

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

Página 1

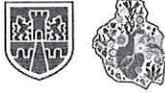




UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<p>1. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</p> <p>EL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES DEBE CONSIDERAR; EQUIPO 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, 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>EL SERVICIO INTEGRAL CONTEMPLA:</p> <ol style="list-style-type: none"> TOMA DE MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE: SE REALIZARÁN DOS PROYECCIONES BASALES POR CADA MAMA; UNA CRÁNEO CAUDAL (CCO) Y MEDIO LATERAL OBLICUA (MLO 30°-60°) INTERPRETACIÓN E IMPRESIÓN DE RESULTADOS: SEGÚN LA ÚLTIMA CLASIFICACIÓN DEL BIRADS; ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: INCLUYENDO ULTRASONIDOS, PROYECCIONES ADICIONALES DE MASTOGRAFÍA Y/O BIOPSIA CUANDO SEA NECESARIO REPETICIÓN DE IMÁGENES O ESTUDIOS INADECUADOS; CUANDO SEA NECESARIO; CAPTURA DE DATOS EN SICAM; UTILIZACIÓN DE FORMATOS OFICIALES Y LLENADO DE REPORTE: <ol style="list-style-type: none"> UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO DE "VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA (ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA); UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO OFICIAL DE "CASO PROBABLE Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA"; REPORTE DE PRODUCTIVIDAD SEMANAL Y MENSUAL POR SEDE Y POR UNIDAD MÓVIL; REPORTE DE MASTOGRAFÍAS CON RESULTADOS BIRADS DEL 0, 1, 2, 3, 4 Y 5; REPORTE DE MASTOGRAFÍAS CON SEGUIMIENTO BIRADS 0, 3, 4 Y 5; IMPLEMENTACIÓN DE UN BUZÓN EN LAS UNIDADES MÓVILES PARA RECIBIR QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O 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>	

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 AUTORIZA 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.

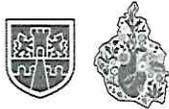
EL OFERENTE DEBERÁ INTEGRAR EN LA PROPUESTA TÉCNICA POR ESCRITO EN PAPEL MEMBRETADO DEL OFERENTE LA CARTA GARANTÍA DEL SERVICIO INTEGRAL, EL NO INCLUIRLA, SERÁ MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN.

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.

Página 3

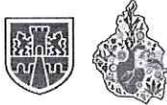




UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993										
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2										
<p>EL OFERENTE GARANTIZARÁ QUE LOS INSUMOS UTILIZADOS CORRESPONDAN A LO SOLICITADO, MISMOS QUE 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.</p>											
<p>5. MUESTRAS</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>LAS MUESTRAS DEBERÁN SER IDENTIFICADAS CON UNA ETIQUETA INDICANDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p style="text-align: center;">EVALUACIÓN DE MUESTRAS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">NO.</th> <th style="width: 55%;">DESCRIPCIÓN</th> <th style="width: 10%;">UNIDAD DE MEDIDA</th> <th style="width: 10%;">CANTIDAD</th> <th style="width: 20%;">RESULTADO DE LA EVALUACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>UNIDAD MÓVIL EQUIPADA CON MASTOGRAFO Y EQUIPO DE APOYO</td> <td style="text-align: center;">PIEZA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		NO.	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN	1	UNIDAD MÓVIL EQUIPADA CON MASTOGRAFO Y EQUIPO DE APOYO	PIEZA	1	
NO.	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN							
1	UNIDAD MÓVIL EQUIPADA CON MASTOGRAFO Y EQUIPO DE APOYO	PIEZA	1								

Página 4





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 PRBADAS, 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

Página 5





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:

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

Página 6





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 SI 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 IMPRESOS 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

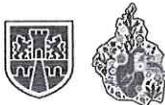




UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<p>8.2. REGLAMENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD;</p> <p>8.3. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA;</p> <p>8.4. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA3-2010, QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS MÍNIMOS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA 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. 	

Página 8

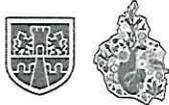




UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<p>NOTA: LOS REGISTROS SANITARIOS DE LOS INSUMOS DEBERÁN PERMANECER VIGENTE DURANTE EL CONTRATO.</p> <p>III. CUANDO 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. 	

Página 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>	

Página 10

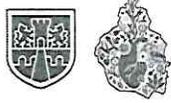




UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<p>14. ENTREGAR COPIA DE LAS VERIFICACIONES DEL AÑO CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA DEL CONTRATO, MÁXIMO A LOS DIEZ DÍAS DE HABERLA REALIZADO</p> <p>15. ENTREGAR COPIA DEL PAGO DE TENENCIA DEL AÑO CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA DEL CONTRATO.</p> <p>16. SE COMPROMETE A ENTREGAR CONSTANCIA DE REGISTRO REPUVE.</p> <p>17. SE COMPROMETE A ENTREGAR COPIA DE SEGURO VEHICULAR.</p> <p>18. EL OFERENTE CUBRIRÁ LOS GASTOS DE LA UNIDAD MÓVIL COMO LO SON: GASOLINA, MANTENIMIENTO, SERVICIO, TENENCIA, VERIFICACIÓN, SEGURO.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>21. LAS UNIDADES MÓVILES DEBERÁN PRESENTARSE DE ACUERDO CON EL CRONOGRAMA DE RUTA POR PARTE DE LA SEDESA.</p> <p>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.</p> <p>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,</p> <p>24. CADA UNIDAD DEBERÁ TENER A LA VISTA, LA LICENCIA SANITARIA CORRESPONDIENTE AL IGUAL QUE EL AVISO DE FUNCIONAMIENTO.</p> <p>DEL GABINETE RADIOLÓGICO FIJO</p> <p>25. TENER A LA VISTA, LA LICENCIA SANITARIA CORRESPONDIENTE AL IGUAL QUE EL AVISO DE FUNCIONAMIENTO.</p> <p>26. A ASEGURAR EL ENVÍO Y EL RESULTADO DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO.</p> <p>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.</p> <p>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".</p> <p>29. PRESENTAR EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS</p> <p>30. EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO SERÁ EL NÚMERO DE VECES QUE SEA NECESARIO, INCLUYE REFACCIONES Y ACCESORIOS ORIGINALES Y MANO DE OBRA ESPECIALIZADA.</p> <p>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.</p>	

Página 11

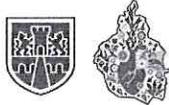




UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<p>DEL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA</p> <p>32. PRESENTAR EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO 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>	

Página 12





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>	

Página 13

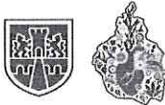




UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<p>EQUIPOS MÉDICO DE LAS UNIDADES MÓVILES, CONSIDERANDO QUE ESTE DEBE SER AUTORIZADO Y/O CERTIFICADO POR EL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO, PARA LO ANTERIOR DEBERÁ ENTREGAR LO SIGUIENTE:</p> <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> <p>14. EXPERIENCIA DEL PERSONAL MÉDICO OPERATIVO PARA TOMA DE MASTOGRAFÍA EN LAS DOCE UNIDADES MÓVILES.</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. 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) 	

Página 14





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>	

Página 15

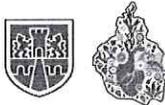




UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<p>2.2. CÉDULA PROFESIONAL Y TÍTULO DE TÉCNICO RADIÓLOGO PROFESIONAL EXPEDIDO POR UNA INSTITUCIÓN ACADÉMICA RECONOCIDA.</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





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. CURRICULUM 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. CURRICULUM 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. CURRICULUM 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>	

Página 17

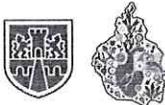




UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<p>SALUD AMBIENTAL. REQUISITOS TÉCNICOS PARA LAS INSTALACIONES, RESPONSABILIDADES SANITARIAS, ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LOS EQUIPOS Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO CON RAYOS X.</p> <p>e) COPIA DE CLAVE CLUES</p> <p>f) COPIA DE CUENTA O TARMITARÁ LA CLAVE SICAM</p> <p>g) CÉDULA DE INFORMACIÓN TÉCNICA CONFORME AL PUNTO 6.2.1.7 DE LA NOM-229-SSA1-2002</p> <p>h) COPIA DEL MANUAL DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA</p> <p>i) COPIA DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS</p> <p>j) COPIA DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>k) PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD</p> <p>l) COPIA DEL MANUAL DE LA GARANTÍA DE CALIDAD INCLUYENDO: ORGANIGRAMA DEL COMITÉ.</p> <p>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.</p> <p>b) COPIA DEL RESPONSABLE SANITARIO, EL CUAL DEBE SER MÉDICO ESPECIALISTA EN ANATOMÍA PATOLÓGICA</p> <p style="padding-left: 20px;">a. DOCUMENTOS PROBATORIOS LEGALMENTE EXPEDIDOS Y REGISTRADOS POR LAS AUTORIDADES EDUCATIVAS COMPETENTES.</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>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]





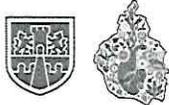
UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<ol style="list-style-type: none"> 3. EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA EL LICITANTE DEBERÁ ADJUNTAR LA RUTINA 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 	

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

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> <p>15. EN LA QUE SE ASEGURARÁ DE QUE SU PERSONAL PORTARÁ IDENTIFICACIÓN VISIBLE QUE LO ACREDITE COMO EMPLEADO DEL LICITANTE.</p> <p>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.</p> <p>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</p> <p>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> <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. 	

Página 20





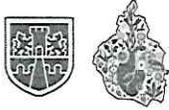
UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
<ol style="list-style-type: none"> 6. COPIA SIMPLE DEL AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE CADA UNA DE LAS UNIDADES MÓVILES. 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 signature

Handwritten mark

Página 21





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

PARA ANATOMÍA PATOLÓGICA:

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".

26. NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES ADVERSOS.

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.

27. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

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.

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".

28. AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y RESPONSABLES SANITARIOS

EL OFERENTE DEBERÁ ENTREGAR:

- 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.

29. DESVÍOS DE LA CALIDAD DE INSUMOS

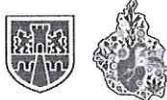
ESCRITO FIRMADO POR EL OFERENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL, EN EL QUE SE COMPROMETE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A:

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

[Handwritten signature]

Página 22





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 30001122-002-2025

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

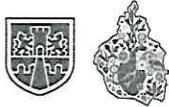
ING. CLAUDIA PATRICIA QUIROZ FLORES
SUBDIRECTORA DE TECNOLOGÍA E INSUMOS

AUTORIZÓ

QFB HÉCTOR SALGADO SCHOELLY
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

Página 23



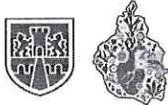


PENAS CONVENCIONALES

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





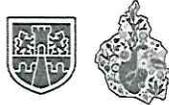
CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	PORCENTAJE PARA APLICAR
POR QUE EL GABINETE FIJO NO ASEGURE EL ENVÍO DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO DE LA FECHA ACORDADA DE ENTREGA DE RESULTADOS.	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	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)

(Handwritten signature)

Página 25





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°) 		

Página 26





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> <ul style="list-style-type: none"> a. LATERO MEDIAL (LM 90°) b. MEDIO LATERAL (ML 90°) c. AXILAR (AT 30°-60°) d. CÉFALO CAUDAL EXTREMA EXTERNA (XCCL 5°-9°) e. CÉFALO CAUDAL EXTREMA INTERNA (XCCM 5°-9°) f. TANGENCIAL (TAN 0°) g. CLEAVAGE (CV 0°) h. ROL O GIRO, MEDIAL O EXTERNO, SUPERIOR O INFERIOR (RM O RL, RS O RI) i. CAUDO CRANEAL (FB 180°) j. CONO DE COMPRESIÓN FOCAL (S) k. 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> <ul style="list-style-type: none"> a. 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. b. COMPATIBLE CON CUALQUIER NAVEGADOR Y SISTEMA OPERATIVO. c. 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 		

Página 27

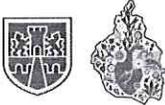




UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
ÁREA SOLICITANTE: OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)	
PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993	SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES
<p>DESASTRES. LA DESCARGA DE IMÁGENES DICOM DEBERÁ PODER REALIZARSE 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 CNEGRS) 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 REPORTES POR USUARIO.</p> <p>i. PROCESADOR DE TEXTO EMBEBIDO EN LA PLATAFORMA PARA GENERACIÓN DE REPORTES 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>	

Página 28



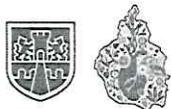


UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO		FOLIO DMTI:115-2024 V-2
ÁREA SOLICITANTE: OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)		
PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993	SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	
<p>D. INTERPRETACIÓN E IMPRESIÓN DE RESULTADOS.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>E. REALIZACIÓN DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O BIOPSIA EN CASOS DE REQUERIRSE.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. LOS MÉDICOS RADIÓLOGOS REFERENCIARÁN 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. <p>F. UTILIZACIÓN DE FORMATOS OFICIALES Y LLENADO DE REPORTES</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <i>EJEMPLO: 09FU1, 10FU1, ETC.</i> 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 marks and signature on the right margin.

Página 29



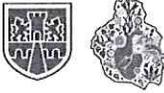


UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO		FOLIO DMTI:115-2024 V-2
ÁREA SOLICITANTE: OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)		
PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993	SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	
<p>DESARROLLO SOCIAL. ASÍ MISMO DEBERÁ ENTREGAR REPORTE DE PRODUCTIVIDAD MENSUAL CON CORTE DEL 26 AL 25 DE CADA MES.</p> <p>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.</p> <p>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> <p>G. LUGAR DE ENTREGA DE LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA</p> <p>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.</p> <p>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</p> <p>3. EL TIEMPO DE ENTREGA DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, ULTRASONIDOS Y BIOPSIAS DEBERÁ SER DE 15 DÍAS HÁBILES A PARTIR DE LA TOMA.</p> <p>4. EN CASO DE NO ENTREGAR LOS ESTUDIOS EN EL TIEMPO ESTABLECIDO, SE APLICARÁ LA SANCIÓN CORRESPONDIENTE.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>7. LOS ESTUDIOS, SUS RESULTADOS E INFORMACIÓN DE ESTOS, SON PROPIEDAD DE LA SECRETARIA DE SALUD SEDESA Y SERÁ LA RESGUARDANTE.</p> <p>8. LOS ESTUDIOS, SUS RESULTADOS E INFORMACIÓN DE ESTOS, NO PODRÁN SER PUBLICADOS SIN AUTORIZACIÓN CORRESPONDIENTE DE LA SECRETARIA DE SALUD SEDESA.</p> <p>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</p>		

[Handwritten signature]

Página 30

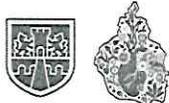




UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO		FOLIO DMTI: 115-2024 V-2
ÁREA SOLICITANTE: OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)		
PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993	SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	
<p>ENTREGARLAS CADA LUNES LOS ESTUDIOS DE BIRADS 0, 3, 4, Y 5 CON 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>H. FUNCIONALIDAD DEL EQUIPO</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>		

Página 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]

Página 32





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.

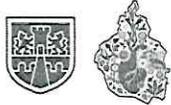
NO SE ACEPTARÁ PROPUESTAS DE EQUIPOS QUE OSTENTEN LAS LEYENDAS "ONLY EXPORT" NI "ONLY INVESTIGATION", DESCONTINUADOS O CUYO USO NO SE AUTORICE EN EL PAÍS DE ORIGEN, O QUE CUENTEN CON ALERTAS MÉDICAS O DE CONCENTRACIONES POR PARTE DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS MEXICANAS, FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA)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

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

Página 33





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.		

Página 34



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 MASTOGRAFÍA 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

HF

#

Página 35

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.




Página 36

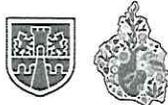
ANEXO 1.3
FICHA TÉCNICA MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL

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".



Página 37





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 30001122-002-2025

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

 CIUDAD DE MÉXICO SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS	FICHA TÉCNICA DE EQUIPO MÉDICO IDENTIFICADOR DE FICHA:	FOUO DMT: 115-2024
		NO. DE PARTIDA: 3993
		VERSIÓN: 2-2025

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

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	
NOMBRE: MASTOGRAFO DIGITAL	CANTIDAD: 12
DEFINICIÓN: EQUIPO FIJO PARA REALIZAR ESTUDIOS RADIOLOGICOS DE MAMA CON ADQUISICION DE IMAGEN DIGITAL DE CAMPO COMPLETO	CLAVE CNIS: 531 341.2487

III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN				
ESPECIFICACIONES DEL BIEN	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	HIPERVINCULO (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	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	Anodo rotatorio de Mo,Rh o W			
1.2.2	Capacidad calorífica del ánodo de 150,000 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 sistema 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 >=90%			
1.3.7	Eficiencia cuantica de detección DQE @ 5 lp/mm >=25%	5		
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 o 1.8x ó mayor			
1.5	Plata de compresión			
1.5.1	Para mama grande			

FOUO DMT: 115-2024 V.2

ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA

1 de 5





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 Worldist				
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 empleado				
3.- ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA:				
3.1.- 200-220V +/-10%, 50/60 Hz				

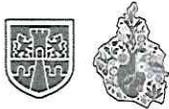
IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA

OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN	DESCRIPCIÓN DEL OBLIGADO	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 sufre 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:	HIPERVINCULO (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.				





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 30001122-002-2025

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 SEGUN PAIS 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. Buena 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	FICHA TÉCNICA DE UNIDAD MOVIL	FOLIO DMT: 115-2024
SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO			NO. DE PARTIDA: 3993
SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS	IDENTIFICADOR DE ROL:		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 ADYPTABLE PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA REALIZAR MASTOGRAMAS EN CAMPAÑAS	CLAVE CNIS:	531.341.2487

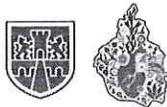
III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN				
ESPECIFICACIONES DEL BIEN	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	HIPERVÍNCULO (REFERENCIA A CATALOGOS, MANUALES, O CUALQUIER OTRO RECURSO QUE DESCRIBA EL BIEN OFERTADO)	PÁGINA DEL CATALOGO, MANUAL O FOLLETO DEL ARCHIVO PDF	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1.-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

FOLIO DMT: 115-2024-V2

ANEXO 1: FICHA TÉCNICA

3 de 5





1.4 Debe contar 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 Deshumidificador 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 señalética 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 guardá de insumos				

 CIUDAD DE MÉXICO SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS	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	HIPERVINCULO (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:				





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 30001122-002-2025

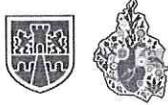
1.1 Computadoras portátil (12 para las unidades móviles y dos para la Jud. de instrumentación de proyectos)				
1.1.1 Sistema operativo windows diez home. incluye licencia				
1.1.2 Procesador Intel Inside				
1.1.3 Velocidad 1.6 Hz hasta 2.4 Ghz				
1.1.4 Motor gráfico intel HD gráficos				
1.1.5 video 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 óptica cd/dvd rw +/-				
1.1.8 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 OFERTANTE

118

f





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".

[Handwritten signature]



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	

118

Página 39

FIRMAS DE LOS EVALUADORES

NOMBRE DEL PERSONAL DE LA DGPSMU
FIRMA

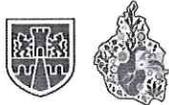
NOMBRE DEL PERSONAL DE LA DMTI
FIRMA

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]

Página 40



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 30001122-002-2025

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

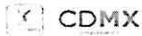
NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

Página 41



ANEXO 1.7
REPORTE MENSUAL



ANEXO 1.7
Contrato de Procedimientos
Partida Presupuestal: 3093 "Servicios Subrogados"
Empresa requerida: Nombre de la empresa completa

Periodo:
Inicio: 05/11/2024
Fin: 05/11/2024

SERVICIO INTEGRAL DE MAS ODONTOLOGIA EN CIUDADES MOVILES

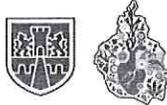
CONSECUTIVO	INDICIO	FECHA DE REALIZACIÓN DD/MM/AAAA	CLAVE	NOMBRE DEL PACIENTE	EFADOS	OBSERVACIONES
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Número de Mastografías realizadas: _____

Handwritten signature

Página 42





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. Municipio
2. Estado	4.1 Localidad
3. Jurisdicción	5. Unidad médica
6. Clínica	
II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE	
CLAVE DE LA PACIENTE	
7. Nombre	Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (N)
8. Entidad de nacimiento	9. CURP
10. Fecha de nacimiento	11. Edad
12. Domicilio	Calle y número Colonia Localidad (municipio/estado/capital)
Código postal	Código telefónico Correo electrónico Teléfono
13. CBO (ocupación)	14. CBO (ocupación) 15. CBO (ocupación) 16. CBO (ocupación)
17. Afiliación	18. Tiempo de residencia actual
19. Número de afiliación a IMSS	
III. FACTORES DE RIESGO	
20. Fecha de ablación	21. Si que familiares son antecedentes de cáncer mamario
22. Edad de presentación de la mastitis	23. Si que familiares son antecedentes de cáncer mamario
24. Presente menopausia	25. Edad de presentación de la menopausia
26. Otros factores de riesgo	
IV. DATOS CLÍNICOS	
27. Dignos clínicos	28. Desarrollo anatómico
29. Características clínicas de la lesión	30. Crecimiento glándula axilar y subareolar
31. Fecha de inicio de primer síntoma o signo	31. Extensión a tejido de unión
32. Localización	32. Menopausia
33. AXILA IZQUIERDA SUPRACLAVICULAR	33. AXILA DERECHA SUPRACLAVICULAR
34. AXILA IZQUIERDA SUBCLAVICULAR	34. AXILA DERECHA SUBCLAVICULAR
35. AXILA IZQUIERDA INFRACLAVICULAR	35. AXILA DERECHA INFRACLAVICULAR
36. AXILA IZQUIERDA INFRACLAVICULAR	36. AXILA DERECHA INFRACLAVICULAR
37. R.F. C de qué nivel se evaluó	
V. REFERENCIA	
38. Centro de origen	39. Motivo de la referencia
40. Fecha de la referencia	

AUTORIZACIÓN DE LA PACIENTE

HJ

H



**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 borrado 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 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 (7-17).- 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 la 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 afiliada, 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 asignación: 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. Presento 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 indico a la paciente su referencia a otra unidad para la continuación del estudio de su enfermedad.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Página 44





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 30001122-002-2025

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	<input type="text"/>	4.- Municipio	<input type="text"/>
2.- Entidad	<input type="text"/>	4.1 Localidad	<input type="text"/>
3.- Jurisdicción	<input type="text"/>	5.- Unidad Médica	<input type="text"/>
6.- Clase	<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"/>	
8.- Entidad de nacimiento <input type="text"/>		9.- CURP <input type="text"/>	
10.- Fecha de nacimiento <input type="text"/>		11.- Edad <input type="text"/>	
12.- Domicilio			
Calle y Número <input type="text"/>		Código Postal <input type="text"/>	
Código postal <input type="text"/>		Entidad Federativa <input type="text"/>	
13.- Otro Domicilio		14.- Otro Teléfono	
Calle y Número <input type="text"/>		15. Correo electrónico <input type="text"/>	
16. Afiliación: CATEGORIA 1. IMSS 2. ISSSTE 3. SEENSA 4. SEENSA 5. IMSS-PROSPERA 7. PROMEX 8. ESTADAL 9. MUNICIPAL 10. PRIVADA 11. OTRAS 12. OTRA <input type="checkbox"/>			
17.1 Número de afiliación o póliza <input type="text"/>			

III. ANTECEDENTES			
17. De mastografía	1.- SI <input type="checkbox"/>	2.- No <input type="checkbox"/>	18. Fecha de última mastografía <input type="text"/>
19. Resultado DRAPE: [1] Evaluación Adicional [2] Negativa [3] Sospecha [4] Probablemente benigna [5] Anomalías sospechosas [6] Baja sospecha de malignidad [7] Riesgo intermedio de malignidad [8] Riesgo moderado de malignidad [9] Alto riesgo de malignidad			

IV. MASTOGRAFÍA			
20. Modalidad de mastografía	<input type="checkbox"/>	1. Tanteo 2. Diagnóstico	21. Fecha de toma de la mastografía <input type="text"/>
22. Mastografía técnicamente adecuada	<input type="checkbox"/>	1.- SI <input type="checkbox"/> 2.- No <input type="checkbox"/>	3.- Baja resolución <input type="checkbox"/>
23. Fecha de interpretación de la mastografía <input type="text"/>			
24. Resultado y hallazgos de la mastografía.			
HALLAZGOS			
Tumor	25. BIRADS <input type="checkbox"/>		
Asimetría	[1] Evaluación Adicional	[4] Anomalías sospechosas	Resultado
Densidad	[2] Negativa	[5] Baja sospecha de malignidad	Cédula profesional
Calificación	[3] Sospecha	[6] Riesgo intermedio de malignidad	Uno
Densidad asimétrica	[4] Probablemente benigna	[7] Riesgo moderado de malignidad	Dos
		[8] Alto riesgo de malignidad	Decisión

V. CONDUCTA A SEGUIR			
26. Repetir por estudio inadecuado	<input type="checkbox"/>	1.- SI <input type="checkbox"/>	2.- No <input type="checkbox"/>
27. Próxima detección por mastografía en 2 años	<input type="checkbox"/>	1.- SI <input type="checkbox"/>	2.- No <input type="checkbox"/>
28. Referencia a ginecología e tratamiento de patología benigna	<input type="checkbox"/>	1.- SI <input type="checkbox"/>	2.- No <input type="checkbox"/>
29. Referencia a especialista diagnóstico a unidad	<input type="text"/>		
30. Fecha de la referencia	<input type="text"/>		
31. Cédula profesional del médico	<input type="text"/>		

AUTORIZACIÓN DE LA PACIENTE

Handwritten signature/initials.

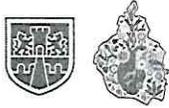
Handwritten signature/initials.

Página 45



2025
Año de
La Mujer
Indígena





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 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 areas correspondientes a la unidad que realizo la detección (Institución, entidad, jurisdicción, municipio, localidad, unidad médica y ciudad).

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 signature and initials.





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 30001122-002-2025

CUBETA

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	<input type="text"/>	4.- Municipio	<input type="text"/>
2.- Entidad	<input type="text"/>	4.1 Localidad	<input type="text"/>
3.- Jurisdicción	<input type="text"/>	5.- Unidad Médica	<input type="text"/>
6.- Círculo	<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"/>		9.- CURP <input type="text"/>	
10.- Fecha de nacimiento <input type="text"/>		11.- Edad <input type="text"/>	
12.- Domicilio <input type="text"/>			
Calle y número <input type="text"/>		Ciudad <input type="text"/>	Localidad/Municipio/Delegación <input type="text"/>
Código postal <input type="text"/>		Entidad Federativa <input type="text"/>	Ampliación <input type="text"/>
13.- Otro Domicilio <input type="text"/>		Teléfono <input type="text"/>	
Calle y número <input type="text"/>		Localidad/Municipio/Delegación <input type="text"/>	
14.- Otro Teléfono <input type="text"/>			
17. Estado civil: 1. Soltera 2. Casada 3. Divorciada 4. Separada 5. Unión Libre 18. Tiempo de residencia actual: 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: OBRERA * SIGA 1. SIGTE 2. SEFINA 3. SEFINA 4. SEMAR 5. IMSS-PROGRESA 7. PROMEX 8. ESTADALE MUNICIPAL 10. PROYAC 11. OTRAS (E) OTRO <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. ¿Cuál lengua indígena habla? <input type="text"/>			
21.2. ¿Habla lenguas indígenas? <input type="checkbox"/> 1.- Sí <input type="checkbox"/> 2.- No <input type="checkbox"/> 21.2.1. ¿Cuál lengua indígena habla? <input type="text"/>			
III. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA			
22. Fecha de valoración clínica del 2o ó 6er Nivel de atención <input type="text"/>			
23. Motivo de la referencia: 1) Dolor clínico positivo 2) Mastografía anormal previa 3) Más de dos factores de riesgo 4) Sin referencia			
24. Indicación de estudios adicionales:			
Estrada: (1) Inguine (2) Senos (3) Probablemente benignos (4) Anormalidad sospechosa		4º Daje sospecha de malignidad (5) Rango intermedio de malignidad (6) Rango moderado de malignidad (7) Abnormalidad sugestiva de malignidad	
1 Mastografía: <input type="checkbox"/> 1) Masto normal 2) Sólido 3) Quiste 4) Otro		Fecha de toma <input type="text"/> Fecha de resultado <input type="text"/> Resultado <input type="text"/>	
2 Ultrasonido: <input type="checkbox"/> 1) Masto normal 2) Sólido 3) Quiste 4) Otro		Fecha de toma <input type="text"/> Fecha de resultado <input type="text"/> Resultado <input type="text"/>	
3 Ovs. Específico estudio: <input type="checkbox"/> 1.- Sí <input type="checkbox"/> 2.- No <input type="checkbox"/>		Fecha de toma <input type="text"/> Fecha de resultado <input type="text"/> Resultado <input type="text"/>	
25. Resultado de la valoración del caso probable: <input type="checkbox"/> 1) Probablemente maligno 2) Descartado 3) Probablemente benigno			
IV. TOMA DE BIOPSIA			
27. No. de biopsia <input type="text"/>			
28. Tipo de biopsia: <input type="checkbox"/> 1) Espiga de corte 2) Excisional 3) Por vacío 4) Intralesional			
29. Fecha de toma de la biopsia <input type="text"/>			
30. Fecha de interpretación de la biopsia <input type="text"/>			
V. INFORMACIÓN SOBRE EL DIAGNÓSTICO			
30. Diagnóstico Histopatológico (HISTOP): <input type="checkbox"/> 1) No interpretado bajo 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 no epitelial 10) Tumor mesodermático			
11) Tumor sarcomatoso 12) Tumor del Páncreas 13) Linfoma Maligno 14) Tumor hematológico 15) Otro maligno			
31. Pruebas de inmunohistoquímica: <input type="checkbox"/> 1) Citoparvo (-) 2) Cxcliguro (+) 3) Progesterona (-) 4) Progesterona (+) 5) Her2neu (-) 6) Her2neu (+) 7) Estado no realizado			
32. Cuidados en el que se confirmó el diagnóstico: <input type="checkbox"/> 1) Morfológico del tumor (CIT-01) <input type="checkbox"/> 2) Comportamiento <input type="checkbox"/> 3) 1er Sto. 3. Maligno <input type="checkbox"/> 4) 2do. Muestreo de extensión <input type="checkbox"/> 5) 3er. Muestreo de extensión <input type="checkbox"/> 6) Tipo de células y biomarcadores de extensión no aplicable			
32.1 Morfológico del tumor (CIT-01) <input type="checkbox"/> 1) 1er Sto. 3. Maligno <input type="checkbox"/> 2) 2do. Muestreo de extensión <input type="checkbox"/> 3) 3er. Muestreo de extensión <input type="checkbox"/> 4) Tipo de células y biomarcadores de extensión no aplicable			
32.2 Comportamiento <input type="checkbox"/> 1) 1er Sto. 3. Maligno <input type="checkbox"/> 2) 2do. Muestreo de extensión <input type="checkbox"/> 3) 3er. Muestreo de extensión <input type="checkbox"/> 4) Tipo de células y biomarcadores de extensión no aplicable			
32.3 Invasión de tejidos (CIT-02) <input type="checkbox"/> 1) 1er Sto. 3. Maligno <input type="checkbox"/> 2) 2do. Muestreo de extensión <input type="checkbox"/> 3) 3er. Muestreo de extensión <input type="checkbox"/> 4) Tipo de células y biomarcadores de extensión no aplicable			
32.4 Órgano <input type="checkbox"/> 1) 1er Sto. 3. Maligno <input type="checkbox"/> 2) 2do. Muestreo de extensión <input type="checkbox"/> 3) 3er. Muestreo de extensión <input type="checkbox"/> 4) Tipo de células y biomarcadores de extensión no aplicable			
33. Clasificación histopatológica (HISTOP): <input type="checkbox"/> 1) Proliferación benigna 2) Proliferación intermedia 3) Proliferación maligna 4) Proliferación maligna 5) Proliferación maligna 6) Proliferación maligna 7) Proliferación maligna 8) Proliferación maligna 9) Proliferación maligna 10) Proliferación maligna 11) Proliferación maligna 12) Proliferación maligna 13) Proliferación maligna 14) Proliferación maligna 15) Proliferación maligna 16) Proliferación maligna 17) Proliferación maligna 18) Proliferación maligna 19) Proliferación maligna 20) Proliferación maligna			
34. Clínica profesional de quien realizó el estudio histopatológico <input type="text"/>			
35. Fecha de notificación a la paciente y de referencia al centro oncológico <input type="text"/>			
VI. PLAN DE INTERVENCIÓN			
36. Conclusión del estudio del caso: <input type="checkbox"/> 1) Alta a su unidad de atención 2) Continúa en seguimiento 3) Detención			
37. Referencia a tratamiento Oncológico: <input type="checkbox"/> 1) Sí 2) No <input type="checkbox"/> 38. Clínica profesional del estudio oncológico <input type="text"/>			

Handwritten signature

Handwritten signature
Página 47



2025
Año de
La Mujer
Indígena



**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 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 (noso 0) y Seguro Popular como CNPSS (noso 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 quién 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 regístrela
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)

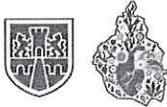
36. Conclusión del estudio del caso: Elegir la opción que corresponda.
37. Referencia a Centro Oncológico: Elija una opción (corresponde a la respuesta 41)
38. Cédula profesional del médico solicitante: Número de cédula

Handwritten signature or initials.

Handwritten signature or initials.

Página 48





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 30001122-002-2025

SARSA



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



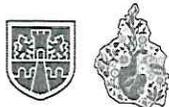
I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD			
1.- Institución		4.- Municipio	
2.- Entidad		4.1 Localidad	
3.- Jurisdicción		6.- Unidad Médica	
8.- Clave			
II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE			
CLAVE DE LA PACIENTE			
7.- Nombre	Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)		
8.- Entidad de nacimiento	6.1. Municipio de nacimiento		
10.- Fecha de nacimiento	11.- Edad	D-CURP	
12.- Domicilio	Calle y Número Colonia Localidad/Municipio/Estado		
13.- Otro Domicilio	Calle y Número Colonia Localidad/Municipio/Estado		
14. Otro Teléfono	15. Correo electrónico		
17. Estado civil	16. Tiempo de residencia actual		
18. Escolaridad	19. Ocupación		
20. Afiliación	21.1 Número de afiliación o póliza		
21.2 ¿Hasta cuándo indígena?	21.2.1 ¿Cuál lengua indígena habla?		
III. REGISTRO DE LA VISTA			
22. Fecha de Atención	23. Fecha de inicio del tratamiento en CD		
24. Plan de manejo y tratamiento	25. Tipo de tratamiento		
26. Tipo de Cirugía	28.3. Tratamiento de quimioterapia		
28.3. Tipo de Medicamento	28.4. Medicamentos prescritos		
26. Estado actual de la paciente	27. Sistema TNM		
27.1 Tamaño del tumor primario	28. Órganos afectados por metástasis (CIS-4)		
28. Le paciente presenta otro tumor (aherónico)	29. Cédula Profesional del médico tratante		
30. Observaciones			

Handwritten signature or initials.

Handwritten mark or signature.

Página 49





**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO
"FORMATO DE REGISTRO 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 enviará únicamente la primera hoja (copia) al nivel correspondiente para su captura.

I. IDENTIFICACIÓN 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 claves).

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.

14. 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 I).

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 TNM: 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.

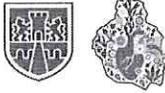
31. Cédula profesional del médico tratante. Número de cédula.

32. Observaciones.

Handwritten signature

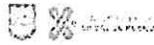
Handwritten mark





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 30001122-002-2025



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	4.- Municipio
2.- Entidad	4.1 Localidad
3.- Jurisdicción	6.- Unidad Médica
6.1.- Clase	

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
12.- Domicilio	Calle y Número, Colonia, Localidad/Municipio/Delegación
13.- Otro Domicilio	Calle y Número, Colonia, Localidad/Municipio/Delegación
14.- Otro Teléfono	15. Centro electrónico, 16. Tiempo de residencia actual
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. Atención	1. CONSULTA 2. SEGUIMIENTO 3. SEGUIMIENTO 4. SEGUIMIENTO 5. SEGUIMIENTO 6. SEGUIMIENTO 7. SEGUIMIENTO 8. SEGUIMIENTO 9. SEGUIMIENTO 10. SEGUIMIENTO 11. SEGUIMIENTO 12. OTRO
20.1 Número de atención o pórtico	21. ¿Es indígena? 1.- Sí 2.- No 21.1 Origen étnico
21.2 ¿Habla lengua indígena?	1.- Sí 2.- No 21.2.1 ¿Cuál lengua indígena habla?

III. REGISTRO DEL SEGUIMIENTO	
22. Fecha de seguimiento	Día Mes Año
23. Morfología del 1er. Tumor registrado (CIE-9)	
24. Estado actual de la paciente	1.- Remisión 2.- Resaca 3.- Recidiva 4.- Referencia 5.- Segunda neoplasia 6.- Defunción 7.- Abscisión
25. Fecha estado actual	Día Mes Año
26. Paciente en revisión	1.- Tratamiento 2.- Vigilancia 3.- Control
27. Tipo de tratamiento	1.- Quimioterapia (QT) 2.- Radioterapia (RT) 3.- Cirugía (CQ) 4.- QT-RT 5.- QT-CQ 6.- RT-CQ 7.- RT-CQ
28. Fecha último tratamiento	Día Mes Año
29. Actividad tumoral	1.- Viva con actividad tumoral 2.- Viva sin actividad tumoral 3.- Muerte con actividad tumoral 4.- Muerte sin actividad tumoral 5.- Sin tumor
30. R.F.C. del médico que llenó el formato	
31. R.F.C. del médico que trató a la paciente	

Handwritten signature and initials.

Página 51



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

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 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 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 D) y Seguro Popular como CNPSS (inciso I).

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-9): 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.




ANEXO 1.9
FORMATOS DE ESTUDIOS
(SE ENTREGAN EN EXCEL)

INCISO A)

FORMATO DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS BIOPSIAS POSITIVAS DE UNIDADES MÉDICAS MÓVILES

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

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS
BIOPSIAS POSITIVAS

NO PROG	FOLIO	JURISDICCIÓN	SEDE	PATERNO	MATERNO	NOBRES	EDAD	FECHA DE INGRESO	ENTIDAD DE ORIGEN	SEXO	PERTENENCIA	CERCA DE ESTUDIO	DONANTE	DELEGACIÓN	TELÉFONO	OCCUPACIÓN	PAIRED TUTOR	ESBP	FECHA DE MASTOGRAFÍA	PROCESO DE MASTOCGRAFÍA	FECHA DE ESTUDIO	DIAGNÓSTICO	FECHA DE LA BIOPSIA	DIAGNÓSTICO DE LA BIOPSIA	MÉDICO RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA AL PACIENTE	TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL D.F.	DESPACHADO
1																												

INCISO B)

FORMATO DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS BIOPSIAS NEGATIVAS DE UNIDADES MÉDICAS MÓVILES

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

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS
BIOPSIAS NEGATIVAS

NO PROG	FOLIO	JURISDICCIÓN	SEDE	PATERNO	MATERNO	NOBRES	EDAD	FECHA DE INGRESO	ENTIDAD DE ORIGEN	SEXO	PERTENENCIA	CERCA DE ESTUDIO	DONANTE	DELEGACIÓN	TELÉFONO	OCCUPACIÓN	PAIRED TUTOR	ESBP	FECHA DE MASTOGRAFÍA	PROCESO DE MASTOCGRAFÍA	FECHA DE ESTUDIO	DIAGNÓSTICO	FECHA DE LA BIOPSIA	DIAGNÓSTICO DE LA BIOPSIA	MÉDICO RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA AL PACIENTE	TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL D.F.	DESPACHADO
1																												

INCISO C)

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

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
PROGRAMA DE ATENCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA
UNIDADES MÓVILES
REPORTE DE MASTOGRAFÍAS CON RESULTADO BIRADS

NO PROG	FOLIO	JURISDICCIÓN	SEDE	PATERNO	MATERNO	NOBRES	EDAD	FECHA DE INGRESO	ENTIDAD DE ORIGEN	SEXO	PERTENENCIA	CERCA DE ESTUDIO	DONANTE	DELEGACIÓN	TELÉFONO	OCCUPACIÓN	DATOS DE LOS FICHES	ESBP	FECHA DE ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA	DIAGNÓSTICO DE MASTOGRAFÍA	MÉDICO RESPONSABLE	OBSERVACIONES O RESULTADOS COMPLEMENTARIOS	TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL D.F.
1																							
2																							
3																							

Página 53





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 30001122-002-2025

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

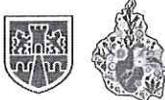
SOL. PROD.	FOLIO	JURISDICCION	SEDE	PATRIANO	MATEURO	EMPRESE	EDAD	FECHA DE NACIMIENT	ESTADIAZ DE NACIMIENT	LESD	PERTENENCIA ETNICA	ESTADO DE ESTUDIO	DOMICILIO	DELEGADO	TELEFONO	OCCUPACION	PADRE O TUTOR	CURP	FECHA DE INAGURACION	DIAGNOSTICO MALOCORR	FECHA DE ENTREGA	DIAGNOSTICO USG	MEDICO RESPONSA	FECHA DE ENTREGA AL PACIENTE	TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL D.F.	OBSERVACIONES
1																										
2																										
3																										

Handwritten signature

Handwritten mark

Página 54





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 CONSTANTE	() CAMBIO FÍSICO () 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)

(16)

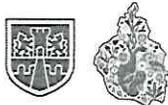
NOMBRE Y FIRMA DEL PROVEEDOR

(17)

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

Página 55





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 APLICARON 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

Handwritten signature or initials.

Página 56





**ANEXO 2
DATOS GENERALES DEL LICITANTE**

CIUDAD DE MÉXICO, A...

(NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL), MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LOS DATOS AQUÍ ASENTADOS, SON CIERTOS Y HAN SIDO DEBIDAMENTE VERIFICADOS, ASÍ COMO QUE CUENTO CON FACULTADES SUFICIENTES PARA SUSCRIBIR LA PROPUESTA EN LA PRESENTE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL, A NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE: (RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA)

NOMBRE DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NO. 30001122-002-2025, PARA LA CONTRATACIÓN DEL "SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES".

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES:

DOMICILIO:
CALLE Y NÚMERO:

COLONIA: ALCALDÍA O MUNICIPIO:

CÓDIGO POSTAL ENTIDAD FEDERATIVA

TELÉFONOS: FAX:

CORREO ELECTRÓNICO:

NO. DE LA ESCRITURA PÚBLICA EN LA QUE CONSTA SU ACTA CONSTITUTIVA:

FECHA:

NOMBRE, NÚMERO Y LUGAR DEL NOTARIO PÚBLICO ANTE EL CUAL SE DIO FE DE LA MISMA:

RELACIÓN DE ACCIONISTAS:

APELLIDO PATERNO	NOMBRE (S)	APELLIDO MATERNO:
------------------	------------	-------------------

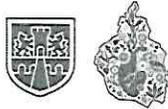
DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:

REFORMAS AL ACTA CONSTITUTIVA:

NOMBRE DEL APODERADO O REPRESENTANTE:
DATOS DEL DOCUMENTO MEDIANTE EL CUAL ACREDITE SU PERSONALIDAD Y FACULTADES:
ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO: FECHA:
NOMBRE, NÚMERO Y LUGAR DEL NOTARIO PÚBLICO ANTE EL CUAL SE OTORGÓ:

(LUGAR Y FECHA)
PROTESTO LO NECESARIO:
(FIRMA/CARGO)

NOTA: EN CASO DE SER PERSONA FÍSICA ANOTAR LOS DATOS CORRESPONDIENTES AL ACTA DE NACIMIENTO.



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 30001122-002-2025

ANEXO 3
OBLIGACIONES FISCALES
“SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES”

(LOS INTERESADOS EN ESTE PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL, DEBERÁN TRANSCRIBIR EN HOJA MEMBRETADA DE LA EMPRESA, EL SIGUIENTE FORMATO E INDICAR LOS CASOS QUE LE SEAN APLICABLES O NO, A SU SITUACIÓN)

CIUDAD DE MÉXICO, A...

MTRA. LETICIA GUADALUPE DELGADO CARRILLO
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
PRESENTE

MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN LOS NUMERALES 8.2, 8.3 Y 8.4, DE LA CIRCULAR CONTRALORÍA GENERAL PARA EL CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA; EL DESARROLLO, MODERNIZACIÓN, INNOVACIÓN Y SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA, Y LA ATENCIÓN CIUDADANA EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL, Y A EFECTO DE DAR CUMPLIMIENTO AL ÚLTIMO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 58 DE LA “LEY DE AUSTERIDAD, TRANSPARENCIA EN REMUNERACIONES, PRESTACIONES Y EJERCICIO DE RECURSOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO” QUE, NUESTRA EMPRESA A CUMPLIDO EN DEBIDA FORMA CON LAS OBLIGACIONES FISCALES SEÑALADAS POR EL CÓDIGO FISCAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, CORRESPONDIENTES A LOS ÚLTIMOS CINCO EJERCICIOS FISCALES REALIZANDO PARA EL EFECTO EL LISTADO DE POR LO MENOS LAS SIGUIENTES CONTRIBUCIONES:

CONTRIBUCIÓN	APLICA	NO APLICA
IMPUESTO PREDIAL		
IMPUESTO SOBRE LA ADQUISICIÓN DE INMUEBLES		
IMPUESTO DE NÓMINAS		
IMPUESTO POR ADQUISICIÓN DE VEHÍCULOS AUTOMOTORES USADOS		
IMPUESTO SOBRE TENENCIA O USO DE VEHÍCULOS		
IMPUESTO POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPEDAJE		
DERECHOS POR EL SUMINISTRO DE AGUA.		

ASIMISMO, MANIFIESTO QUE LA EMPRESA QUE REPRESENTO SE ENCUENTRA EN LOS SIGUIENTES SUPUESTOS:

SUPUESTO	APLICA	NO APLICA
LA CAUSACIÓN DE LAS CONTRIBUCIONES ES MENOR A CINCO AÑOS, DEBIDO A QUE LA FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE GENERARON ES: _____		
EL DOMICILIO FISCAL SE ENCUENTRA FUERA DE LA CIUDAD DE MÉXICO.		
EL DOMICILIO FISCAL SE ENCONTRÓ EN LA CIUDAD DE MÉXICO DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.		
SE CUENTA CON AUTORIZACIÓN PARA PAGO A PLAZO, Y NO SE HA INCURRIDO EN ALGUNO DE LOS SUPUESTOS QUE CONTEMPLA EL CÓDIGO FISCAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, POR LO QUE CESE DICHA AUTORIZACIÓN.		
SE ENCUENTRA OBLIGADA A DICTAMINAR EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES O QUE HAYA ADOPTADO POR LA DICTAMINACIÓN, CONFORME A LOS SUPUESTOS QUE MARCA EL CÓDIGO FISCAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO. EN ESTE CASO SE PRECISA QUE LOS EJERCICIOS Y LAS CONTRIBUCIONES DICTAMINADAS SON LAS SIGUIENTES: _____		
ASIMISMO, MANIFIESTO QUE EL DICTAMEN SE ENCUENTRA EN PROCESO DE INTEGRACIÓN POR PERSONA AUTORIZADA POR EL CÓDIGO FISCAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO.		

ATENTAMENTE:

NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL:	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:	
DOMICILIO PARA OÍR Y RECIBIR NOTIFICACIONES DENTRO DE LA CIUDAD DE MÉXICO:	
NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA RECIBIR NOTIFICACIONES:	
NÚMERO TELEFÓNICO:	
REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES:	

PROTESTO LO NECESARIO

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

NOTA: EL PRESENTE FORMATO DEBERÁ SER PRESENTADO EN PAPEL MEMBRETADO DEL PARTICIPANTE.



ANEXO 4
MANIFESTACIÓN DE NO ESTAR SUJETO A OBLIGACIONES FISCALES
“SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES”

CIUDAD DE MÉXICO, A...

MTRA. LETICIA GUADALUPE DELGADO CARRILLO
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
PRESENTE

MANIFIESTO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE **(NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O MORAL LICITANTE)** NO ESTÁ SUJETA A LAS OBLIGACIONES FISCALES QUE SE RELACIONAN A CONTINUACIÓN, POR LAS RAZONES QUE PARA CADA CASO SE INDICAN:

CONCEPTO	RAZÓN POR LA QUE NO APLICA
IMPUESTO PREDIAL	
IMPUESTO SOBRE ADQUISICIÓN DE INMUEBLES	
IMPUESTO SOBRE NÓMINA	
IMPUESTO SOBRE TENENCIA O USO DE VEHÍCULOS	
IMPUESTO POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPEDAJE	
DERECHOS POR EL SUMINISTRO DE AGUA	

POR LO ANTERIOR, **NO SE PRESENTAN** LAS CONSTANCIAS DE ADEUDOS RESPECTIVAS.

PROTESTO LO NECESARIO

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

NOTA: EL PRESENTE FORMATO DEBERÁ SER PRESENTADO EN PAPEL MEMBRETADO DEL PARTICIPANTE.

ANEXO 5

MANIFESTACIÓN DE CONTAR CON RECURSOS Y DEMÁS REQUISITOS.

“SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES”

CIUDAD DE MÉXICO, A....

MTRA. LETICIA GUADALUPE DELGADO CARRILLO
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
PRESENTE

MANIFIESTO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE **(NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O MORAL LICITANTE)** CUENTO CON LOS RECURSOS HUMANOS, TÉCNICOS, FINANCIEROS Y DEMÁS REQUISITOS QUE SE ESTABLECEN EN LAS BASES, ASÍ COMO LA CAPACIDAD DE RESPUESTA, PARA ATENDER LOS COMPROMISOS QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL.

PROTESTO LO NECESARIO

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

NOTA: ESTE FORMATO DEBERÁ SER PRESENTADO EN PAPEL MEMBRETADO DEL PARTICIPANTE.

ANEXO 8

MANIFESTACIÓN DE NO DESEMPEÑAR CARGO PÚBLICO.

"SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES"

CIUDAD DE MÉXICO, A...

MTRA. LETICIA GUADALUPE DELGADO CARRILLO
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
PRESENTE

(NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O MORAL LICITANTE), EN RELACIÓN CON LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 49 FRACCIÓN XV DE LA LEY DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MI CONDICIÓN Y/O LA DE LOS SOCIOS O ACCIONISTAS RESPECTO A LOS SIGUIENTES SUPUESTOS:

SUPUESTO	SI	NO
DESEMPEÑO EMPLEO, CARGO O COMISIÓN EN EL SERVICIO PÚBLICO		
DESEMPEÑO EMPLEO, CARGO O COMISIÓN EN EL SERVICIO PÚBLICO, SIN EMBARGO, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO, CON LA FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO CORRESPONDIENTE NO SE ACTUALIZA UN CONFLICTO DE INTERÉS.		

PROTESTO LO NECESARIO

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

NOTA: ESTE FORMATO DEBERÁ SER PRESENTADO EN PAPEL MEMBRETADO DEL PARTICIPANTE.

ANEXO 9

MANIFESTACIÓN DE GRADO DE INTEGRACIÓN NACIONAL.

“SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES”

CIUDAD DE MÉXICO, A...

MTRA. LETICIA GUADALUPE DELGADO CARRILLO
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
PRESENTE

MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE EL **GRADO DE INTEGRACIÓN NACIONAL** DEL SERVICIO QUE OFREZCO (**NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O MORAL LICITANTE**), EN ESTE PROCEDIMIENTO DE LICITANTE ES DE POR LO MENOS DEL 50% (CINCUENTA POR CIENTO) DE GRADO DE INTEGRACIÓN NACIONAL.

PROTESTO LO NECESARIO

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

NOTA: ESTE FORMATO DEBERÁ SER PRESENTADO EN PAPEL MEMBRETADO DEL PARTICIPANTE.

ANEXO 10

MANIFESTACIÓN DE QUE EL LICITANTE TENDRÁ CALIDAD DE PATRÓN.

"SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES"

CIUDAD DE MÉXICO, A...

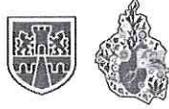
MTRA. LETICIA GUADALUPE DELGADO CARRILLO
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
PRESENTE

MANIFIESTO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO (**NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O MORAL LICITANTE**) TENDRÉ LA CALIDAD DE PATRÓN, RESPECTO DEL PERSONAL QUE UTILICE PARA LA ENTREGA DEL SERVICIO OBJETO DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL, POR LO QUE "**LA CONVOCANTE**" NO PODRÁ CONSIDERARSE PATRÓN SOLIDARIO O SUSTITUTO DE CUALESQUIERA DE LAS OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES QUE TENGA CON RESPECTO A SUS TRABAJADORES. EN CASO DE CONTROVERSA LABORAL CON ALGUNO O VARIOS DE SUS TRABAJADORES, (**NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O MORAL LICITANTE**) ASUMIRÉ TOTALMENTE LA RESPONSABILIDAD LABORAL Y ECONÓMICA CON RESPECTO A SU PERSONAL.

PROTESTO LO NECESARIO

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

NOTA: ESTE FORMATO DEBERÁ SER PRESENTADO EN PAPEL MEMBRETADO DEL PARTICIPANTE.



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 30001122-002-2025

ANEXO 14

**MANIFESTACIÓN DE NO INCURRIR EN PRÁCTICAS NO ÉTICAS O ILEGALES
"SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES"**

CIUDAD DE MÉXICO, A...

**MTRA. LETICIA GUADALUPE DELGADO CARRILLO
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
PRESENTE**

MANIFIESTO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE EN REPRESENTACIÓN DE (**NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O MORAL LICITANTE**) ME COMPROMETO A NO INCURRIR EN PRÁCTICAS NO ÉTICAS O ILEGALES DURANTE EL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL, ASÍ COMO EN EL PROCESO DE FORMALIZACIÓN Y VIGENCIA DEL CONTRATO Y, EN SU CASO, LOS CONVENIOS QUE SE CELEBREN, INCLUYENDO LOS ACTOS QUE DE ÉSTOS DERIVEN.

PROTESTO LO NECESARIO

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

NOTA: ESTE FORMATO DEBERÁ SER PRESENTADO EN PAPEL MEMBRETADO DEL PARTICIPANTE.



ANEXO 19
PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA
"SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES"

CIUDAD DE MÉXICO, A

MTRA. LETICIA GUADALUPE DELGADO CARRILLO
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
PRESENTE.

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".



SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 30001122-002-2025

CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 19 PROPUESTA TÉCNICA DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES

FOLIO DMTI: 115-2024

ARTIDA PRESUPUESTAL: 399

VERSIÓN: 2-2025

I. DATOS DEL OFERENTE

EMPRESA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

II. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LOS BIENES SOLICITADAS Y OFERTADAS

CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS				CARACTERÍSTICAS OFERTADAS				EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)	
No.	DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	UNIDAD DE MEDIDA OFERTADA	CANT. OFERTADA	MARCA		NUM. DE CATALOGO, NUM DE PARTE O NUM. DE REFERENCIA
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 HÚMEIDAS, HIDROFILAS, ADICIONADAS CON HUMECTANTES Y EMULSIONES DERMATOLÓGICAMENTE PROBADAS, ELABORADA DE FIBRAS NATURALES, LIBRE DE ALCOHOL Y PARABENOS	PIEZA	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO						
10	GEL ANTISÉPTICO PARA MANOS QUE NO REQUIERE ENJUAGUE, FORMULADO A BASE DE ALCOHOL ETILICO DE 60-90% V/V ADICIONADO CON HUMECTANTES Y EMULSIONES, HIPOALERGENICO	PIEZAS 300 MIL	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO						
11	COVIDO APTOS PARA GRABACIÓN DE ESTUDIOS	PIEZA	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO						





No.	PROCEDIMIENTOS	UNIDAD DE MEDIDA SOLICITADA	PROCEDIMIENTO OFERTADO	UNIDAD DE MEDIDA OFERTADA	CANTIDAD OFERTADA	EVALUACIÓN
12	RELACION DE PROCEDIMIENTOS	SERVICIO	54,000			
III. DOCUMENTACIÓN						
	1. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO			HIPERVINCULO		EVALUACION CONVOCANTE
	1. CERTIFICADO DE ORIGEN/ETIQUETA QUE SE SEÑALE LA FECHA DE FABRICACIÓN.					
	4. GARANTÍA DE LOS BIENES			HIPERVINCULO		EVALUACION CONVOCANTE
	1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.					
	8. NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES			HIPERVINCULO		EVALUACION CONVOCANTE
	1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.					
	10. OBLIGACIONES DEL SERVICIO INTEGRAL			HIPERVINCULO		EVALUACION CONVOCANTE
	1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.					
	2. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR COPIA DEL MANUAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.					
	3. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR COPIA DEL CALENDARIO DE SESIONES DEL COMITÉ DE GARANTÍA DE LA CALIDAD CON COPIA DE LA ÚLTIMA SESIÓN, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.					
	DE LA UNIDAD MÓVIL:					
	1. COPIA DE LAS VERIFICACIONES DEL AÑO CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA DEL CONTRATO.					
	2. COPIA DEL PAGO DE TERENCIA DEL AÑO CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA DEL CONTRATO.					
	3. CONTINUIDAD DEL REGISTRO REPUEVE.					
	4. COPIA DEL SEGURO VEHICULAR.					
	5. LISTADO DE LAS DOS UNIDADES ASIGNADAS A LA SERVICIO, INCLUYENDO NÚMERO DE PLACAS, AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y LICENCIA SANITARIA.					
	PARA EL GABINETE RADIOLOGICO FIJO:					
	6. PRESENTAR EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS.					
	PARA EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA:					
	7. PRESENTAR EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS.					
	8. CALIBRACIÓN DE LOS EQUIPOS.					
	12. EXPERIENCIA DE LA EMPRESA			HIPERVINCULO		EVALUACION CONVOCANTE
	1. CURRÍCULUM EMPRESARIAL					
	2. CONTRATO NÚMERO 1 OBJETO DE ESTA LICITACIÓN.					
	3. CARTA DE RECOMENDACIÓN DEL CONTRATO NÚMERO 1					
	4. CONTRATO NÚMERO 2 OBJETO DE ESTA LICITACIÓN.					
	5. CARTA DE RECOMENDACIÓN DEL CONTRATO NÚMERO 2					





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 30001122-002-2025

HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
13. EXPERIENCIA DE LOS INGENIEROS DE SERVICIO DE LAS UNIDADES MÓVILES:	
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.	
2. CURRÍCULUM 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.	EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.	
MÉDICOS ESPECIALISTAS	HIPERVINCULO
5. CERTIFICADO O RECONOCIMIENTO VIGENTE DE LA ESPECIALIDAD EN MAMMA EMITIDA POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN.	
6. COMPROBANTE DE CURSO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA POE.	
CAPTURISTAS MUJERES	
1. CURRÍCULUM DE LAS CAPTURISTAS.	
8. CERTIFICADO DE PREPARATORIO O TÉCNICA.	
PROMOTORAS DE SALUD	
9. CURRÍCULUM VITAE.	
10. CERTIFICADO DE BACHILLERATO CONCLUIDO.	
TÉCNICAS RADIOLOGAS (MUJERES)	
11. CURRÍCULUM VITAE. EXPERIENCIA: MÍNIMA 1 AÑO.	
12. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE TÉCNICO RADIOLOGO.	
13. CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN TOMA Y MASTOGRAMÍA.	
14. COMPROBANTE DE CURSO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA POE.	
OPERADOR DE LA UNIDAD MÓVIL	
11. CURRÍCULUM VITAE	
10. LICENCIA DE CONDUCTOR VIGENTE	
15. EXPERIENCIA DEL PERSONAL MÉDICO OPERATIVO PARA EL GABINETE FIJO.	EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.	
MÉDICOS ESPECIALISTAS	
2. CURRÍCULUM DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS CON AL MENOS 3 AÑOS DE EXPERIENCIA EN BIOPSIAS.	
3. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.	
4. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE RADIOLOGÍA.	
5. CERTIFICADO O RECONOCIMIENTO VIGENTE DE LA ESPECIALIDAD EN RADIOLOGÍA E IMAGEN EMITIDO POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN.	
6. CERTIFICADO O RECONOCIMIENTO VIGENTE DE LA ESPECIALIDAD EN MAMMA EMITIDA POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN.	
7. COMPROBANTE DE CURSO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA POE.	





Ciudad de México
Capital de la Transformación

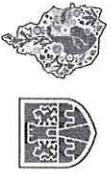
SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 30001122-002-2025

TECNICAS RADIOLOGAS (MUJERES)	
8. CURRÍCULUM VITAE, EXPERIENCIA MÍNIMA 1 AÑO.	
3. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE TÉCNICO RADIOLOGO.	
10. CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN TOMA Y MASTOGRAFÍA.	
11. COMPROBANTE DE CURSO DE PROTECCIÓN RADIOLOGICA PARA POE.	
15. EXPERIENCIA DEL PERSONAL MÉDICO OPERATIVO PARA AMATOMÍA PATOLÓGICA.	HIPERVINCULO
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.	
MÉDICOS ESPECIALISTAS	
2. CURRÍCULUM 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 RECONOCIMIENTO 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.	HIPERVINCULO
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.	
MÉDICOS ESPECIALISTAS	
2. CURRÍCULUM 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 RECONOCIMIENTO VIGENTE DE LA ESPECIALIDAD EN MAMMA EMITIDA POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN.	
6. COMPROBANTE DE CURSO DE PROTECCIÓN RADIOLOGICA PARA POE.	
CAPTURISTAS MUJERES	
7. CURRÍCULUM DE LAS CAPTURISTAS.	
8. CERTIFICADO DE PREPARATORIO O TÉCNICA.	
PROMOTORAS DE SALUD	
3. CURRÍCULUM VITAE.	
10. CERTIFICADO DE BACHILLERATO COMPLETADO.	
TECNICAS RADIOLOGAS (MUJERES)	
11. CURRÍCULUM 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 RADIOLOGICA PARA POE.	
OPERADOR DE LA UNIDAD MÓVIL	
11. CURRÍCULUM VITAE	
18. LICENCIA DE CONDUCTOR VIGENTE	



2025
Año de
La Mujer Indígena





SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 30001122-002-2025

CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

18. DOCUMENTACIÓN DEL GABINETE RADIOLÓGICO	HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. AVISO DE FUNCIONAMIENTO.		
2. COPIA DEL RESPONSABLE DE LA OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO VIGENTE		
3. COPIA DE LA LICENCIA SANITARIA		
4-A. COPIAS DE PRUEBA DE CONTROL DE CALIDAD CON FRECUENCIA DE 6 MESES COMO LO INDICA EL NÚMERO 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.		
4-B. COPIAS DE LA ÚLTIMA PRUEBA DE CONTROL DE CALIDAD CON FRECUENCIA DE 6 MESES COMO LO INDICA EL NÚMERO 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.		
5. COPIA DE CLAVE CLUES		
6. COPIA DE QUE CUENTA CON LA CLAVE SICAMI O ESTÁ EN TRÁMITE		
7. CÉDULA DE INFORMACIÓN TÉCNICA CONFORME AL PUNTO 6.2.11 DE LA NOM-229-SSA1-2002		
8. COPIA DEL MANUAL DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA		
9. COPIA DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS		
10. COPIA DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		
11. PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD		
12. COPIA DEL MANUAL DE LA GARANTÍA DE CALIDAD INCLUYENDO: ORGANIGRAMA DEL COMITÉ.		
13. PRESENTAR EL CALENDARIO DE SESIONES DEL COMITÉ DE GARANTÍA DE CALIDAD, ASÍ COMO COPIA SIMPLE DE LA MINUTA DE LA ÚLTIMA SESIÓN		
19. DOCUMENTACIÓN DEL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA	HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. AVISO DE FUNCIONAMIENTO.		
2. COPIA DEL RESPONSABLE SANITARIO VIGENTE.		
3. DOCUMENTOS PROBATORIOS DEL MÉDICO ESPECIALISTA RESPONSABLE SANITARIO.		
4. LISTADO DE PERSONAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO O CAPACITADO EN EL ÁREA DE LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, INCLUYENDO DIPLOMAS LEGALMENTE EXPEDIDOS Y REGISTRADOS POR LAS AUTORIDADES		
5. LISTADO DE PERSONAL HISTOTECNÓLOGO Y CITOTECNÓLOGO INCLUYENDO DIPLOMAS LEGALMENTE EXPEDIDOS Y REGISTRADOS POR LAS AUTORIDADES EDUCATIVAS COMPETENTES		
6. MANUAL DE LA CALIDAD.		
20. SOPORTE TÉCNICO	HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
UNIDADES MÓVILES:		
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.		
2. CALENDARIO DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS RADIOLÓGICOS SOLICITADOS EN EL ANEXO TÉCNICO.		
3. RUTINA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL FABRICANTE DEL: 3.1 MASTOGRAFO DIGITAL		
21. LICENCIAMIENTO	HIPERVINCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA SU REPRESENTANTE LEGAL DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.		





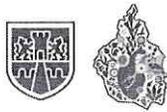
SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
 DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
 LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
 NO. 30001122-002-2025

CIUDAD DE MÉXICO

22. CUMPLIMIENTO DE LA NORMA NOM-223-SSA1-2002 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.	HIPERVÍNCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
24. CARPETA EJECUTIVA 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.	HIPERVÍNCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
24. CONSTANCIA DE LA EVALUACIÓN DE MUESTRAS 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR EN ORIGINAL EL ANEXO 13 ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS, DEBIDAMENTE REQUISITADO CON FIRMA Y SELLO DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS	HIPERVÍNCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
25. 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 RADIOLOGICO 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 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR EL PROCEDIMIENTO DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.	HIPERVÍNCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
27. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.	HIPERVÍNCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
20. AVISO DE FUNDACIONAMIENTO 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR COPIA SIMPLE DEL AVISO DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO. 2. COPIA DE LOS RESPONSABILLES SANITARIOS DE CADA UNA DE LAS UNIDADES MÓVILES. 3. COPIA DE LAS LICENCIAS SANITARIAS DE CADA UNA DE LAS UNIDADES MÓVILES.	HIPERVÍNCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE
29. DESVIOS DE LA VALIDAD DE INSUMOS 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.	HIPERVÍNCULO	EVALUACIÓN CONVOCANTE

NOMBRE DEL OFERENTE, APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL.
FIRMA
RFC DEL OFERENTE:





ANEXO 20
FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA ECONÓMICA
"SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES"

CIUDAD DE MÉXICO, A...

MTRA. LETICIA GUADALUPE DELGADO CARRILLO
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
PRESENTE.

NO.	PROCEDIMIENTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
1	SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	1		
			SUBTOTAL	
			I.V.A.	
			TOTAL	

NO.	PROCEDIMIENTOS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
1	MASTOGRFÍA DIGITAL DE TAMIZAJE	1		
2	ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (MASTOGRAFÍAS Y ÚLTRASONIDOS)	1		
3	BIÓPSIAS	1		
			SUBTOTAL	
			I.V.A.	
			TOTAL	

NOTA: EL SERVICIO CONTEMPLA:

- A) MASTOGRAFOS 12
- B) UNIDAD MÓVIL 12
- C) COMPUTADORAS PORTÁTILES
- D) EQUIPOS DE COMUNICACIÓN MÓVIL

INSUMOS POR ESTUDIO:

- A) GUANTES DESECHABLES TAMAÑO CHICO
- B) GUANTES DESECHABLES TAMAÑO MEDIANO
- C) GUANTES DESECHABLES TAMAÑO GRANDE
- D) BATAS DESECHABLES
- E) TOALLAS HÚMEDAS
- F) GEL ANTIBACTERIAL

- IMPORTES, EXPRESADOS EN MONEDA NACIONAL (PESOS MEXICANOS) CONSIDERANDO ÚNICAMENTE DOS DECIMALES PARA SU CÁLCULO (REDONDEO).
- LOS PRECIOS SERÁN FIJOS HASTA EL TOTAL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS EN EL CONTRATO RESPECTIVO.
- SE ACEPTAN LAS CONDICIONES DE PAGO, CONFORME AL PLAZO Y PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO POR "LA CONVOCANTE".
- ESTA PROPUESTA ECONÓMICA TIENE UNA VIGENCIA MÍNIMA DE 90 (NOVENTA) DÍAS NATURALES A PARTIR DE LA FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA MISMA.

PROTESTO LO NECESARIO

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

NOTA: ESTE FORMATO DEBERÁ SER PRESENTADO EN PAPEL MEMBRETADO DEL PARTICIPANTE





ANEXO 21

FORMATO PARA LA PROPUESTA DE PRECIOS MÁS BAJOS

CIUDAD DE MÉXICO, A _____ DE _____

CON FUNDAMENTO EN LO ESTABLECIDO EN EL SEGUNDO PÁRRAFO DE LA FRACCIÓN II DEL ARTÍCULO 43, DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL QUE A LA LETRA DICE: "SE COMUNICARÁ A "LOS LICITANTES" QUE EN ESE MISMO ACTO, PODRÁN OFERTAR UN PRECIO MÁS BAJO POR LOS BIENES O SERVICIOS OBJETO DE LA LICITACIÓN O INVITACIÓN RESTRINGIDA, EN BENEFICIO DEL ÁREA CONVOCANTE, CON LA FINALIDAD DE RESULTAR ADJUDICADOS, RESPECTO DE LA PROPUESTA QUE ORIGINALMENTE HAYA RESULTADO MÁS BENÉFICA PARA EL ÁREA CONVOCANTE. LO CUAL PODRÁN EFECTUAR SIEMPRE Y CUANDO, EN EL ACTO SE ENCUENTRE PRESENTE LA PERSONA QUE CUENTE CON PODERES DE REPRESENTACIÓN DE LA PERSONA FÍSICA O MORAL LICITANTE, LO QUE DEBERÁ SER ACREDITADO EN EL MISMO ACTO", Y DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE PRECIOS MÁS BAJOS PARA LOS BIENES OBJETO DEL PROCEDIMIENTO LICITATORIO, PUBLICADOS EL 14 DE ABRIL DEL AÑO 2010 EN LA GACETA OFICIAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, ASÍ COMO LO DISPUESTO EN EL NUMERAL 5.6.1, DE LA CIRCULAR UNO 2024 "NORMATIVIDAD EN MATERIA DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS" VIGENTE, SE EMITE EL PRESENTE FORMATO, EL CUAL SE ENCUENTRA INMERSO COMO ANEXO 21, EN LAS BASES DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL, A EFECTO DE QUE "LOS LICITANTES" PRESENTEN PRECIOS MÁS BAJOS EN TÉRMINOS PORCENTUALES PARA LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO.

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL "SERVICIO INTEGRAL DE MASTROGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES"	
NÚMERO DE PROCEDIMIENTO LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NO. 30001122-000-2025	
PERSONA FÍSICA O MORAL:	
DOCUMENTO QUE ACREDITA SUS FACULTADES	

PARTIDA	DESCRIPCIÓN	IMPORTE DE LA OFERTA MÁS BAJA PRESENTADA ORIGINALMENTE ANTES DE I.V.A.	RONDA #		+PRECIO DEFINITIVO ANTES DE I.V.A.
			%	PRECIO	
1					

***ANOTAR EL PRECIO DEFINITIVO OFRECIDO POR EL LICITANTE QUE SUSCRIBE EL PRESENTE FORMATO.**

SOSTENIMIENTO DE PRECIO DEFINITIVO
NOMBRE DEL LICITANTE, APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA Y FECHA
R.F.C. DEL LICITANTE

CLÁUSULA: EN CASO DE QUE LA PRESENTE PROPUESTA SEA LA DEL PRECIO DEFINITIVO MÁS BAJO OFRECIDO POR LOS SERVICIOS REQUERIDOS Y COMO CONSECUENCIA RESULTE ADJUDICADA, EL LICITANTE SE COMPROMETE AL SOSTENIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LA MISMA, CONFORME AL (LOS) DESCUENTO (S) ESTIPULADO (S) POR SU REPRESENTANTE LEGAL DEBIDAMENTE ACREDITADO.



ANEXO 22
FORMATO DE FIANZA DE SOSTENIMIENTO DE PROPUESTA

_____(1)_____ EN EJERCICIO DE LA AUTORIZACIÓN QUE LE FUE CONCEDIDA POR LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, SE CONSTITUYE FIADORA HASTA POR LA SUMA DE _____(2)_____ M.N., A FAVOR DE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO PARA GARANTIZAR POR _____(3)_____ CON DOMICILIO EN _____(4)_____, EL SOSTENIMIENTO DE LA PROPUESTA PRESENTADA PARA PARTICIPAR EN EL PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NO. **30001122-000-2025** CONVOCADA POR EL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, A TRAVÉS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, TENIENDO POR OBJETO _____(5)_____.

ESTA GARANTÍA ESTARÁ VIGENTE HASTA QUE EL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO MANIFIESTE EXPRESAMENTE POR ESCRITO LA DEVOLUCIÓN PARA SU CANCELACIÓN, DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, SU REGLAMENTO Y DEMÁS QUE RESULTEN APLICABLES. (FIN DE TEXTO).

NOTAS:

- (1) NOMBRE DE LA AFIANZADORA.
- (2) IMPORTE EN MONEDA NACIONAL CON NÚMERO Y LETRA, SEGÚN LA MAGNITUD DE LA COTIZACIÓN SIN CONSIDERAR EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO.
- (3) NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA.
- (4) DOMICILIO DE LA EMPRESA.
- (5) OBJETO DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL.

ANEXO 23

REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE PAGO DE COMPROBANTES FISCALES DIGITALES

1. REQUISITOS FISCALES.

- 1.1 LOS COMPROBANTES FISCALES DIGITALES (CFDI), DEBERÁN REUNIR LOS REQUISITOS CON BASE EN LOS ARTÍCULOS 29 Y 29-A DEL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN, ARTÍCULOS 76 FRACCIÓN II Y 110 FRACCIÓN III DE LA LEY DE IMPUESTO SOBRE LA RENTA, ARTÍCULO 32 FRACCIÓN III DE LA LEY DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO Y LA REGLA CORRESPONDIENTE A LA IMPRESIÓN Y EXPEDICIÓN DE COMPROBANTES FISCALES DE LA RESOLUCIÓN MISCELÁNEA FISCAL VIGENTE.
- 1.2 LOS COMPROBANTES FISCALES DIGITALES DEBERÁN EXPEDIRSE A:

NOMBRE: GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

R.F.C.: GDF9712054NA

DOMICILIO FISCAL: FRAY SERVANDO TERESA DE MIER NO. 77 COLONIA CENTRO ÁREA 1, ALCALDÍA CUAUHTÉMOC, CIUDAD DE MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO, C.P. 06000

2 REQUISITOS ADMINISTRATIVOS

PARA EL INICIO DE TRÁMITE DE PAGO SE DEBERÁ ENTREGAR EN LA VENTANILLA ÚNICA DE LA DIRECCIÓN DE FINANZAS DE "LA CONVOCANTE", UNA IMPRESIÓN DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL (CFDI).

- 2.1 LOS COMPROBANTES FISCALES DIGITALES DEBERÁN CONTENER:
- a) SELLO DEL ÁREA QUE RECIBE LOS SERVICIO, ASÍ COMO NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL DIRECTOR Y SUBDIRECTOR O JUD ADMINISTRATIVO, EN EL CASO DE UNIDADES HOSPITALARIAS, VALIDANDO LA RECEPCIÓN DEL SERVICIO; OTORGANDO EL VO.BO. PARA EL TRÁMITE DE PAGO.
 - b) INDICAR CANTIDAD, DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO, PRECIO UNITARIO, DE ACUERDO CON LOS DATOS ASENTADOS EN EL CONTRATO.
 - c) LOS COMPROBANTES FISCALES DIGITALES DEBERÁN CONTENER EL NÚMERO DE CONTRATO.
- 2.2 DOCUMENTOS A ENTREGAR PARA TRÁMITE DE PAGO ANTE LA VENTANILLA ÚNICA DE LA DIRECCIÓN DE FINANZAS:
- a) ORIGINAL DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL IMPRESO, DEBIDAMENTE REQUISITADO, COMO SE ESTABLECE EN EL PUNTO 2.1 INCISO A) DE ESTE ANEXO.
 - b) UNA COPIA LEGIBLE DEL CONTRATO (SOLAMENTE EN EL PRIMER TRÁMITE DEL CONTRATO CORRESPONDIENTE).

CUANDO EN LA FACTURA SE INDIQUE QUE ES EN SUSTITUCIÓN DE OTRO DOCUMENTO, DEBERÁ ANEXARSE COPIA LEGIBLE DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL SUSTITUIDO, DEBIDAMENTE CANCELADO.



SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
 DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
 LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
 NO. 30001122-002-2025

CIUDAD DE MÉXICO
 CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

ANEXO 24

FORMATO PARA SOLICITAR ACLARACIONES A LAS BASES "SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES"

CIUDAD DE MÉXICO, A...

MTRA. LETICIA GUADALUPE DELGADO CARRILLO
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
PRESENTE.

PREGUNTA NO.	NUMERAL E INCISO DE LAS BASES AL QUE SE REFIERE LA PREGUNTA	PREGUNTA

LICITANTE	NOMBRE DEL LICITANTE, APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL	DOMICILIO Y TELÉFONO EN LA CIUDAD DE MÉXICO					
		<table border="1"> <tr> <td>CALLE Y NÚMERO</td> </tr> <tr> <td>COL., ALCALDÍA.</td> </tr> <tr> <td>C.P.</td> </tr> <tr> <td>TELÉFONO(S)</td> </tr> <tr> <td>CORREO ELECTRÓNICO</td> </tr> </table>	CALLE Y NÚMERO	COL., ALCALDÍA.	C.P.	TELÉFONO(S)	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE Y NÚMERO							
COL., ALCALDÍA.							
C.P.							
TELÉFONO(S)							
CORREO ELECTRÓNICO							

NOTA: ESTE FORMATO DEBERÁ SER PRESENTADO EN PAPEL MEMBRETADO DEL PARTICIPANTE



ANEXO 26

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

"SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES".

CIUDAD DE MÉXICO, A...

MTRA. LETICIA GUADALUPE DELGADO CARRILLO
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
P R E S E N T E.

MANIFIESTO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO (**NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O MORAL LICITANTE**), ME OBLIGO A MANTENER EN ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD Y A NO DIVULGAR LA INFORMACIÓN CONTENIDA Y DERIVADA DEL CONTRATO CORRESPONDIENTE, RESPETANDO LOS DERECHOS QUE SOBRE LA INFORMACIÓN CONTENIDA Y DERIVADA DEL CONTRATO CORRESPONDIENTE, RESPETANDO LOS DERECHOS QUE SOBRE LA INFORMACIÓN TENGA Y SE RESPONSABILIZA DEL MAL USO QUE EN SU CASO DE ELLAS SE HAGA, SIN LA AUTORIZACIÓN DE "LA CONVOCANTE", AUN DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN DEL INSTRUMENTO JURÍDICO QUE DERIVE DE LA PRESENTE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL.

PROTESTO LO NECESARIO

NOMBRE DEL LICITANTE, APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA

R.F.C. DEL LICITANTE:

NOTA: ESTE FORMATO DEBERA SER PRESENTADO EN PAPEL MEMBRETADO DEL PARTICIPANTE.

ANEXO 27

CLAUSULAS NO NEGOCIABLES

PRIMERA. - OBJETO DEL CONTRATO

SEGUNDA. - VIGENCIA

LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL FALLO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025.

TERCERA. - MONTO

"LAS PARTES" ESTABLECEN QUE "EL GCDMX" PAGARÁ A "EL PROVEEDOR" POR LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO LA CANTIDAD MÍNIMA DE \$_____ (_____ M.N.), INCLUYENDO EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.), CANTIDAD MÁXIMA DE \$_____ (_____ M.N.), INCLUYENDO EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.).

CUARTA. - PAGO

"LAS PARTES" CONVIENEN QUE LOS PAGOS QUE SE GENEREN CON MOTIVO DEL PRESENTE CONTRATO, SE EFECTUARÁN MEDIANTE TRANSFERENCIA INTERBANCARIA, EN PRECIOS FIJOS Y EN MONEDA NACIONAL A MÁS TARDAR A LOS 20 (VEINTE) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DEL REGISTRO DE LAS CUENTAS POR LIQUIDAR CERTIFICADAS (CLC) EN EL SISTEMA SAP-GRP, CONFORME AL ARTÍCULO 54 DE LA LEY DE AUSTERIDAD, TRANSPARENCIA EN REMUNERACIONES PRESTACIONES Y EJERCICIO DE RECURSOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, PREVIO REGISTRO POR PARTE DE "EL PROVEEDOR" ANTE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

PARA QUE EL PAGO PROCEDA "EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A ENTREGAR A "EL GCDMX" EN ORIGINAL Y DOS COPIAS LAS FACTURAS ACOMPAÑADAS DE LA NOTA DE REMISIÓN EN PAPEL MEMBRETADO CON SELLO O FIRMA DEL PERSONAL RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN DE BIENES Y ACTA DE ENTREGA-RECEPCIÓN DEL ALMACÉN CORRESPONDIENTE, EN LA DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS, EN DÍAS HÁBILES EN HORARIO DE 9:00 A 14:00 HORAS, PARA ANÁLISIS DEL CONTENIDO DE BIENES Y FECHA DE ENTREGA PARA POSTERIORMENTE ENVIAR LAS FACTURAS CON CUADRO DE ANÁLISIS A LA DIRECCIÓN DE FINANZAS PARA INICIAR EL TRÁMITE DE PAGO CORRESPONDIENTE.

DIRECCIÓN DE FINANZAS, SERÁ EL ÁREA RESPONSABLE DE VERIFICAR, VALIDAR Y AUTORIZAR LA DOCUMENTACIÓN PARA EL TRÁMITE DE PAGO.

QUINTA. - FACTURACIÓN

LAS FACTURAS SE ELABORARÁN DE MANERA DESGLOSADA A NOMBRE DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, SEÑALANDO LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS REQUERENTES QUE REALIZARON LA RECEPCIÓN DE LOS BIENES, MISMOS QUE SE IDENTIFICAN EN EL (ANEXO TÉCNICO), CON EL DOMICILIO FISCAL Y EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE; Y SE ENTREGARÁN DE MANERA DESGLOSADA EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS.

LA FACTURACIÓN SE EMITIRÁ DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES FISCALES VIGENTES EN LA MATERIA.

SEXTA. - ANTICIPOS

"EL GCDMX" NO OTORGARÁ NINGÚN ANTICIPO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE INSTRUMENTO.

SÉPTIMA. - PAGOS EN EXCESO

EN CASO DE QUE "EL PROVEEDOR" RECIBA PAGOS EN EXCESO, SE OBLIGA A REINTEGRAR A "EL GCDMX" EL MONTO TOTAL DEL IMPORTE APLICADO EN DICHO PAGO EN EXCESO, EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 72 (SETENTA Y DOS) HORAS POSTERIORES A LA FECHA DEL DEPÓSITO REGISTRADO POR LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

LOS INTERESES SE CALCULARÁN POR DÍAS NATURALES DESDE LA FECHA DEL PAGO EN EXCESO HASTA LA FECHA EN LA QUE SE REALICE LA DEVOLUCIÓN A "EL GCDMX", ASIMISMO, "EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A PAGAR LOS INTERESES CORRESPONDIENTES, CONFORME A LA TASA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 64, PÁRRAFOS TERCERO Y CUARTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y EL ARTÍCULO 3 DE LA LEY DE INGRESOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO PARA EL EJERCICIO FISCAL 2025.

OCTAVA. – PRESTACIÓN DEL SERVICIO

"EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A PRESTAR LOS SERVICIOS DONDE LE INDIQUE "EL GCDMX" POR CONDUCTO DE SU ÁREA TÉCNICA, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES QUE ESTAS REQUIERAN, EL CUAL DEBERÁ REALIZARSE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ANEXO TÉCNICO.

NOVENA. - CALIDAD DEL SERVICIO

"EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A QUE LOS SERVICIOS REALIZADOS DEBERÁN SER CONFORME AL ANEXO TÉCNICO Y A LAS BASES DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO NO., Y/O INVITACIÓN RESTRINGIDA A CUANDO MENOS TRES PROVEEDORES Y DE ACUERDO A LA SOLICITUD Y SUPERVISIÓN DE LAS ÁREAS TÉCNICAS.

ASIMISMO, SI SE LLEGA DETERMINAR ALGUNA IRREGULARIDAD EN CUANTO A LA CALIDAD DE LOS BIENES, CALIDAD DE LOS MATERIALES E INSUMOS O QUE ESTOS NO CORRESPONDAN A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS O CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN ESTE INSTRUMENTO, DICHA IRREGULARIDAD SE LE NOTIFICARÁ POR ESCRITO A FIN DE QUE PROCEDA A REPARARLAS Y/O CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO EN ESTE CONTRATO.

EL EJERCICIO DE ESTE DERECHO, NO LIBERA A "EL PROVEEDOR" DE LA RESPONSABILIDAD DE SUPERVISAR ÉL MISMO LA ENTREGA DE LOS BIENES, EN CONSECUENCIA, LA OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR LOS BIENES DE MALA CALIDAD O INADECUADO, O QUE NO CORRESPONDAN A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS, SUBSISTE EN TODO MOMENTO PARA "EL PROVEEDOR".

DÉCIMA. - CADUCIDAD DEL SERVICIO

"EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A QUE LOS BIENES ENTREGADOS, ASÍ COMO TODOS LOS INSUMOS, Y LOS MATERIALES NO SERÁN DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES CONTENIDAS EN EL (ANEXO TÉCNICO), QUEDANDO OBLIGADO A RESTITUIR A ENTERA SATISFACCIÓN LOS BIENES, INSUMOS, QUE NO CUMPLAN CON LAS CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES SOLICITADAS DE ACUERDO A LA GARANTÍA DURANTE EL PERIODO DE VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO.

DÉCIMA PRIMERA. - IMPUESTOS Y DERECHOS

TODOS LOS IMPUESTOS, DERECHOS Y DEMÁS GRAVÁMENES, QUE SE GENEREN CON MOTIVO DEL PRESENTE CONTRATO, SERÁN CUBIERTOS POR "EL PROVEEDOR".

"EL GCDMX" ÚNICAMENTE PAGARÁ A "EL PROVEEDOR" EL IMPORTE CORRESPONDIENTE AL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO, CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 71 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

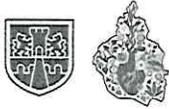
DÉCIMA SEGUNDA. - PRÓRROGA

NO SE OTORGARÁN PRÓRROGAS SALVO LO ESTIPULADO EN EL ARTÍCULO 42 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, EN RELACIÓN CON EL NUMERAL 5.10 DE LA "CIRCULAR UNO 2024, NORMATIVIDAD EN MATERIA DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS".

"EL GCDMX" POR CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR, O POR CAUSAS ATRIBUIBLES AL MISMO, PODRÁ MODIFICAR EL CONTRATO A EFECTO DE PRORROGAR LA FECHA O PLAZO PARA LA ENTREGA DE LOS BIENES, PARA LO CUAL SE FORMALIZARÁ EL CONVENIO MODIFICATORIO RESPECTIVO, NO PROCEDIENDO LA APLICACIÓN DE PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO. TRATÁNDOSE DE CAUSAS IMPUTABLES A "EL GCDMX", NO SE REQUERIRÁ DE LA SOLICITUD DE "EL PROVEEDOR".

EN EL CASO DE QUE "EL PROVEEDOR", REQUIERA UNA PRÓRROGA POR LAS CAUSAS DESCRITAS EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, DEBERÁ SOLICITARLO POR ESCRITO DIRIGIDO A LA DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS, CON ANTICIPACIÓN A LA FECHA DE VENCIMIENTO EN EL PLAZO DE LA ENTREGA DE LOS BIENES O VIGENCIA DEL CONTRATO INDICADO EN EL PRESENTE INSTRUMENTO.

EN CASO DE QUE "EL PROVEEDOR" NO OBTENGA LA PRÓRROGA SOLICITADA, POR SER CAUSA IMPUTABLE A ÉSTE EL ATRASO EN LA ENTREGA DEL SERVICIO, SE HARÁ ACREEDOR A LA APLICACIÓN DE LAS PENAS CONVENCIONALES CORRESPONDIENTES.



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 30001122-002-2025

DÉCIMA TERCERA. - GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO

DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 73, FRACCIÓN III Y 75 BIS, FRACCIÓN VI DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, EN RELACIÓN CON EL ARTÍCULO 360 DEL CÓDIGO FISCAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, ASÍ COMO CON LAS REGLAS DE CARÁCTER GENERAL POR LAS QUE SE DETERMINAN LOS TIPOS DE GARANTÍA QUE DEBEN CONSTITUIRSE Y RECIBIR LAS DEPENDENCIAS, ÓRGANOS DESCONCENTRADOS, DELEGACIONES Y ENTIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL, PUBLICADAS EL 31 DE MAYO DE 2011 EN LA ENTONCES GACETA OFICIAL DISTRITO FEDERAL (HOY CIUDAD DE MÉXICO), "EL PROVEEDOR" GARANTIZA POR EL IMPORTE DE \$____ (____M.N.), CORRESPONDIENTE AL 15% (QUINCE POR CIENTO) DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO, SIN CONSIDERAR EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO, A FAVOR DE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, MEDIANTE: PÓLIZA DE FIANZA, DE NÚMERO _____, EXPEDIDA POR _____-.

LA PÓLIZA DE FIANZA GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES.

EN EL SUPUESTO DE QUE EL MONTO O PLAZO ORIGINALMENTE PACTADO EN EL CONTRATO SE MODIFIQUE, "EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A MANTENER LA PÓLIZA DE FIANZA EN EL PORCENTAJE MENCIONADO EN EL PRIMER PÁRRAFO DE ESTA CLÁUSULA O AMPLIAR SU VIGENCIA POR EL PLAZO DE LA PRÓRROGA CONCEDIDO.

EN CASO DE INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO POR PARTE DE "EL PROVEEDOR", ESTA PÓLIZA DE FIANZA PERMANECERÁ VIGENTE HASTA LA CONCLUSIÓN DE LA GARANTÍA DEL SERVICIO Y NO PODRÁ SER CANCELADA SINO HASTA QUE HAYAN QUEDADO CUBIERTOS LOS VICIOS OCULTOS.

PARA EL PROCEDIMIENTO DE CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA DE FIANZA, SE DEBERÁ EFECTUAR LO SIGUIENTE:

- A) PARA SER CANCELADA LA PÓLIZA DE FIANZA SERÁ REQUISITO INDISPENSABLE LA CONFORMIDAD POR ESCRITO DE "EL GCDMX".
- B) LA INSTITUCIÓN AFIANZADORA SE SOMETE EXPRESAMENTE AL PROCEDIMIENTO DE EJECUCIÓN ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 279 Y 282 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS VIGENTE. LA PÓLIZA DE FIANZA SE CANCELARÁ CUANDO "EL PROVEEDOR" HAYA CUMPLIDO CON TODAS LAS OBLIGACIONES QUE SE DERIVEN DEL CONTRATO.
- C) LA PÓLIZA DE FIANZA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO ÚNICAMENTE PODRÁ SER CANCELADA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 120 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE AUSTERIDAD, TRANSPARENCIA EN REMUNERACIONES, PRESTACIONES Y EJERCICIO DE RECURSOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, PERMANECIENDO VIGENTE DURANTE LA SUBSTANCIACIÓN DE TODOS LOS RECURSOS LEGALES O JUICIOS QUE SE INTERPONGAN HASTA QUE SE DICTE RESOLUCIÓN DEFINITIVA DE AUTORIDAD COMPETENTE.

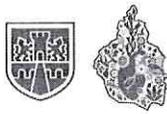
LA PÓLIZA DE FIANZA PODRÁ DEVOLVERSE DENTRO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES SIGUIENTES, A SOLICITUD POR ESCRITO DE "EL PROVEEDOR", UNA VEZ QUE SE HAYA PRESTADO EL SERVICIO O LA ENTREGA DE BIENES A SATISFACCIÓN DEL ÁREA TÉCNICA Y PREVIO PAGO DE LAS PENAS CONVENCIONALES QUE HUBIEREN RESULTADO APLICABLES DIRIGIDO A LA DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS LA RECUPERACIÓN DE LA GARANTÍA FUERA DE ESTE PLAZO SERÁ ESTRICTA RESPONSABILIDAD DE "EL PROVEEDOR".

DÉCIMA CUARTA. - APLICACIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO

"LAS PARTES" CONVIENEN QUE "EL GCDMX" HARÁ EFECTIVA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO:

- A) DESPUÉS DE AGOTADAS LAS PENAS CONVENCIONALES APLICABLES POR INCUMPLIMIENTO EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS;
- B) CUANDO LOS DOCUMENTOS QUE DEMUESTREN LA RENOVACIÓN DE LAS GARANTÍAS, DERIVADAS DE LAS MODIFICACIONES A LOS CONTRATOS NO SE ENTREGUEN EN LA FECHA ESTABLECIDA;
- C) CUANDO SE RESCINDA EL CONTRATO POR CAUSAS IMPUTABLES A "EL PROVEEDOR".
- D) CUANDO NO SE CUMPLA CON LO ESTIPULADO EN EL PRESENTE CONTRATO.

DÉCIMA QUINTA. - RESPONSABILIDAD



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 30001122-002-2025

"EL PROVEEDOR" SERÁ RESPONSABLE DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS QUE SE CAUSEN A "EL GCDMX" POR DEFECTOS O VICIOS OCULTOS Y DEFICIENCIA EN LA CALIDAD DE LOS BIENES; ASÍ COMO CUALQUIER OTRA RESPONSABILIDAD EN QUE INCURRA EN LOS TÉRMINOS DEL PRESENTE CONTRATO.

DÉCIMA SEXTA. - PENAS CONVENCIONALES

"LAS PARTES" CONVIENEN QUE "EL GCDMX" APLICARÁ LA PENA CONVENCIONAL CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ANEXO 1 ANEXO TÉCNICO.:

EL MONTO DE LAS PENAS CONVENCIONALES SE DESCONTARÁ DEL IMPORTE FACTURADO QUE CORRESPONDA A LA OPERACIÓN ESPECÍFICA DE QUE SE TRATE Y ÚNICAMENTE SE LIQUIDARÁ AL PROVEEDOR LA DIFERENCIA QUE RESULTE.

EN NINGÚN CASO EL PAGO DE LAS PENAS CONVENCIONALES SE ACEPTARÁ EN ESPECIE.

INDEPENDIEMENTE DE LAS PENAS MENCIONADAS, EL INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL POR PARTE DEL PROVEEDOR DARÁ LUGAR A LA APLICACIÓN DE LAS SANCIONES DE ORDEN CIVIL, ECONÓMICO, PENAL Y ADMINISTRATIVO, QUE EN SU CASO PROCEDAN

DÉCIMA SÉPTIMA. - CESIÓN A TERCEROS

LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO NO PODRÁN CEDERSE EN FORMA PARCIAL O TOTAL A FAVOR DE CUALQUIER OTRA PERSONA FÍSICA O MORAL, CON EXCEPCIÓN DE LOS DERECHOS DE COBRO, EN CUYO CASO, DEBERÁ CONTAR CON LA CONFORMIDAD PREVIA Y POR ESCRITO DE "EL GCDMX" EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 61 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, Y EN CASO DE HACERLO SERÁ CONSIDERADO CAUSA DE RESCISIÓN.

DÉCIMA OCTAVA. - MODIFICACIONES AL CONTRATO

"EL GCDMX" PODRÁ ACORDAR EL INCREMENTO Y/O DISMINUCIÓN EN LA CANTIDAD DEL SERVICIO SOLICITADO MEDIANTE MODIFICACIÓN AL CONTRATO VIGENTE, SIN LIMITACIÓN ALGUNA, SIEMPRE Y CUANDO SEA CONFORME AL PRECIO OFICIAL Y QUE LAS DEMÁS CONDICIONES DEL SERVICIO SEAN IGUALES A LOS INICIALMENTE PACTADOS, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 65 ÚLTIMO PÁRRAFO DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

CUALQUIER MODIFICACIÓN O VARIACIÓN DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PACTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO DEBERÁN ESTIPULARSE POR ESCRITO EN UN CONVENIO, DEBIENDO SUSCRIBIRLO "LAS PARTES" QUE SIGNARON ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO O AQUÉLLAS QUE LAS SUSTITUYAN EN EL CARGO O FUNCIONES, ACREDITÁNDOSE ÉSTOS CON LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 65 ÚLTIMO PÁRRAFO Y 67 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

CUANDO SE EFECTÚEN MODIFICACIONES AL CONTRATO POR INCREMENTO EN LAS CANTIDADES DE BIENES, "EL PROVEEDOR", DEBERÁ ENTREGAR EN EL MOMENTO DE LA FORMALIZACIÓN DEL CONVENIO MODIFICATORIO LA ACTUALIZACIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, QUE INCLUYA LAS NUEVAS OBLIGACIONES.

NO PROCEDERÁN MODIFICACIONES AL CONTRATO QUE IMPLIQUEN INCREMENTO DE PRECIOS, OTORGAMIENTO DE ANTICIPOS, PAGOS PROGRESIVOS, ESPECIFICACIONES Y, EN GENERAL, CUALQUIER CAMBIO QUE IMPLIQUE OTORGAR CONDICIONES MÁS VENTAJOSAS A FAVOR DE "EL PROVEEDOR", COMPARADAS CON LAS ESTABLECIDAS ORIGINALMENTE, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 68 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, EXCEPTO LAS QUE SE REFIERAN A IGUALES O MEJORES CONDICIONES DE CALIDAD PARA "EL GCDMX" Y EL PRECIO SEA IGUAL AL ORIGINALMENTE PACTADO.

DÉCIMA NOVENA. - RESCISIÓN

"EL GCDMX" PODRÁ RESCINDIR ADMINISTRATIVAMENTE ESTE CONTRATO SIN NECESIDAD DE DECLARACIÓN JUDICIAL PREVIA, POR EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIER OBLIGACIÓN ESTIPULADA EN EL MISMO POR PARTE DE "EL PROVEEDOR", MISMA QUE SERÁ NOTIFICADA EN FORMA PERSONAL A ÉSTE, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 42 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL EN RELACIÓN CON EL ARTÍCULO 63 Y 64 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL.





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 30001122-002-2025

"EL GCDMX" RESCINDIRÁ EL CONTRATO POR CUALQUIERA DE LAS CAUSAS QUE A CONTINUACIÓN SE SEÑALAN, MISMAS QUE SE MENCIONAN EN FORMA ENUNCIATIVA MAS NO LIMITATIVA.

- A) CUANDO "EL PROVEEDOR" NO CUMPLA CON EL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO;
- B) INCURRA EN CUALQUIERA DE LOS SUPUESTOS CONTENIDOS EN EL ARTÍCULO 39 Y 39 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL O EN EL ARTÍCULO 49 FRACCIÓN XV DE LA LEY DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO;
- C) SE DETECTE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES FISCALES DE "EL PROVEEDOR";
- D) SEA DECLARADO EN CONCURSO MERCANTIL;
- E) SUBCONTRATE, CEDA O TRASPASE EN FORMA TOTAL O PARCIAL LOS DERECHOS DERIVADOS DEL PRESENTE CONTRATO, CON EXCEPCIÓN DEL DERECHO DE COBRO, MISMO QUE TENDRÁ QUE SER AUTORIZADO PREVIAMENTE POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES;
- F) SÍ LA APLICACIÓN DE LAS PENAS CONVENCIONALES, LLEGA A REPRESENTAR EL 15% (QUINCE POR CIENTO) DEL MONTO A EJERCER DEL PRESENTE CONTRATO;
- G) SI SE LE ATRIBUYE LA INVASIÓN DE ALGÚN REGISTRO DE PROPIEDAD INDUSTRIAL Y/O PATENTE CON MOTIVO DEL PRESENTE CONTRATO;
- H) Y EN GENERAL CUALQUIER OTRA CAUSA IMPUTABLE A "EL PROVEEDOR" QUE LESIONE LOS INTERESES DE "EL GCDMX".

ASIMISMO, "EL GCDMX", PODRÁ RESCINDIR EL PRESENTE CONTRATO, CUANDO LAS AUTORIDADES FISCALES DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO DETECTEN QUE "EL PROVEEDOR", NO HA CUMPLIDO CON SUS OBLIGACIONES FISCALES, TALES COMO EL PAGO OPORTUNO DE LOS IMPUESTOS Y DERECHOS LOCALES.

"EL GCDMX" PODRÁ OPTAR ENTRE EXIGIR EL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO O BIEN DECLARAR LA RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL MISMO; Y SI SE DA ESTE ÚLTIMO SUPUESTO, LA RESCISIÓN SE INICIARÁ DENTRO DE LOS 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A AQUEL EN QUE SE HUBIERE AGOTADO EL PLAZO PARA HACER EFECTIVAS LAS PENAS CONVENCIONALES, EN EL IMPORTE FACTURADO CUANDO SE APLIQUE Y EN SU CASO SE EXIGIRÁ LA REPARACIÓN DE DAÑOS Y PERJUICIOS OCASIONADOS, INDEPENDIEMENTE DE LA APLICACIÓN DE LAS SANCIONES QUE HAYAN SIDO PACTADAS.

"EL PROVEEDOR" SERÁ RESPONSABLE DE LOS VICIOS OCULTOS, ASÍ COMO DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS QUE POR SU INCUMPLIMIENTO SEAN CAUSADOS A "EL GCDMX".

VIGÉSIMA. - SUSPENSIÓN TEMPORAL

"LAS PARTES" CONVIENEN QUE "EL GCDMX" EN CUALQUIER MOMENTO PODRÁ SUSPENDER TEMPORALMENTE, EN TODO O EN PARTE EL PRESENTE CONTRATO, CUANDO CONCURRAN RAZONES DE INTERÉS GENERAL, CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR, SIN QUE ELLO IMPLIQUE SU TERMINACIÓN DEFINITIVA, Y SERÁ SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA "EL GCDMX", SI ÉSTE FUERA EL CASO, COMUNICARÁ A "EL PROVEEDOR" LAS RAZONES QUE DIERON ORIGEN A DICHA TERMINACIÓN, SIN APLICACIÓN DE PENA O SANCIÓN ALGUNA.

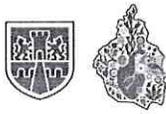
EL PRESENTE CONTRATO PODRÁ CONTINUAR PRODUCIENDO TODOS SUS EFECTOS LEGALES, UNA VEZ QUE HAYAN DESAPARECIDO LAS CAUSAS QUE MOTIVARON DICHA SUSPENSIÓN.

VIGÉSIMA PRIMERA. - TERMINACIÓN ANTICIPADA

"LAS PARTES" CONVIENEN QUE "EL GCDMX" PODRÁ DAR POR TERMINADO ANTICIPADAMENTE EL PRESENTE CONTRATO, SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA CUANDO CONCURRAN RAZONES DE INTERÉS GENERAL, CASO FORTUITO O DE FUERZA MAYOR. SI ÉSTE FUERA EL CASO, COMUNICARÁ A "EL PROVEEDOR" LAS RAZONES QUE DIERON ORIGEN A DICHA TERMINACIÓN, PARA LO CUAL BASTARÁ UNA NOTIFICACIÓN POR ESCRITO CON 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES DE ANTICIPACIÓN, SIN APLICACIÓN DE PENA O SANCIÓN ALGUNA.

DE IGUAL FORMA, EN EL SUPUESTO DE QUE DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO "EL GCDMX" ACREDITE QUE "EL PROVEEDOR" NO CUMPLE CON SUS OBLIGACIONES FISCALES, "EL GCDMX" TERMINARÁ ANTICIPADAMENTE ESTE CONTRATO, INDEPENDIEMENTE DE LA ACCIÓN QUE LE CORRESPONDA EJERCER A LAS AUTORIDADES FISCALES DE LA CIUDAD DE MÉXICO POR DICHO CONCEPTO.





VIGÉSIMA SEGUNDA. - RESPONSABILIDAD LABORAL

"EL PROVEEDOR" SE CONSTITUYE COMO ÚNICO EMPRESARIO Y PATRÓN DEL PERSONAL Y COLABORADORES QUE UTILICE PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE SE DERIVEN DE ESTE CONTRATO Y SERÁ EL ÚNICO RESPONSABLE DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DE LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO Y DEMÁS ORDENAMIENTOS EN MATERIA DE TRABAJO Y DE SEGURIDAD SOCIAL, SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA "EL GCDMX", POR LO QUE SE OBLIGA A RESPONDER POR LAS RECLAMACIONES QUE SUS TRABAJADORES PRESENTEN EN SU CONTRA O EN CONTRA DE "EL GCDMX" CON RELACIÓN A LOS TÉRMINOS Y EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO; POR LO QUE ÉSTE DESLINDA A "EL GCDMX" DE TODA RESPONSABILIDAD LABORAL, CIVIL, PENAL O DE CUALQUIER OTRA ÍNDOLE, RECONOCIENDO EXPRESAMENTE Y PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES QUE EN NINGÚN CASO SE PODRÁ CONSIDERAR A "EL GCDMX" COMO PATRÓN SOLIDARIO O SUSTITUTO DE NINGUNA DE LAS OBLIGACIONES OBRERO PATRONALES Y RESPONSABILIDADES QUE "EL PROVEEDOR" TENGA CON RESPECTO A SUS TRABAJADORES.

VIGÉSIMA TERCERA. - CONFIDENCIALIDAD

"EL PROVEEDOR" SE ABSTENDRÁ DE DIFUNDIR, PROCESAR, UTILIZAR CUALQUIER INFORMACIÓN PROTEGIDA POR LA LEY DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y RENDICIÓN DE CUENTAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y CUALQUIER OTRA NORMATIVIDAD APLICABLE EN LA MATERIA.

"LAS PARTES" CONVIENEN QUE POR EL TIPO DE INFORMACIÓN QUE LLEGUE A CONOCIMIENTO DE CUALQUIERA DE ELLAS EN EL DESARROLLO DEL PRESENTE CONTRATO, Y QUE SE REFIERA A LA OTRA O A LAS ACTIVIDADES QUE ELLA DESARROLLÓ, NO PODRÁ SER DIVULGADA, REVELADA O UTILIZADA EN NINGUNA FORMA, POR NINGÚN MEDIO, A NINGUNA PERSONA FÍSICA O MORAL, YA EN PROVECHO PROPIO O DE TERCEROS, POR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN. ESTA OBLIGACIÓN SE HARÁ EXTENSIVA A LAS O LOS SUBORDINADOS DE LAS PARTES Y/O PRESTADORES DE SERVICIOS PROFESIONALES, A CUYO CONOCIMIENTO LLEGUE LA INFORMACIÓN REFERIDA. EN ESTE SENTIDO, QUEDA TOTALMENTE PROHIBIDO A "LAS PARTES", REPRODUCIR, COPIAR, DIVULGAR, EXHIBIR O REALIZAR CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD RELACIONADA CON DATOS PERSONALES, DOCUMENTACIÓN O INFORMACIÓN EN CUESTIÓN PARA FINES DISTINTOS A LOS ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE CONTRATO.

VIGÉSIMA CUARTA. - PROPIEDAD INTELECTUAL

"EL PROVEEDOR" NO PODRÁ UTILIZAR PARA FINES COMERCIALES, PUBLICITARIOS O DE CUALQUIER OTRA ÍNDOLE, EL NOMBRE O LOGOTIPO DE "EL GCDMX".

"EL PROVEEDOR" SERÁ EL ÚNICO RESPONSABLE EN EL CASO DE QUE SE INFRINJAN PATENTES, MARCAS, CERTIFICADOS DE INVENCIÓN Y TODO LO RELACIONADO CON LOS DERECHOS DE PROPIEDAD INDUSTRIAL O DERECHOS DE AUTOR, QUE SURJAN CON MOTIVO DEL SUMINISTRO DE LOS BIENES OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, DESLINDANDO DE TODA RESPONSABILIDAD A "EL GCDMX".

VIGÉSIMA QUINTA. - COMPROMISO CON EL RESPETO A LOS DERECHOS HUMANOS

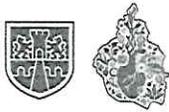
"LAS PARTES" SE OBLIGAN A CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PRINCIPIOS VIGENTES A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS. EN ESTE SENTIDO "LAS PARTES", ASUMEN EL ESFUERZO DE CONTRIBUIR A LA PROTECCIÓN Y EFECTIVIDAD DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES Y DERECHOS HUMANOS EN GENERAL; LA INTEGRIDAD PERSONAL, LA DIGNIDAD HUMANA, LA LEGALIDAD, LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS Y DE LAS NIÑAS, DE LAS Y LOS JÓVENES, PERSONAS ADULTAS MAYORES, CON DISCAPACIDAD, LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, ASÍ COMO A PRESERVAR LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES, CULTURALES Y AMBIENTALES.

VIGÉSIMA SEXTA. - PROTECCIÓN A LA SALUD DE TRABAJADORAS Y TRABAJADORES EN EL DESARROLLO DE SUS LABORES.

"LAS PARTES" SE OBLIGAN A CUMPLIR CON LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN A LA SALUD QUE DEBERÁN CUMPLIR LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO EN EL MARCO DEL PLAN GRADUAL HACIA LA NUEVA NORMALIDAD, EN ESTE SENTIDO LAS "LAS PARTES", SE COMPROMETEN A ESTABLECER LAS MEDIDAS SANITARIAS PERTINENTES QUE DEBERÁN LLEVARSE A CABO EN EL INTERIOR DE LAS OFICINAS PÚBLICAS.
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL.

VIGÉSIMA SÉPTIMA. - PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 30001122-002-2025

"LAS PARTES" SE OBLIGAN A CUMPLIR CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN MATERIA DE DATOS PERSONALES, CON LA FINALIDAD DE GARANTIZAR LA PRIVACIDAD Y EL DERECHO A LA AUTODETERMINACIÓN INFORMATIVA DE LAS PERSONAS. AL EFECTO, "LAS PARTES" ADOPTARÁN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO, DE DESARROLLO Y APLICACIONES, LÓGICAS, FÍSICAS, DE CIFRADO, TÉCNICAS, DE COMUNICACIONES Y REDES, TENDIENTES A DAR LA DEBIDA PROTECCIÓN A LOS DATOS PERSONALES.

VIGÉSIMA OCTAVA. - INTEGRIDAD DEL CONTRATO

"LAS PARTES" RECONOCEN COMO PARTE INTEGRANTE DE ESTE CONTRATO SUS ANEXOS, ASÍ COMO EL PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO _____.

VIGÉSIMA NOVENA. - LEGISLACIÓN

"LAS PARTES" SE OBLIGAN A SUJETAR SE ESTRICTAMENTE A LOS TÉRMINOS DE ESTE CONTRATO, ASÍ COMO A LOS TÉRMINOS, LINEAMIENTOS, PROCEDIMIENTOS Y REQUISITOS QUE ESTABLEZCAN LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, EL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y SUPLETORIAMENTE EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS CIVILES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

TRIGÉSIMA. - JURISDICCIÓN

"LAS PARTES" CONVIENEN QUE PARA DIRIMIR LAS CONTROVERSIAS QUE SE SUSCITEN CON MOTIVO DE LA INTERPRETACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO, SE SOMETEN A LA JURISDICCIÓN DE LOS TRIBUNALES DEL FUERO COMÚN UBICADOS EN LA CIUDAD DE MÉXICO, RENUNCIANDO A CUALQUIER FUERO QUE PUDIERA CORRESPONDERLE POR RAZÓN DE SU NACIONALIDAD O DOMICILIO PRESENTE O FUTURO O POR CUALQUIER OTRA CAUSA.

TRIGÉSIMA PRIMERA. - CLÁUSULAS NO NEGOCIABLES

NINGUNA DE LAS CLÁUSULAS CONTENIDAS EN EL PRESENTE CONTRATO PODRÁ SER NEGOCIADAS.



ANEXO 28

MODELO DE CONVENIO DE PARTICIPACIÓN CONJUNTA

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

1. "EL LICITANTE A", DECLARA QUE:

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

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

NOTA: EN SU CASO, SE DEBERÁN RELACIONAR LAS ESCRITURAS EN QUE CONSTEN LAS REFORMAS O MODIFICACIONES DE LA SOCIEDAD.

LOS NOMBRES DE SUS SOCIOS SON:

_____ CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES _____.

- 1.2. TIENE LOS SIGUIENTES REGISTROS OFICIALES: REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO _____ Y REGISTRO PATRONAL ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL NÚMERO _____.
- 1.3. SU REPRESENTANTE LEGAL CON EL CARÁCTER YA MENCIONADO, CUENTA CON LAS FACULTADES NECESARIAS PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE CONVENIO, DE CONFORMIDAD CON EL CONTENIDO DEL TESTIMONIO DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO ____ DE FECHA ____, OTORGADA ANTE LA FE DEL LIC. ____ NOTARIO PÚBLICO NÚMERO ____, DEL ____ E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DE COMERCIO, EN EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO ____ DE FECHA ____, MANIFESTANDO "**BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD**", QUE DICHAS FACULTADES NO LE HAN SIDO REVOCADAS, NI LIMITADAS O MODIFICADAS EN FORMA ALGUNA, A LA FECHA EN QUE SE SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.
- 1.4. EL DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL ES EL UBICADO EN _____.
- 1.5. SU OBJETO SOCIAL, ENTRE OTROS CORRESPONDE A: _____; POR LO QUE CUENTA CON LOS RECURSOS FINANCIEROS, TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS PARA OBLIGARSE, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE ESTIPULAN EN EL PRESENTE CONVENIO.
- 1.6. SEÑALA COMO DOMICILIO LEGAL PARA TODOS LOS EFECTOS QUE DERIVEN DEL PRESENTE CONVENIO, EL UBICADO EN:

2. "EL LICITANTE B", DECLARA QUE:

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

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

NOTA: EN SU CASO, SE DEBERÁN RELACIONAR LAS ESCRITURAS EN QUE CONSTEN LAS REFORMAS O MODIFICACIONES DE LA SOCIEDAD.

LOS NOMBRES DE SUS SOCIOS SON:

_____ CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES _____.



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 30001122-002-2025

2.2. TIENE LOS SIGUIENTES REGISTROS OFICIALES: REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO _____ Y REGISTRO PATRONAL ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL NÚMERO _____.

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

EL DOMICILIO DE SU REPRESENTANTE LEGAL ES EL UBICADO EN _____.

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

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

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

3. "LAS PARTES" DECLARAN QUE:

- a. CONOCEN LOS REQUISITOS Y CONDICIONES ESTIPULADAS EN LAS BASES DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL _____.
- b. MANIFIESTAN SU CONFORMIDAD EN FORMALIZAR EL PRESENTE CONVENIO, CON EL OBJETO DE PARTICIPAR CONJUNTAMENTE EN EL PROCEDIMIENTO, PRESENTANDO PROPOSICIÓN TÉCNICA Y ECONÓMICA, CUMPLIENDO CON LO ESTABLECIDO EN LAS BASES DEL PROCEDIMIENTO _____ Y CON LO DISPUESTO EN LAS REGLAS PARA FOMENTAR Y PROMOVER LA PARTICIPACIÓN DE MICRO, PEQUEÑAS Y MEDIANAS EMPRESAS NACIONALES Y LOCALES, EN LAS ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE REALICE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL.

EXPUESTO LO ANTERIOR, LAS PARTES OTORGAN LAS SIGUIENTES:

CLÁUSULAS

PRIMERA. - OBJETO. - "PARTICIPACIÓN CONJUNTA".

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

LICITANTE "A": (DESCRIBIR LA PARTE QUE SE OBLIGA A SUMINISTRAR).

LICITANTE "B": (DESCRIBIR LA PARTE QUE SE OBLIGA A SUMINISTRAR).

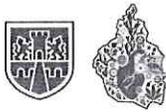
(CADA UNO DE LOS INTEGRANTES QUE CONFORMAN LA PARTICIPACIÓN CONJUNTA PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS, DEBERÁ DESCRIBIR LA PARTE QUE SE OBLIGA A ENTREGAR).

SEGUNDA. - REPRESENTANTE COMÚN Y OBLIGADO SOLIDARIO.

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

ASIMISMO, CONVIENEN ENTRE SÍ EN CONSTITUIRSE EN FORMA CONJUNTA Y SOLIDARIA PARA COMPROMETERSE POR CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE CONVENIO, CON RELACIÓN AL CONTRATO QUE SUS REPRESENTANTES LEGALES FIRMAN CON LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, DERIVADO DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN _____, ACEPTANDO EXPRESAMENTE EN RESPONDER ANTE LA





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 30001122-002-2025

SECRETARÍA POR LAS PROPOSICIONES QUE SE PRESENTEN Y, EN SU CASO, DE LAS OBLIGACIONES QUE DERIVEN DE LA ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO RESPECTIVO.

TERCERA. - DEL COBRO DE LAS FACTURAS.

"LAS PARTES" CONVIENEN EXPRESAMENTE, QUE "EL LICITANTE _____ (**LOS LICITANTES, DEBERÁN INDICAR CUÁL DE ELLOS ESTARÁ FACULTADO PARA REALIZAR EL COBRO**), PARA EFECTUAR EL COBRO DE LAS FACTURAS RELATIVAS AL SERVICIO, CON MOTIVO DEL CONTRATO QUE SE DERIVE DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO _____.

CUARTA. - VIGENCIA.

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

QUINTA. - OBLIGACIONES.

"LAS PARTES" CONVIENEN QUE EN CASO DE QUE SU PROPUESTA RESULTE GANADORA, RESPONDERÁN DE MANERA SOLIDARIA ANTE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO DE TODAS Y CADA UNA LAS OBLIGACIONES QUE DERIVEN DE LA CONVOCATORIA A LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL PRESENCIAL _____, ASÍ COMO DEL CONTRATO ADJUDICADO.

LEÍDO QUE FUE EL PRESENTE CONVENIO POR "**LAS PARTES**" Y ENTERADOS DE SU ALCANCE Y EFECTOS LEGALES, ACEPTANDO QUE NO EXISTIÓ ERROR, DOLO, VIOLENCIA O MALA FE, LO RATIFICAN Y FIRMAN, DE CONFORMIDAD EN LA CIUDAD _____, EL DÍA _____ DE _____ DE 20____.

"EL LICITANTE A"

"EL LICITANTE B"

NOMBRE Y CARGO
DEL APODERADO LEGAL

NOMBRE Y CARGO
DEL APODERADO LEGAL



