) Progesterona (-) 4) Progesterona (+) 5) Her2neu (-) 6) Her2neu (+) 7) Estudio no realizado

32. Cuadrante en el que se confirmó el diagnóstico: _____
 32.1 Morfología del tumor (CIE-9): _____
 32.2 Comportamiento: 1) In Situ 2) Maligno 3) Indiferente 4) Tipo de células epiteliales no aplicable
 32.3 Inmunofenotipo (CIE-9): _____
 32.4 Órgano: _____ 32.5 Región: _____

33. Clasificación histopatológica (NOM): 0) Pronóstico favorable: 2, 4 ó 5 1) Pronóstico moderado: 6 y 7 2) Pronóstico desfavorable: 8 y 9

34. Cédula profesional de quien realizó el estudio histopatológico: _____

35. Fecha de notificación a la paciente y de referencia al centro oncológico: _____
 Día: _____ Mes: _____ Año: _____

VI. PLAN DE INTERVENCIÓN

36. Conclusión del estudio del caso: 1) Alta a su unidad de adscripción 2) Continúa en seguimiento 3) Derivación

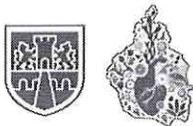
37. Referencia a tratamiento Oncológico: 1) Sí 2) No 38. Cédula profesional del médico solicitante: _____

Autorización de la Paciente: _____

Handwritten signature in blue ink.

Handwritten signature in pink ink.





**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO
"ESTUDIO DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA"**

INDICACIONES GENERALES.- Este formato debe llenarse de manera completa (original y copia) de acuerdo a las definiciones operacionales de detección, caso probable y caso confirmado de cáncer de mama. Complete únicamente los rubros faltantes; utilice una casilla para cada letra o número (con bolígrafo de tinta oscura, letra de molde en mayúsculas y sin acentos o símbolos y números arábigos). Los incisos del 1 al 37 serán llenados en detecciones y se enviará únicamente la primera hoja (copia) al nivel correspondiente para su captura.

I. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD (1-6).- Debe disponerse de los nombres de los niveles y áreas correspondientes a la unidad que realizó la detección (institución, entidad, jurisdicción, municipio, localidad, unidad médica y clues).

II. IDENTIFICACION DE LA PACIENTE (7-21).- Se refiere a los datos de la mujer a la que se realiza la detección de cáncer de mama. *Este inciso debe llenarse obligatoriamente en forma completa, clara y con letra de molde en los espacios correspondientes.*

- 7. Nombre: Debe anotar el nombre completo de soltera de la paciente, en mayúsculas sin acentos, sin abreviaturas.
- 8. Entidad de nacimiento: Anote el nombre de la entidad de nacimiento.
- 9. CURP: Anote la clave única de registro de población.
- 10. Fecha de Nacimiento: datos de la credencial de elector (números arábigos).
- 11. Edad: Años cumplidos.
- 12. Domicilio: Anote el lugar en el que la paciente ha vivido los últimos 6 meses.
- 13. Otro domicilio: Anote otro lugar donde se le pueda localizar.
- 16. Tiempo de residencia actual: Debe anotar el tiempo que lleve de residir en el domicilio actual, conforme al inciso que le corresponda.
- 17. Estado civil: Elija una opción.
- 18. Escolaridad: Elija una opción.
- 19. Ocupación: Escriba con letra de molde a que se dedica.
- 20. Afiliación: Debe anotar la Institución a la que esta adscrita, las que sean de SSA se anotara como NINGUNA (inciso 0) y Seguro Popular como CNPSS (inciso 11).
- 20.1 Número de afiliación o póliza: Debe anotar el número asignado por el Seguro Popular.
- 21. ¿ Es indígena?: Elija una opción.

III. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA (22-35).

- 22. Fecha de valoración clínica del 2º ó 3º Nivel de atención: Anote día, mes y año en el rectángulo.
- 23. Motivo de la referencia: Elija y registre la opción del motivo indicado.
- 24. Indicación de estudios adicionales: Elija y registre la opción del estudio indicado, anotando fechas y resultado.
- 25. Cédula profesional de quien realizó el estudio: Anote número de cédula.
- 26. Resultado de la valoración del caso probable: Elija y anote una opción de acuerdo a la valoración realizada.
- 27. No. de biopsia: Anote el número asignado por el laboratorio de histopatología.
- 28. Tipo de Biopsia: Elija una opción y registrela.
- 29. Fecha de interpretación de la biopsia: Anote día, mes y año en el rectángulo.
- 30. Diagnóstico histopatológico (NOM): Elija la opción de acuerdo al resultado de estudio histopatológico.
- 31. Pruebas de inmunohistoquímica: Elija las opciones correspondientes.
- 32. Cuadrante en el que se confirma el diagnóstico: Anote el número del cuadrante de la mama en que se confirma el diagnóstico de acuerdo a la numeración del reactivo.
- 33. Calificación Histopronóstica (NOM): Elija una opción.
- 34. Cédula profesional de quien realizó el estudio histopatológico: Número de cédula.
- 35. Fecha de notificación del resultado a la paciente y referencia al centro oncológico: Anote en números arábigos, la fecha en que informó a la paciente el resultado del estudio histopatológico.

IV. PLAN DE INTERVENCIÓN (36-38).

- 36. Conclusión del estudio del caso: Elegir la opción que corresponda.
- 37. Referencia a Centro Oncológico: Elija una opción (corresponde a la respuesta 41).
- 38. Cédula profesional del médico solicitante: Número de cédula.

Handwritten signature in blue ink.

Handwritten signature in pink ink.





CIUT
CAPITA



SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA CÁNCER DE LA MUJER
SEGUIMIENTO DE CASO CONFIRMADO DE CÁNCER DE MAMA



I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

1.- Institución: _____ 4.- Municipio: _____
 2.- Entidad: _____ 4.1 Localidad: _____
 3.- Jurisdicción: _____ 5.- Unidad Médica: _____
 6.- Clave: _____

II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE CLAVE DE LA PACIENTE: _____

7.- Nombre: _____
 Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombre (s): _____

8.- Entidad de nacimiento: _____ 8.1. Municipio de nacimiento: _____

10.- Fecha de nacimiento: _____ 11.- Edad: _____ 9.- CURP: _____
 DDDMMAAAA

12.- Domicilio: _____
 Calle y Número: _____ Colonia: _____ Localidad/Municipio/Delegación: _____
 Código postal: _____ Entidad Federativa: _____ Jurisdicción: _____ Teléfono: _____

13.- Otro Domicilio: _____
 Calle y Número: _____ Colonia: _____ Localidad/Municipio/Delegación: _____

14.- Otro Teléfono: _____ 15.- Correo electrónico: _____ 16.- Tiempo de residencia actual: _____
 1. Menos de un año 2. De 1 a 5 años 3. Más de 5 años

17.- Estado civil: 1. Soltera 2. Casada 3. Divorciada 4. Separada 5. Unión Libre _____

18.- Escolaridad: 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura 6. Posgrado _____

19.- Ocupación: _____

20.- Afiliación: 1. GANGLINA 2. IMSS 3. ISSSTE 4. SECCO 5. SEMAR 6. ISSG-PROSPERA 7. PEMEX 8. ESTATAL 9. MUNICIPAL 10. PRIVADA 11. CNPES-12. OTRA _____

20.1 Número de afiliación o póliza: _____ 21.- ¿Es indígena? _____ 1.- Sí 2.- No 21.1 Grupo étnico: _____

21.2 ¿Habla lengua indígena? _____ 1.- Sí 2.- No 21.2.1 ¿Cuál lengua indígena habla? _____

III. REGISTRO DE LA VISTA

22.- Fecha de Atención: _____ 23.- Fecha de inicio del tratamiento en CD: _____
 Día Mes Año Día Mes Año

24.- Plan de manejo y tratamiento: _____ 1) Primario 2) Secundario

25.- Tipo de tratamiento: _____ 1. Quirúrgico 2. Quimioterapia 3. Radioterapia 4. Hormonoterapia 5. Otro Especifique _____

25.1. Tipo de Cirugía: _____ 1) Radical 2) Conservadora 3) Reconstructiva 25.2. Tratamiento de quimioterapia: _____ 1) Adyuvante 2) Neoadyuvante

25.3. Tipo de Medicamento: _____ 1) Primera Línea 2) Segunda Línea 3) Hormonoterapia

25.4. Medicamentos prescritos: _____
 Primera Línea: _____
 1) Oxaliplatino 4) Ciclofosfárido 7) Emetizolona
 2) Fluorouracilo 5) Metotrexato 8) Otro: _____
 3) Docetaxel 6) Otro: _____
 Segunda Línea: _____
 9) Paclitaxel 13) Docetaxel 17) Carboplatino
 10) Gemtuzumab 14) Trastuzumab 18) Vincristina
 11) Vinorelbina 15) Capecitabina 19) Otro: _____
 12) Farnesotamida 16) Cisplatino
 Hormonoterapia: _____
 20) Tamoxifeno 22) Raloxifeno 23) Otro: _____
 21) Anastrozolo

26.- Estado actual de la paciente: _____
 1) En control sin actividad tumoral 4) Abandonó sus controles con actividad tumoral 7) Alta sin actividad tumoral
 2) En control con actividad tumoral 5) Falleció con actividad tumoral 8) Alta voluntaria con actividad tumoral
 3) Abandonó sus controles sin actividad tumoral 6) Falleció sin actividad tumoral 9) Retornó a otra unidad
 10) Otra causa. Especifique _____

27.- Status Tumor: _____
 Tumor: _____ Ganglio: _____ Metástasis: _____

Estado clínico: _____ 1. Estado 0 2. Estado I 3. Estado IA 4. Estado IB 5. Estado II (A o B) 6. Estado IV 7. No clasificado

27.1 Tamaño del tumor primario: _____ cm

28.- Invasión (metastásica) a otros órganos: _____ 1.- Sí 2.- No 28.- Órgano afectado por metástasis (CIE-9): _____

29.- La paciente presenta otro tumor (sincrónico): _____ 1.- Sí 2.- No Especifique _____

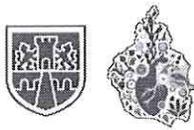
31.- Clínica Profesional del médico tratante: _____

32.- Observaciones: _____

HS

A





**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO
"ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE CASO CONFIRMADO"**

INDICACIONES GENERALES.- Este formato debe llenarse de manera completa (original y copia) de acuerdo a las definiciones operacionales de detección, caso probable y caso confirmado de cáncer de mama. Complete únicamente los rubros faltantes; utilice una casilla para cada letra o número (con bolígrafo de tinta oscura, letra de molde en mayúsculas y sin acentos o símbolos y números arábigos). Los incisos del 1 al 32 serán llenados en detecciones y se enviara únicamente la primera hoja (copia) al nivel correspondiente para su captura.

I. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD (1-6).- Debe disponerse de los nombres de los niveles y áreas correspondientes a la unidad que realizó la detección (institución, entidad, jurisdicción, municipio, localidad, unidad médica y clíes).

II. IDENTIFICACION DE LA PACIENTE (7-21).- Se refiere a los datos de la mujer a la que se realiza la detección de cáncer de mama. *Este inciso debe llenarse obligatoriamente en forma completa, clara y con letra de molde en los espacios correspondientes.*

- 7. Nombre: Debe anotar el nombre completo de soltera de la paciente, en mayúsculas sin acentos, sin abreviaturas.
- 8. Entidad de nacimiento: Anote el nombre de la entidad de nacimiento.
- 9. CURP: Anote la clave única de registro de población.
- 10. Fecha de Nacimiento: datos de la credencial de elector (números arábigos).
- 11. Edad: Años cumplidos.
- 12. Domicilio: Anote el lugar en el que la paciente ha vivido los últimos 6 meses.
- 13. Otro domicilio: Anote otro lugar donde se le pueda localizar.
- 16. Tiempo de residencia actual: Debe anotar el tiempo que lleve de residir en el domicilio actual, conforme al inciso que le corresponda.
- 17. Estado civil: Elija una opción.
- 18. Escolaridad: Elija una opción.
- 19. Ocupación: Escriba con letra de molde a que se dedica.
- 20. Afiliación: Debe anotar la Institución a la que esta adscrita, las que sean de SSA se anotara como NINGUNA (inciso 0) y Seguro Popular como CNPSS (inciso 11).
- 20.1 Número de afiliación o póliza: Debe anotar el número asignado por el Seguro Popular.
- 21. ¿ Es indígena?: Elija una opción.

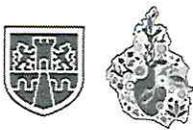
III. REGISTRO DE LA VISITA: (22-32)

- 22. Fecha de Atención: Anote día, mes y año en el rectángulo.
- 23. Fecha de inicio del tratamiento CO: Anote día, mes y año en el rectángulo.
- 24. Plan de manejo y tratamiento: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.
- 25. Tipo de Tratamiento: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.
- 25.1. Tipo de Cirugía: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.
- 25.2. Tratamiento de Quimioterapia: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.
- 25.3. Tipo de Medicamento: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.
- 25.4. Medicamentos Prescritos: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.
- 26. Estado actual de la paciente: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.
- 27. Sistema TMM: Elija la opción correspondiente.
- 28. Invasión (metástasis) a otros órganos: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.
- 29. Órganos afectados por metástasis (CIE-0): Describa el órgano.
- 30. La paciente presenta otro tumor (sincrónico): Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.
- 31. Cédula profesional del médico tratante. Número de cédula.
- 32. Observaciones.

Handwritten signature in blue ink.

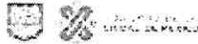
Handwritten mark in pink ink.





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS



SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA CÁNCER DE LA MUJER
SEGUIMIENTO SEMESTRAL DE CÁNCER DE MAMA



I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD	
1.- Institución	<input type="text"/>
2.- Entidad	<input type="text"/>
3.- Jurisdicción	<input type="text"/>
5.1.- Clase	<input type="text"/>
4.- Municipio	<input type="text"/>
4.1 Localidad	<input type="text"/>
6.- Unidad Médica	<input type="text"/>

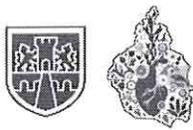
II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE	
CLAVE DE LA PACIENTE <input type="text"/>	
7.- Nombre	<input type="text"/>
Apellido Paterno <input type="text"/> Apellido Materno <input type="text"/> Nombre (s) <input type="text"/>	
8.- Entidad de nacimiento	<input type="text"/>
8.1. Municipio de nacimiento	<input type="text"/>
10.- Fecha de nacimiento	<input type="text"/>
DD/MM/AAAA	
11.- Edad	<input type="text"/>
9.- CURP	<input type="text"/>
12.- Domicilio	<input type="text"/>
Calle y Número <input type="text"/> Colonia <input type="text"/> Localidad/Municipio/Delegación <input type="text"/>	
Código postal <input type="text"/> Entidad Federativa <input type="text"/> Jurisdicción <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/>	
13.- Otro Domicilio	<input type="text"/>
Calle y Número <input type="text"/> Colonia <input type="text"/> Localidad/Municipio/Delegación <input type="text"/>	
14. Otro Teléfono	<input type="text"/>
15. Correo electrónico	<input type="text"/>
16. Estado civil	1. Soltera 2. Casada 3. Divorciada 4. Separada 5. Unión Libre
17. Tiempo de residencia actual	<input type="text"/> 1. Menos de un año 2. De 1 a 5 años 3. Más de 5 años
18. Escolaridad	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura 6. Posgrado
19. Ocupación	<input type="text"/>
20. Afiliación	0. NINGUNA 1. IMSS 2. ISSSTE 3. SEDENA 4. SEMAR 5. IMSS-PROSPERA 7. PEMEX 8. ESTATAL 9. MUNICIPAL 10. PRIVADA 11. OTRAS 12. OTRA <input type="text"/>
20.1 Número de afiliación o póliza	<input type="text"/>
21. ¿Es indígena?	<input type="checkbox"/> 1.- Sí <input type="checkbox"/> 2.- No <input type="checkbox"/> 21.1 Grupo étnico <input type="text"/>
21.2 ¿Habla lengua indígena?	<input type="checkbox"/> 1.- Sí <input type="checkbox"/> 2.- No <input type="checkbox"/> 21.2.1 ¿Cual lengua indígena habla? <input type="text"/>

III. REGISTRO DEL SEGUIMIENTO	
22. Fecha de seguimiento	<input type="text"/>
Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	
23. Morfología del ter. Tumor registrado (CIE-O)	<input type="text"/>
24. Estado actual de la paciente	<input type="text"/>
1.- Remisión 2.- Rehabilitación 3.- Recaida 4.- Referencia 5.- Segunda neoplasia 6.- Defunción 7.- Abandono	
25. Fecha estado actual	<input type="text"/>
Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	
26. Paciente en revisión	<input type="text"/>
1.- Tratamiento 2.- Vigilancia 3.- Control	
27. Tipo de tratamiento	<input type="text"/>
1.- Quimioterapia (QT) 2.- Radioterapia (RT) 3.- Cirugía (CX) 4.- QT-RT 5.- QT-CX 6.- QT-RT-CX 7.- RT-CX	
28. Fecha último tratamiento	<input type="text"/>
Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	
29. Actividad tumoral	<input type="text"/>
1.- Vive con actividad tumoral 2.- Vive sin actividad tumoral 3.- Muerte con actividad tumoral 4.- Muerte sin actividad tumoral 5.- Se ignora	
30. R.F.C. del médico que llena el formato	<input type="text"/>
31. R.F.C. del médico que trata a la paciente	<input type="text"/>

118

H





**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO
"ESTUDIO DE SEGUIMIENTO GINECITAL"**

INDICACIONES GENERALES. - Este formato debe llenarse de manera completa (original y copia) de acuerdo a las definiciones operacionales de detección, caso probable y caso confirmado de cáncer de Mama. Complete únicamente los rubros faltantes; utilice una casilla para cada letra o número (con botigrafo de tinta oscura, letra de molde en mayúsculas y sin acentos o símbolos y números arábigos). Los incisos del 1 al 33 serán llenados en detecciones y se enviará únicamente la primera hoja (copia) al nivel correspondiente para su captura.

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD (1-5). - Debe disponerse de los nombres de los niveles y áreas correspondientes a la unidad que realizó la detección (Institución, entidad, jurisdicción, municipio, localidad, unidad médica y clues).

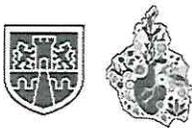
II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE (7-21). - Se refiere a los datos de la mujer a la que se realiza la detección de cáncer de mama. Este inciso debe llenarse obligatoriamente en forma completa, clara y con letra de molde en los espacios correspondientes.

7. Nombre: Debe anotar el nombre completo de soltera de la paciente, en mayúsculas sin acentos, sin abreviaturas.
8. Entidad de nacimiento: Anote el nombre de la entidad de nacimiento.
9. CURP: Anote la clave única de registro de población.
10. Fecha de Nacimiento: datos de la credencial de elector (números arábigos).
11. Edad: Años cumplidos.
12. Domicilio: Anote el lugar en el que la paciente ha vivido los últimos 6 meses.
13. Otro domicilio: Anote otro lugar donde se le pueda localizar.
16. Tiempo de residencia actual: Debe anotar el tiempo que lleve de residir en el domicilio actual, conforme al inciso que le corresponda.
17. Estado civil: Elija una opción.
18. Escolaridad: Elija una opción.
19. Ocupación: Escriba con letra de molde a que se dedica.
20. Afiliación: Debe anotar la Institución a la que esta adscrita, las que sean de SSA se anotara como NINGUNA (inciso D) y Seguro Popular como CNPSS (inciso 11).
- 20.1 Número de afiliación o póliza: Debe anotar el número asignado por el Seguro Popular.

21. ¿ Es Indígena?: Elija una opción.

III. REGISTRO DEL SEGUIMIENTO: (22-31).

22. Fecha de seguimiento: Anote día, mes y año en el rectángulo.
23. Morfología del 1er tumor registrado (CIE-0): Anote en el rectángulo.
24. Estado actual de la paciente: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.
25. Fecha estado actual: Anote día, mes y año en el rectángulo.
26. Paciente en remisión: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro .
27. Tipo de tratamiento: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.
28. Fecha último tratamiento: Anote día, mes y año en el rectángulo.
29. Actividad tumoral: Elija la opción correspondiente y coloque el número en el cuadro.
30. R.F.C del médico que llena el formato: escriba en el rectángulo.
31. R.F.C del médico que trata a la paciente: escriba en el rectángulo.



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 1.9
FORMATOS DE ESTUDIOS
(SE ENTREGAN EN EXCEL)

INCISO A)

FORMATO DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS BIOPSIAS POSITIVAS DE UNIDADES MÉDICAS MÓVILES

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
PROGRAMA DE ATENCION OPORTUNA DE CANCER DE MAMA
UNIDADES MOVILES

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS
BIOPSIAS POSITIVAS

NO PROG	FOLIO	JURISDICCION	SEDE	PATERNO	MATERNO	NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	ENTIDAD DE NACIMIENTO	SEXO	PERTENENCIA ÉTNICA	GRADO DE ESTUDIO	DOMICILIO	DELEGACION	TELEFONO	OCCUPACION	PADRE O TUTOR	CURP	FECHA DE MASTOGRAFIA	DIAGNOSTICO MASTOGRAFIA	FECHA DE ESTUDIO USG	DIAGNOSTICO USG	FECHA DE LA BIOPSIA	DIAGNOSTICO DE LA BIOPSIA	MÉDICO RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA ALTADENA	TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL D.F.	OBSERVACIONES
1																												

INCISO B)

FORMATO DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS BIOPSIAS NEGATIVAS DE UNIDADES MÉDICAS MÓVILES

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
PROGRAMA DE ATENCION OPORTUNA DE CANCER DE MAMA
UNIDADES MOVILES

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS
BIOPSIAS NEGATIVAS

NO PROG	FOLIO	JURISDICCION	SEDE	PATERNO	MATERNO	NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	ENTIDAD DE NACIMIENTO	SEXO	PERTENENCIA ÉTNICA	GRADO DE ESTUDIO	DOMICILIO	DELEGACION	TELEFONO	OCCUPACION	PADRE O TUTOR	CURP	FECHA DE MASTOGRAFIA	DIAGNOSTICO MASTOGRAFIA	FECHA DE ESTUDIO USG	DIAGNOSTICO USG	FECHA DE LA BIOPSIA	DIAGNOSTICO DE LA BIOPSIA	MÉDICO RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA ALTADENA	TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL D.F.	OBSERVACIONES
1																												

INCISO C)

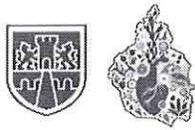
FORMATO DE REPORTE DE MASTOGRAFÍAS CON RESULTADOS BIRADS DE UNIDADES MÉDICAS MÓVILES

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
PROGRAMA DE ATENCION OPORTUNA DE CANCER DE MAMA
UNIDADES MOVILES
REPORTE DE MASTOGRAFIAS CON RESULTADO BIRADS

NO PROG	FOLIO	JURISDICCION	SEDE	PATERNO	MATERNO	NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	ENTIDAD DE NACIMIENTO	SEXO	PERTENENCIA ÉTNICA	GRADO MÁXIMO DE ESTUDIO	DOMICILIO	DELEGACION	TELEFONO	OCCUPACION	DATOS DE LOS PADRES	CURP	FECHA DE ESTUDIO DE MASTOGRAFIA	DIAGNOSTICO DE MASTOGRAFIA	MÉDICO RESPONSABLE	OBSERVACIONES COMPLEMENTARIAS	TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL D.F.
1																							
2																							
3																							

Handwritten signature

Handwritten mark



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

INCISO D)

FORMATO DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS ULTRASONIDOS DE UNIDADES MÉDICAS MÓVILES



SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
PROGRAMA DE ATENCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA
UNIDADES MÓVILES

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS
ULTRASONIDOS**

NO. PROG.	FOLIO	JURIDICCIÓN	SEDE	PATERNAL	MATERNAL	NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	ENTIDAD DE NACIMIENTO	SEXO	PERTENENCIA ÉTNICA	GRADO DE ESTUDIO	DOMICILIO	DELEGACIÓN	TELÉFONO	OCCUPACIÓN	PADRE O TUTOR	CURP	FECHA DE MASTOGRAMA	DIAGNÓSTICO MASTOGRAMA	FECHA DE ESTUDIO USG	DIAGNÓSTICO USG	MÉDICO RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA ALTA DENA	TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL D.F.	OBSERVACIONES
1																										
2																										
3																										

Handwritten signature in blue ink and a pink mark.





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 1.10
SEGUIMIENTO A REPORTE DE INSUMOS PARA LA SALUD

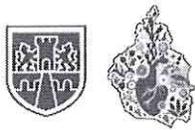
DATOS DEL PROVEEDOR		
PROVEEDOR:	(1)	
FOLIO DE REPORTE:	(2)	
FECHA:	(3)	
TIEMPO ESTIMADO DE RESPUESTA	(4)	
DATOS DEL FABRICANTE		
MARCA:	(5)	
DESCRIPCIÓN:	(6)	
MODELO, PRESENTACIÓN Y/O CÓDIGO:	(7)	
LOTE O NÚMERO DE SERIE:	(8)	
RESPUESTA MEDIANTE: (9)		
DICTAMEN TÉCNICO: ()	ALERTA SANITARIA: ()	OTRO: ()
RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN: (10)		
USO INDEBIDO: ()	IPS DAÑADO: ()	IPS NO CUMPLE CON ESPECIFICACIONES DE CALIDAD ()
ACCIONES APLICADAS (11)		
PREVENTIVA:		CORRECTIVA:
() CAPACITACIÓN	() ASESORÍA	() CAMBIO FÍSICO
() CONSTANTE		() CAMBIO DE MARCA
COMENTARIOS:		
DESTINO FINAL DEL INSUMO PARA LA SALUD (12)		
RETIRO ()	CANJE ()	
OBSERVACIONES:		
FECHA DE INICIO DE REPORTE: (13)	FECHA DE CONCLUSIÓN: (14)	DÍAS TOTALES: (15)

Handwritten signature and initials in blue and pink ink.

(16)
NOMBRE Y FIRMA DEL PROVEEDOR

(17)
NOMBRE Y FIRMA REPRESENTANTE DE LA
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E
INSUMOS





INSTRUCTIVO PARA EL CORRECTO LLENADO DEL FORMATO "SEGUIMIENTO A REPORTE DE INSUMOS PARA LA SALUD", EL CUAL FUE ELABORADO CON EL FIN DE DAR CONTINUIDAD A LOS INSUMOS REPORTADOS POR MALA CALIDAD, PERMITIENDO LA CONTINUIDAD SEGUIMIENTO DEL REPORTE HASTA LA RESOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA Y POR CONSIGUIENTE LA CONCLUSIÓN DEL REPORTE INICIAL.

"SEGUIMIENTO A REPORTE DE INSUMOS PARA LA SALUD"

1. NOMBRE COMPLETO DE LA EMPRESA PROVEEDORA DEL INSUMO PARA LA SALUD.
2. NÚMERO DE FOLIO ASIGNADO AL REPORTE
3. FECHA DE RECEPCIÓN DEL REPORTE
4. TIEMPO ESTIMADO DE RESPUESTA INDICADO POR EL PROVEEDOR
5. MARCA DEL INSUMO PARA LA SALUD
6. DESCRIPCIÓN TAL CUAL SE INDICA EN SAICA
7. MODELO, PRESENTACIÓN Y CÓDIGO DEL INSUMO PARA LA SALUD
8. LOTE O NÚMERO DE SERIE DEL IPS
9. INDICAR EL TIPO DE RESPUESTA EMITIDA POR EL PROVEEDOR Y/O FABRICANTE
10. INDICAR EL RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN LLEVADA A CABO POR EL FABRICANTE DEL IPS.
11. INDICAR QUE ACCIONES SE APLICARÁN A LA PROBLEMÁTICA PRESENTADA POR EL IPS.
12. DESTINO FINAL DEL IPS INDICADO POR EL FABRICANTE Y/O PROVEEDOR.
13. FECHA EN QUE SE INICIÓ EL REPORTE
14. FECHA DE CONCLUSIÓN DEL REPORTE
15. ANOTAR EL NÚMERO DE DÍAS TOTALES PARA CONCLUIR EL REPORTE
16. NOMBRE Y FIRMA DEL PROVEEDOR
17. NOMBRE Y FORMA DEL REPRESENTANTE DE LA DMTI





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 19

FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA

USAR EL FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA EN EXCEL EDITABLE, PROPORCIONADA POR LA CONVOCANTE RESPETANDO EL FORMATO. PARA LA ELABORACIÓN DE SU PROPUESTA DE LA PROPUESTA TÉCNICA, DEBERÁ USAR EL MISMO ARCHIVO ENTREGADO A SU REPRESENTADA. DEBERÁ ATENDER LO SOLICITADO EN EL ANEXO 1, "ANEXO TÉCNICO".

11-8
A

Página 57



2025
Año de
La Mujer
Indígena

70
AÑOS
DE LA FUNDACIÓN DE
TENOCCHITLI A N

I. DATOS DEL OFERENTE
EMPRESA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

II. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LOS BIENES SOLICITADAS Y OFERTADAS

No.	CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS				CARACTERÍSTICAS OFERTADAS						EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
	DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	UNIDAD DE MEDIDA OFERTADA	CANT. OFERTADA	MARCA	NÚM. DE CATALOGO, NÚM. DE PARTE O NÚM. DE REFERENCIA	PAIS DE ORIGEN		
1	MASTOGRAFO DIGITAL	EQUIPO	12								
2	UNIDADES MÓVILES	PIEZA	12								
3	COMPUTADORA PORTÁTIL	EQUIPO	14								
4	EQUIPO DE COMUNICACIÓN MÓVIL	EQUIPO	12								
5	GUANTES PARA EXPLORACIÓN AMBIDIESTRO, NO ESTÉRILES, DE LATEX, DESECHABLES TAMAÑO CHICO	PIEZA	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO								
6	GUANTES PARA EXPLORACIÓN AMBIDIESTRO, NO ESTÉRILES, DE LATEX, DESECHABLES TAMAÑO MEDIANO	PIEZA	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO								
7	GUANTES PARA EXPLORACIÓN AMBIDIESTRO, NO ESTÉRILES, DE LATEX, DESECHABLES TAMAÑO GRANDE	PIEZA	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO								
8	BATAS DESECHABLES PARA PACIENTE.	PIEZA	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO								
9	TOALLAS HÚMEDAS, HIDRATANTES, ADICIONADAS CON HUMECTANTES Y EMULSIONES DERMATOLOGICAMENTE PRUBADAS, ELABORADA DE FIBRAS NATURALES, LIBRE DE ALCOHOL Y PARABENOS	PIEZA	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO								
10	GEL ANTISTÁTICO PARA MANOS QUE NO REQUIERE ENJUAGUE, FORMULADO A BASE DE ALCOHOL ETÍLICO DE GRADO 100% V/V ADICIONADO CON HUMECTANTES Y EMULSIONES, HIPOALERGÉNICO	PIEZA/500 ML	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO								
11	CD/DVD APTOS PARA GRABACIÓN DE ESTUDIOS	PIEZA	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO								
No.	PROCEDIMIENTOS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	PROCEDIMIENTO OFERTADO	UNIDAD DE MEDIDA OFERTADA	CANTIDAD OFERTADA	EVALUACIÓN				
12	RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS	SERVICIO	54,000				EVALUACIÓN CONVOCANTE				

III. DOCUMENTACIÓN

1. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	HIPERVÍNCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
4. GARANTÍA DE LOS BIENES	HIPERVÍNCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.		

[Handwritten signature]

8. NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES		HIPERVINCULO	EVALUACION CONVOCANTE
1. EL OPERENTE DEBERA PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL DE ACUERDO CON EL ANEXO TECNICO.		HIPERVINCULO	EVALUACION CONVOCANTE
10. OBLIGACIONES DEL SERVIDOR INTEGRAL			
1. EL OPERENTE DEBERA PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL DE ACUERDO CON EL ANEXO TECNICO.			
2. EL OPERENTE DEBERA PRESENTAR COPIA DEL MANUAL DE GARANTIA DE LA CALIDAD DE ACUERDO CON EL ANEXO TECNICO.			
3. EL OPERENTE DEBERA PRESENTAR COPIA DEL CALENDARIO DE SESIONES DEL COMITE DE GARANTIA DE LA CALIDAD CON COPIA DE LA ULTIMA SESION DE ACUERDO CON EL ANEXO TECNICO.			
DE LA UNIDAD MOVIL:			
1. COPIA DE LAS VERIFICACIONES DEL AÑO CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA DEL CONTRATO.			
2. COPIA DEL PAGO DE TENENCIA DEL AÑO CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA DEL CONTRATO.			
3. CONTANCIA DEL REGISTRO REPUE.			
4. COPIA DEL SEGURO VEHICULAR.			
5. LISTADO DE LAS PUESTAS ASIGNADAS A LA EMPRESA MENCIONANDO NUMERO DE PLACAS, ASES DE FUNDONAMIENTO Y LICENCIA SANITARIA.			
PARA EL GABINETE RADIOLOGICO FIJO:			
6. PRESENTAR EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MEDICOS.			
PARA EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA:			
7. PRESENTAR EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MEDICOS.			
8. CALIBRACION DE LOS EQUIPOS.			
12. EXPERIENCIA DE LA EMPRESA		HIPERVINCULO	EVALUACION CONVOCANTE
1. CURRICULUM EMPRESARIAL			
2. CONTRATO NUMERO 1 OBJETO DE ESTA LICITACION.			
3. CARTA DE RECOMENDACION DEL CONTRATO NUMERO 1			
4. CONTRATO NUMERO 2 OBJETO DE ESTA LICITACION.			
5. CARTA DE RECOMENDACION DEL CONTRATO NUMERO 2			
13. EXPERIENCIA DE LOS INGENIEROS DE SERVICIO		HIPERVINCULO	EVALUACION CONVOCANTE
DE LAS UNIDADES MOVIL ES:			
1. EL OPERENTE DEBERA PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL DE ACUERDO CON EL ANEXO TECNICO.			
2. CURRICULUM DE LOS INGENIEROS DE SERVICIO			
3. CÉDULA PROFESIONAL, Y/O TÍTULO PROFESIONAL, POR INGENIERO O TÉCNICO			
4. CERTIFICADOS O DIPLOMAS POR INGENIERO O TÉCNICO			
5. ORDENES DE SERVICIO POR INGENIERO O TÉCNICO			
14. EXPERIENCIA DEL PERSONAL MÉDICO OPERATIVO PARA LAS UNIDADES MÓVILES:		HIPERVINCULO	EVALUACION CONVOCANTE
1. EL OPERENTE DEBERA PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL DE ACUERDO CON EL ANEXO TECNICO.			
MÉDICOS ESPECIALISTAS			
2. CURRICULUM DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS.			
3.TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.			
4.TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE RADIOLOGÍA.			
5. CERTIFICADO O REGISTRO VIGENTE DE LA ESPECIALIDAD EN MAYA ENTIDA POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGIA E IMAGEN.			
6. COMPROBANTE DE CURSO DE PROTECCIÓN RADIOLOGICA PARA POE			
CAPTURISTAS MUJERES			
7. CURRICULUM DE LAS CAPTURISTAS			
8. CERTIFICADO DE PREPARATORIO O TÉCNICA			
PROMOTORAS DE SALUD			
9. CURRICULUM VITAE			
10. CERTIFICADO DE BACHILLERATO CONCLUIDO.			

TECNICAS RADIOLOGAS (MUJERES)		
11. CURRICULUM VITAE. EXPERIENCIA MÍNIMA 1 AÑO.		
12. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE TÉCNICO RADIOLOGO.		
13. CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN TOMA Y MASTOGRAFÍA.		
14. COMPROBANTE DE CURSO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA POE OPERADOR DE LA UNIDAD MÓVIL.		
17. CURRICULUM VITAE		
18. LICENCIA DE CONDUCTOR VIGENTE		
15. EXPERIENCIA DEL PERSONAL MÉDICO OPERATIVO PARA EL GABINETE FIJO.		
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.		
MÉDICOS ESPECIALISTAS		
2. CURRICULUM DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS CON AL MENOS 3 AÑOS DE EXPERIENCIA EN BOPSÍAS.		
3. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.		
4. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE RADIOLOGÍA.		
5. CERTIFICADO O RECERTIFICACIÓN VIGENTE DE LA ESPECIALIDAD EN RADIOLOGÍA E IMAGEN EMITIDO POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN.		
6. CERTIFICADO O RECERTIFICACIÓN VIGENTE DE LA ESPECIALIDAD EN MAMA EMITIDA POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN.		
7. COMPROBANTE DE CURSO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA POE		
TECNICAS RADIOLOGAS (MUJERES)		
8. CURRICULUM VITAE. EXPERIENCIA MÍNIMA 1 AÑO.		
9. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE TÉCNICO RADIOLOGO.		
19. CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN TOMA Y MASTOGRAFÍA.		
11. COMPROBANTE DE CURSO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA POE		
16. EXPERIENCIA DEL PERSONAL MÉDICO OPERATIVO PARA ANATOMÍA PATOLÓGICA.		
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.		
MÉDICOS ESPECIALISTAS		
2. CURRICULUM DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS CON AL MENOS 3 AÑOS DE EXPERIENCIA EN PATOLOGÍA MAMARIA.		
3. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.		
4. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE PATOLOGÍA.		
5. CERTIFICADO O RECERTIFICACIÓN VIGENTE DE LA ESPECIALIDAD POR EL CONSEJO MEXICANO DE LA ESPECIALIDAD O UNA INSTITUCIÓN RECONOCIDA.		
17. EXPERIENCIA DEL PERSONAL MÉDICO OPERATIVO PARA LAS UNIDADES MÓVILES.		
PERSONAL SUPLENTE.		
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.		
MÉDICOS ESPECIALISTAS		
2. CURRICULUM DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS.		
3. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.		
4. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE RADIOLOGÍA.		
5. CERTIFICADO O RECERTIFICACIÓN VIGENTE DE LA ESPECIALIDAD EN MAMA EMITIDA POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN.		
6. COMPROBANTE DE CURSO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA POE		
CAPTURISTAS MUJERES		
7. CURRICULUM DE LAS CAPTURISTAS		
8. CERTIFICADO DE PREPARATORIO O TÉCNICA.		
PROMOTORAS DE SALUD		
9. CURRICULUM VITAE.		
10. CERTIFICADO DE BACHILLERATO CONCLUIDO.		

HIPERVINCULO

HIPERVINCULO

HIPERVINCULO



23

1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA SU REPRESENTANTE LEGAL DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.			
24. CARBETA EJECUTIVA	HIPERVÍNCULO		EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA SU REPRESENTANTE LEGAL DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.			
25. CONSTANCIA DE LA EVALUACIÓN DE MUESTRAS	HIPERVÍNCULO		EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR EN ORIGINAL EL ANEXO 15 ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS, DEBIDAMENTE REQUISITADO CON FIRMA Y SELLO DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS			
26. TECNOVIGILANCIA	HIPERVÍNCULO		EVALUACIÓN CONVOCANTE
UNIDADES MÓVILES:			
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR COPIA SIMPLE DE LA ALTA DE LA UNIDAD Y/O RESPONSABLE DE TECNOVIGILANCIA A NOMBRE DEL OFERENTE			
GABINETE RADIOLÓGICO FIJO:			
2. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR COPIA SIMPLE DE LA ALTA DE LA UNIDAD Y/O RESPONSABLE DE TECNOVIGILANCIA.			
ANATOMÍA PATOLÓGICA:			
3. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR COPIA SIMPLE DE LA ALTA DE LA UNIDAD Y/O RESPONSABLE DE TECNOVIGILANCIA.			
26. NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES ADVERSOS	HIPERVÍNCULO		EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR EL PROCEDIMIENTO DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.			
27. POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD CIVIL	HIPERVÍNCULO		EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.			
28. AVISO DE FUNCIONAMIENTO	HIPERVÍNCULO		EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR COPIA SIMPLE DEL AVISO DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.			
3. COPIA DE LOS RESPONSABLES SANITARIOS DE CADA UNA DE LAS UNIDADES MÓVILES.			
3. COPIA DE LAS LICENCIAS SANITARIAS DE CADA UNA DE LAS UNIDADES MÓVILES.			
29. DISEÑOS DE LA VALIAD DE INSUMOS	HIPERVÍNCULO		EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA SU REPRESENTANTE LEGAL DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.			

NOMBRE DEL OFERENTE, APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA
R.F.C. DEL OFERENTE:

