

## ANEXO 1

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

<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	
<b>ÁREA SOLICITANTE:</b> DIRECCIÓN GENERAL PRESTACIONES Y SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 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 1.11	LISTADO DE EQUIPO MÉDICO Y UNIDADES MÓVILES PROPUESTAS
ANEXO 19	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA



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: 024-2025 V-2
<p><b>1. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b></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: <b>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.</b></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, <b>DEBERÁN SER LOS MISMOS QUE PROPORCIONEN EL SERVICIO INTEGRAL</b> EN CASO DE SER ADJUDICADOS. <b>CUALQUIER CAMBIO TENDRÁ QUE ENVIARSE A LA DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SUMINISTROS PARA SER NUEVAMENTE EVALUADOS</b> POR EL ÁREA TÉCNICA Y ASÍ SEGUIR EN CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO INTEGRAL.</p> <p><b>EL SERVICIO INTEGRAL CONTEMPLA:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>TOMA DE MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE:</b> SE REALIZARÁN DOS PROYECCIONES BASALES POR CADA MAMA; UNA CRÁNEO CAUDAL (CC0°) Y MEDIO LATERAL OBLICUA (MLO 30°-60°).</li> <li>2. <b>INTERPRETACIÓN E IMPRESIÓN DE RESULTADOS:</b> SEGÚN LA ÚLTIMA CLASIFICACIÓN DEL BIRADS;</li> <li>3. <b>ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:</b> INCLUYENDO ULTRASONIDOS, PROYECCIONES ADICIONALES DE MASTOGRAFÍA Y/O BIOPSIA CUANDO SEA NECESARIO.</li> <li>4. <b>REPETICIÓN DE IMÁGENES O ESTUDIOS INADECUADOS;</b> CUANDO SEA NECESARIO;</li> <li>5. <b>CAPTURA DE DATOS EN SICAM;</b></li> <li>6. <b>UTILIZACIÓN DE FORMATOS OFICIALES Y LLENADO DE REPORTE:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO DE "VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA (ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA);</li> <li>b. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO OFICIAL DE "CASO PROBABLE Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA";</li> <li>c. REPORTE DE PRODUCTIVIDAD SEMANAL Y MENSUAL POR SEDE Y POR UNIDAD MÓVIL;</li> <li>d. REPORTE DE MASTOGRAFÍAS CON RESULTADOS BIRADS DEL 0, 1, 2, 3, 4 Y 5;</li> <li>e. REPORTE DE MASTOGRAFÍAS CON SEGUIMIENTO BIRADS 0, 3, 4 Y 5;</li> </ol> </li> <li>7. <b>IMPLEMENTACIÓN DE UN BUZÓN EN LAS UNIDADES MÓVILES PARA RECIBIR QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES.</b></li> </ol> <p><b>CADA PROCEDIMIENTO CONTEMPLA:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. <b>MASTOGRAFÍA DIGITAL:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. <b>TOMA DE MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE:</b> SE REALIZARÁN DOS PROYECCIONES BASALES POR CADA MAMA; UNA CRÁNEO CAUDAL (CC0°) Y MEDIO LATERAL OBLICUA (MLO 30°-60°).</li> <li>b. <b>INTERPRETACIÓN E IMPRESIÓN DE RESULTADOS:</b> SEGÚN LA ÚLTIMA CLASIFICACIÓN DEL BIRADS;</li> <li>c. <b>REPETICIÓN DE IMÁGENES O ESTUDIOS INADECUADOS;</b> CUANDO SEA NECESARIO;</li> <li>d. <b>CAPTURA DE DATOS EN SICAM;</b></li> <li>e. <b>UTILIZACIÓN DE FORMATOS OFICIALES Y LLENADO DE REPORTE:</b></li> </ol> </li> </ol>	





<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993
<b>ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES</b>	<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<p>i. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO DE "VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA (ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA);</p> <p>ii. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO OFICIAL DE "CASO PROBABLE Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA";</p> <p>iii. REPORTE DE PRODUCTIVIDAD SEMANAL Y MENSUAL POR SEDE Y POR UNIDAD MÓVIL;</p> <p>iv. REPORTE DE MASTOGRAFÍAS CON RESULTADOS BIRADS DEL 0, 1, 2, 3, 4 Y 5;</p> <p><b>II. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:</b></p> <p><b>a. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:</b> INCLUYENDO ULTRASONIDOS Y/O PROYECCIONES ADICIONALES DE MASTOGRAFÍA;</p> <p><b>b. INTERPRETACIÓN E IMPRESIÓN DE RESULTADOS:</b> SEGÚN LA ÚLTIMA CLASIFICACIÓN DEL BIRADS;</p> <p><b>c. CAPTURA DE DATOS EN SICAM;</b></p> <p><b>d. UTILIZACIÓN DE FORMATOS OFICIALES Y LLENADO DE REPORTE:</b></p> <p>i. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO DE "VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA (ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA);</p> <p>ii. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO OFICIAL DE "CASO PROBABLE Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA";</p> <p>iii. REPORTE DE PRODUCTIVIDAD SEMANAL Y MENSUAL POR SEDE Y POR UNIDAD MÓVIL;</p> <p>iv. REPORTE DE MASTOGRAFÍAS CON SEGUIMIENTO BIRADS 0, 3, 4 Y 5;</p> <p><b>III. BIOPSIA:</b></p> <p><b>a. TOMA DE BIOPSIA;</b></p> <p><b>b. INTERPRETACIÓN E IMPRESIÓN DE RESULTADOS:</b> SEGÚN LA ÚLTIMA CLASIFICACIÓN DEL BIRADS;</p> <p><b>c. CAPTURA DE DATOS EN SICAM;</b></p> <p><b>d. UTILIZACIÓN DE FORMATOS OFICIALES Y LLENADO DE REPORTE:</b></p> <p>i. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO OFICIAL DE "CASO PROBABLE Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA";</p> <p>ii. REPORTE DE PRODUCTIVIDAD SEMANAL Y MENSUAL POR SEDE;</p> <p>iii. REPORTE DE MASTOGRAFÍAS CON SEGUIMIENTO BIRADS 4 Y 5;</p> <p><b>PAGO DEL SERVICIO</b></p> <p>1. EL PAGO DEL SERVICIO SE REALIZARÁ POR PROCEDIMIENTO, VER <b>ANEXO 1.2.</b></p> <p>2. CADA ESTUDIO CLASIFICADO COMO "<b>ESTUDIO INADECUADO</b>" SE PAGARÁ AL <b>60%</b> DEL COSTO UNITARIO ESTABLECIDO, DEBIENDO REPETIRSE LAS IMÁGENES O ESTUDIOS SIN QUE ESTO GENERE COSTO ADICIONAL PARA LA SECRETARÍA.</p> <p><b>EQUIPOS MÉDICOS:</b></p> <p>LOS EQUIPOS QUE SE PROPONGAN DEBERÁN <b>SER FUNCIONALMENTE NUEVOS</b>, 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.</p> <p>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.</p> <p>EL PROVEEDOR DEBERÁ INTEGRAR EN SU PROPUESTA TÉCNICA EL <b>ANEXO 1.11 "LISTADO DE EQUIPO MÉDICO Y UNIDADES MÓVILES PROPUESTAS"</b>, EN FORMATO <b>IMPRESO Y ELECTRÓNICO</b> EN PAPEL MEMBRETADO DEL OFERENTE, <b>EL NO INCLUIRLA, SERÁ MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN.</b></p> <p><b>2. PERIODO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b></p> <p>LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SE LLEVARÁ A CABO A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2025 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE 2025.</p>	





<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993
<b>ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES</b>	<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<p><b>3. LUGARES Y CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b></p> <p><b>LUGAR DE ENTREGA:</b> DONDE INDIQUE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS.</p> <p><b>4. GARANTÍAS DEL SERVICIO INTEGRAL</b></p> <p>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.</p> <p><b>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.</b></p> <p><b>EL PROVEEDOR ADJUDICADO, DEBERÁ ENTREGAR LA CARTA GARANTÍA EN ORIGINAL EN LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS, AL MOMENTO DE FIRMAR EL CONTRATO.</b></p> <p>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.</p> <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><b>5. MUESTRAS</b></p> <p>EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR <b>MUESTRAS FÍSICAS ÚTILES DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS, NO CADUCAS</b> 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 <b>ANEXO 1.5 ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS</b>, 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 Y DEVOLUTIVO, SE EVALUARÁN EN EL MOMENTO REGRESÁNDOSE A LOS OFERENTES. POR LO QUE DEBERÁ ASISTIR EL ESPECIALISTA DE PRODUCTO.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>SERÁ NECESARIO QUE SE PRESENTE DE MANERA OBLIGATORIA, LAS DIEZ 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.</li> <li>SE DEBERÁ PRESENTAR DE MANERA OBLIGATORIA LAS DIEZ CARPETAS EJECUTIVAS DE LAS UNIDADES MÓVILES ASIGNADAS A ESTE SERVICIO INTEGRAL, EN CUMPLIMIENTO A LA NOM-229-SSA1-2002.</li> <li>PARA LLEVAR A CABO LA EVALUACIÓN PRÁCTICA DE LAS TÉCNICAS, SE HARÁN OBLIGATORIAS SEIS PRUEBAS DE MASTOGRAFÍA SIN GENERAR COSTO EXTRA A ESTA SECRETARÍA, DEBERÁN CONSIDERAR LOS INSUMOS NECESARIOS. LAS INTERPRETACIONES SE ENTREGARÁN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS, NOTIFICANDO LOS HALLAZGOS DE PACIENTES CON SOSPECHOSA DE CÁNCER, LAS SEIS MASTOGRAFÍAS DEBERÁN CAPTURARSE EN LA PLATAFORMA SICAM.</li> </ol> <p>LAS MUESTRAS DEBERÁN SER IDENTIFICADAS CON UNA ETIQUETA INDICANDO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>NOMBRE DE LA EMPRESA.</li> </ol>	





**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:** 024-2025 V-2

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

**EVALUACIÓN DE MUESTRAS**

NO.	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN
1	UNIDAD MÓVIL EQUIPADA CON MASTÓGRAFO 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	10	
10	ASISTENCIA DE LAS TÉCNICAS RADIÓLOGAS ASIGNADAS A LAS UNIDADES MÓVILES	PERSONAL	10	

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

1. 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.
2. 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.
3. 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





<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993
<b>ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES</b>	<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<p><b>7. PROPUESTA TÉCNICA: FORMATO MIXTO (IMPRESA Y ELECTRÓNICA) E HIPERVINCULADO</b></p> <p>LA PROPUESTA TÉCNICA DEBERÁ PRESENTARSE DE MANERA <b>MIXTA E HIPERVINCULADA</b>; EN FORMATO <b>IMPRESO Y ELECTRÓNICO</b>. SE ENTREGARÁN TRES FORMATOS: <b>PDF, EXCEL EDITABLE E IMPRESA</b>, E LA SIGUIENTE MANERA.</p> <p>EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR EL <b>ANEXO 19 FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA</b> DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES, JUNTO CON LOS: <b>ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA, MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL Y ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS</b>. ESTOS DOCUMENTOS DEBERÁN 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.</p> <p>SE VERIFICARÁ QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL <b>ANEXO 19 FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA</b> DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES, <b>ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA, MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL Y ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS</b>, SEA LA MISMA EN LOS TRES FORMATOS EXCEL, PDF E IMPRESO.</p> <p><b>INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA ELECTRÓNICA (EXCEL EDITABLE Y PDF)</b></p> <p>EL OFERENTE DEBE PRESENTAR UNA USB QUE CONTENGA LA PROPUESTA TÉCNICA ELECTRÓNICA. ESTA DEBE INCLUIR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>ANEXO 19 FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA</b> DEBIDAMENTE HIPERVINCULADA EN EL APARTADO III. DOCUMENTACIÓN EN EL FORMATO EXCEL EDITABLE.</li> <li><b>ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA, MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL</b></li> <li><b>ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS.</b></li> </ol> <p>ESTOS DOCUMENTOS DEBEN ENTREGARSE EN FORMATO <b>EXCEL EDITABLE Y PDF</b></p> <p><b>PARA LAS FICHAS TÉCNICAS:</b></p> <p>PARA LOS ANEXOS: <b>ANEXO 1.3 Y ANEXO 1.4</b> CADA PUNTO DE LA DESCRIPCIÓN DEL BIEN DEBE SER <b>REFERENCIADO</b> EN CATÁLOGOS, MANUALES, FOLLETOS, MANUAL DE USUARIO, INSTALACIÓN Y/O SERVICIO U OTRA INFORMACIÓN QUE RESPALDE LA DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO. <b>CUALQUIER PUNTO NO REFERENCIADO</b> SERÁ CONSIDERADO <b>COMO CARACTERÍSTICA NO CUMPLIDA</b> Y LA PROPUESTA SERÁ DESECHADA. SE DEBERÁ CONSIDERAR LO ESTABLECIDO EN LA(S) JUNTA (S) DE ACLARACIONES.</p> <p>TODOS LOS DOCUMENTOS DE RESPALDO EN FORMATO ELECTRÓNICO DEBEN SER <b>COMPLETOS, ORIGINALES</b> Y EMITIDOS POR EL <b>FABRICANTE</b>.</p> <p>LOS DOCUMENTOS COMO <b>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, CARTA DE APOYO, DEBERÁN ESTAR HIPERVINCULADOS Y REFERENCIADOS</b> EN LOS ANEXOS, <b>ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA, MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL Y ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS</b>.</p> <p><b>NOTAS IMPORTANTES:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>LA SECRETARÍA NO SE HACE RESPONSABLE</b> SÍ LA USB TIENE VIRUS, NO SE PUEDEN ABRIR LOS ARCHIVOS, CONTIENEN INFORMACIÓN INCOMPLETA O VACÍA.</li> <li>EN LA USB, TODOS LOS DOCUMENTOS DEBEN ESTAR ORGANIZADOS EN CARPETAS, TANTO EN LA FICHA TÉCNICA COMO EN EL FORMATO DE PROPUESTA TÉCNICA.</li> </ol> <p><b>PRESENTACIÓN PROPUESTA TÉCNICA IMPRESA:</b></p> <p><b>PROPUESTA TÉCNICA IMPRESA:</b></p>	





<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993
<b>ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES</b>	<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<p>LA PROPUESTA TÉCNICA IMPRESA DEBERÁ INCLUIR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>f. <b>ANEXO 19 "FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA"</b>, DEBIDAMENTE SIGNADO AUTÓGRAFAMENTE POR SU REPRESENTANTE LEGAL,</li> <li>g. LOS DOCUMENTOS MENCIONADOS EN EL <b>ANEXO 19</b> DEBEN SER ENTREGADOS EN <b>COPIA SIMPLE U ORIGINAL</b> SEGÚN CORRESPONDA, Y FIRMADOS AUTÓGRAFAMENTE POR EL REPRESENTANTE LEGAL</li> </ul> <p><b>FICHAS TÉCNICAS IMPRESAS:</b></p> <p>LOS <b>ANEXO 1.3 Y 1.4</b> DEBEN SER IMPRESOS A PARTIR DE LA PROPUESTA ELECTRÓNICA EN FORMATO PDF Y FIRMADOS AUTÓGRAFAMENTE POR EL REPRESENTANTE LEGAL.</p> <p>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 <b>CARACTERÍSTICA NO CUMPLIDA</b> Y SE DESECHARÁ LA PROPUESTA. SE DEBERÁ CONSIDERAR LO ESTABLECIDO EN LA(S) JUNTA (S) DE ACLARACIONES.</p> <p>SE DEBE PRESENTAR <b>COPIA SIMPLE</b> DE LOS <b>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</b>, ASÍ COMO LOS DOCUMENTOS DE SOPORTE SOLICITADOS EN EL PUNTO 7.4 CARTA DE APOYO DE FABRICANTE SEGÚN LE APLIQUE.</p> <p><b>DOCUMENTACIÓN TÉCNICA</b></p> <p><b>8. NORMAS</b></p> <p>ENTREGAR CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO AL CUMPLIMIENTO DE LAS SIGUIENTES NORMAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. LEY GENERAL DE SALUD;</li> <li>2. REGLAMENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD;</li> <li>3. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA;</li> <li>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.</li> <li>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;</li> <li>6. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-015-SSA3-2012. ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD;</li> <li>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.</li> <li>8. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-026-NUCL-2011 VIGILANCIA MÉDICA DEL PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES;</li> <li>9. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-030-SSA3-2013. CARACTERÍSTICAS ARQUITECTÓNICAS PARA FACILITAR EL ACCESO, TRÁNSITO, USO Y PERMANENCIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD;</li> <li>10. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-037-SSA3-2016, PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS LABORATORIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA</li> <li>11. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-041-SSA2-2002, PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA.</li> <li>12. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-137-SSA1-2008, ETIQUETADO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS;</li> <li>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;</li> <li>14. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-240-SSA1-2012, INSTALACIÓN Y OPERACIÓN DE LA TECNOVIGILANCIA;</li> </ol> <p><b>9. CERTIFICACIONES</b></p>	





<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993
<b>ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES</b>	<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<p><b>REGISTRO SANITARIO</b></p> <p>a. 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>b. 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"> <li>1. COPIA SIMPLE DEL REGISTRO SANITARIO SOMETIDO A PRÓRROGA.</li> <li>2. COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHOS.</li> <li>3. COPIA SIMPLE DEL FORMATO DE SOLICITUD DEL REGISTRO SANITARIO SOMETIDO A PRÓRROGA EXPEDIDO POR LA COFEPRIS</li> <li>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.</li> </ol> <p><b>NOTA:</b> LOS REGISTROS SANITARIOS DE LOS INSUMOS DEBERÁN PERMANECER VIGENTE DURANTE EL CONTRATO.</p> <p>c. 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><b>CERTIFICADOS DE CALIDAD</b></p> <p>a. <b>CERTIFICADOS PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. REGISTROS INTERNACIONALES DE LIBRE VENTA DEL PAÍS DE ORIGEN: FDA Ó CE Ó JIS</li> <li>2. CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN DE EQUIPO MÉDICO: ISO 13485:2016</li> </ol> <p>b. <b>CERTIFICADOS PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL:</b></p> <p>c. 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> <p><b>10. OBLIGACIONES DEL SERVICIO INTEGRAL</b></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><b>COMPROMISOS GENERALES:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. CONOCER Y ACEPTAR LO SOLICITADO EN EL <b>ANEXO1.1 CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES.</b></li> <li>2. NOTIFICAR A LA <b>SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS</b>, SOBRE LA EMISIÓN DE ALERTAS SANITARIAS INTERNACIONALES Y LAS ACCIONES CORRECTIVAS EN CASO DE QUE OCURRA UNA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.</li> <li>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 A PARTIR DEL HORARIO DEL SUCESO.</li> <li>4. REALIZAR LAS MANIOBRAS EN VERTICAL Y HORIZONTAL PARA TODAS LAS UNIDADES MÓVILES.</li> <li>5. A TENER EL MANUAL DE USUARIO DE LOS EQUIPOS EN LAS UNIDADES MÓVILES, ASÍ COMO EN LAS INSTALACIONES FIJAS.</li> </ol>	





<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<p>6. ASEGURAR QUE EL PERSONAL MÉDICO Y/O TÉCNICO RESPONSABLE DE LA TOMA DE LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA DEBERÁN USAR EN TODO MOMENTO DOSÍMETRO.</p> <p>7. ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DEL USO, MANEJO Y CAPACITACIÓN RESPONSABILIDAD EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Y DOSÍMETROS 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><b>DE LOS EQUIPOS MÉDICOS:</b></p>	
<p>10. SE COMPROMETE A INSTALAR EQUIPOS NUEVOS O FUNCIONALMENTE NUEVOS, CON TECNOLOGÍA DE PUNTA, ACEPTÁNDOSE COMO FECHA DE FABRICACIÓN MÁXIMA DE CINCO AÑOS, Y PRESENTANDO UNA CARTA DEL FABRICANTE DONDE INDIQUE LOS AÑOS DE FABRICACIÓN, MARCA, MODELO Y NO. DE SERIE.</p> <p>11. NO OTORGAR EQUIPO RECONSTRUIDO, RENOVADO, REACONDICIONADO, NI CORRESPONDIENTES A SALDOS O REMANENTES QUE OSTENTEN LAS LEYENDAS <b>"ONLY EXPORT"</b> NI <b>"ONLY INVESTIGATION"</b>, 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.</p> <p>12. NO SE ACEPTARÁN EQUIPOS DE ORIGEN CHINO.</p> <p>13. PRESENTAR LOS ÚLTIMOS <b>CERTIFICADOS DE CUMPLIMIENTO CON LA NOM-229-SSA1-2002</b>, 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 MASTÓGRAFO PROPUESTOS, SE OBLIGA A LO SIGUIENTE:</p> <p>a. <b>PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD.</b> 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><b>SI LOS EQUIPOS SON NUEVOS, SE COMPROMETE A REALIZAR:</b></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><b>DE LA UNIDAD MÓVIL:</b></p>	
<p>14. SE COMPROMETE A PROPORCIONAR VEHÍCULOS NUEVOS O FUNCIONALMENTE NUEVOS, ACEPTÁNDOSE COMO FECHA DE FABRICACIÓN MÁXIMA DE DIEZ AÑOS, PRESENTANDO COPIA DE FACTURA.</p> <p>15. ENTREGAR COPIA DE LAS VERIFICACIONES DEL AÑO CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA DEL CONTRATO, MÁXIMO A LOS DIEZ DÍAS DE HABERLA REALIZADO</p> <p>16. ENTREGAR COPIA DEL PAGO DE TENENCIA DEL AÑO CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA DEL CONTRATO.</p> <p>17. SE COMPROMETE A ENTREGAR CONSTANCIA DE REGISTRO REPUVE.</p> <p>18. SE COMPROMETE A ENTREGAR COPIA DE SEGURO VEHICULAR.</p> <p>19. EL OFERENTE CUBRIRÁ LOS GASTOS DE LA UNIDAD MÓVIL COMO LO SON: GASOLINA, MANTENIMIENTO, SERVICIO, TENENCIA, VERIFICACIÓN, SEGURO.</p> <p>20. 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>21. 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>22. LAS UNIDADES MÓVILES DEBERÁN PRESENTARSE DE ACUERDO CON EL CRONOGRAMA DE RUTA POR PARTE DE LA SEDESA.</p>	





<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<p>23. INTEGRAR EN LA PROPUESTA TÉCNICA EL LISTADO DE LAS DIEZ 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>24. 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>25. CADA UNIDAD DEBERÁ TENER A LA VISTA, LA <b>LICENCIA SANITARIA</b> CORRESPONDIENTE AL IGUAL QUE EL <b>AVISO DE FUNCIONAMIENTO</b>.</p>	
<p><b>DEL GABINETE RADIOLÓGICO FIJO</b></p>	
<p>26. TENER A LA VISTA, LA <b>LICENCIA SANITARIA</b> CORRESPONDIENTE AL IGUAL QUE EL <b>AVISO DE FUNCIONAMIENTO</b>.</p> <p>27. A ASEGURAR EL ENVÍO Y EL RESULTADO DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO.</p> <p>28. 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>29. 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>30. PRESENTAR EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS</p> <p>31. EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO SERÁ EL NÚMERO DE VECES QUE SEA NECESARIO, INCLUYE REFACCIONES Y ACCESORIOS ORIGINALES Y MANO DE OBRA ESPECIALIZADA.</p> <p>32. 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><b>DEL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA</b></p>	
<p>33. 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><b>11. CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE</b></p>	
<p><b>a. SI EL OFERENTE ES EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b> CARTA DE APOYO SOLIDARIO ORIGINAL EN PAPEL MEMBRETADO DEL FABRICANTE, DONDE RESPALDE LA PROPUESTA TÉCNICA PARA EL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN.</p> <p><b>b. SI EL OFERENTE COMPRA DIRECTAMENTE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO (DISTRIBUIDOR PRIMARIO):</b> 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>i. 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>ii. 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><b>c. SI EL OFERENTE COMPRA A UN DISTRIBUIDOR SECUNDARIO QUE COMPRA A UN "DISTRIBUIDOR PRIMARIO"</b></p> <p>i. 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>1. CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRETADO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. Ó</p> <p>2. DOCUMENTACIÓN PROBATORIA DEL ACUERDO O CONTRATO DE LA ASIGNACIÓN COMO DISTRIBUIDOR PRIMARIO EN MÉXICO POR PARTE DEL FABRICANTE.</p>	





<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993
<b>ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES</b>	<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<p>LAS CARTAS DE APOYO SOLIDARIO DEBERÁN, INCLUIR EL SIGUIENTE TEXTO, SEGÚN APLIQUE:</p> <p><b>SOLAMENTE EN CASO DE SER NUEVOS LOS EQUIPOS MÉDICOS:</b></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 <b>ANEXO 1.3. FICHA TÉCNICA, MASTÓGRAFO, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL</b>, (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 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:</b></p> <p>"SE MANIFIESTA QUE LOS INSUMOS QUE SE ENTREGARÁN CORRESPONDEN A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL <b>ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS</b>, (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><b>12. EXPERIENCIA DE LA EMPRESA:</b></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><b>13. EXPERIENCIA DE LOS INGENIEROS DE SERVICIO. DE LAS UNIDADES MÓVILES:</b></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 EQUIPOS MÉDICO DE LAS UNIDADES MÓVILES, <b>CONSIDERANDO QUE ESTE DEBE SER AUTORIZADO Y/O CERTIFICADO POR EL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b>, PARA LO ANTERIOR DEBERÁ ENTREGAR LO SIGUIENTE:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>CURRÍCULUM VITAE (MÁXIMO 1 CUARTILLA) DEL PERSONAL QUE SE ENLISTA, CON EXPERIENCIA MÍNIMA DE CINCO AÑOS DE EQUIPO MÉDICO DE LAS PARTIDAS OFERTADAS.</li> <li>COPIA DE LA CÉDULA PROFESIONAL Y/O TÍTULO ACADÉMICO.</li> </ol>	





<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993
<b>ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES</b>	<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<p><b>c.</b> 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><b>d.</b> 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><b>14. EXPERIENCIA DEL PERSONAL MÉDICO OPERATIVO PARA TOMA DE MASTOGRAFÍA EN LAS DIEZ UNIDADES MÓVILES.</b></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"> <li>1. DIEZ MÉDICOS ESPECIALISTAS RESPONSABLE DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. CURRICULUM VITAE, CON AL MENOS TRES AÑOS DE EXPERIENCIA EN LECTURA DE MASTOGRAFÍAS.</li> <li>b. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.</li> <li>c. TÍTULO Y CÉDULA DE ESPECIALIDAD EN RADIOLOGÍA.</li> <li>d. CERTIFICADO O RECERTIFICACIÓN VIGENTE DE RADIOLOGÍA E IMAGEN EMITIDO POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN.</li> <li>e. CERTIFICADO O RECERTIFICACIÓN VIGENTE DE ESPECIALIDAD EN MAMA EMITIDO POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN</li> <li>f. COMPROBANTE DE CURSO EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO (POE).</li> <li>g. PRESENTAR COPIA SIMPLE DE LOS CONTRATOS DONDE SE COMPRUEBE LA EXPERIENCIA EN TOMA DE MASTOGRAFÍA.</li> <li>h. LA PRODUCTIVIDAD MÁXIMA POR MÉDICO RADIÓLOGO SERÁ DE 48 MASTOGRAFÍAS POR TURNO DE 8 HORAS.</li> </ol> </li> <li>2. CAPTURISTAS DIEZ MUJERES, UNA CAPTURISTA PARA CADA UNIDAD MÓVIL             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. CURRICULUM VITAE</li> <li>b. CERTIFICADO DE PREPARATORIA O TÉCNICA.</li> <li>c. CON CAPACIDAD DE DAR INFORMACIÓN, ATENCIÓN AMABLE, CORDIAL, RESPETUOSA Y TRATO DIGNO A LAS USUARIAS.</li> <li>d. CONTROL DE LAS USUARIAS CITADAS A TOMA DE MASTOGRAFÍA.</li> <li>e. DESTREZAS; BASES DE DATOS, ALTO SENTIDO DE RESPONSABILIDAD Y HONORABILIDAD, APTITUDES PARA EL DESEMPEÑO DEL PUESTO Y CAPACIDAD PARA ESTABLECER ADECUADAS RELACIONES HUMANAS.</li> </ol> </li> <li>3. TÉCNICAS RADIÓLOGAS. DIEZ MUJERES, UNA TÉCNICA PARA CADA UNIDAD MÓVIL             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. CURRICULUM VITAE CON EXPERIENCIA MÍNIMA DE UN AÑO EN MASTOGRAFÍA</li> <li>b. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE TÉCNICO RADIÓLOGO PROFESIONAL EXPEDIDO POR UNA INSTITUCIÓN ACADÉMICA RECONOCIDA.</li> <li>c. 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).</li> <li>d. COMPROBANTE DE CURSO EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO (POE).</li> <li>e. PRESENTAR COPIA SIMPLE DE LOS CONTRATOS DONDE SE COMPRUEBE LA EXPERIENCIA EN TOMA DE MASTOGRAFÍA.</li> </ol> </li> <li>4. OPERADOR DE LA UNIDAD MÓVIL. UN OPERADOR POR CADA UNIDAD MÓVIL (DIEZ OPERADORES)             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. CURRICULUM VITAE.</li> <li>b. LICENCIA DE CONDUCTOR VIGENTE</li> <li>c. EXPERIENCIA MÍNIMA 1 AÑO.</li> </ol> </li> </ol>	





<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993
ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<p><b>15. EXPERIENCIA DEL PERSONAL MÉDICO OPERATIVO PARA TOMA DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS EN EL GABINETE RADIOLÓGICO FIJO EN LA CIUDAD DE MÉXICO.</b></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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. UN MÉDICO ESPECIALISTA RESPONSABLE DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. CURRÍCULUM VITAE CON AL MENOS 3 AÑOS DE EXPERIENCIA EN BIOPSIAS.</li> <li>b. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.</li> <li>c. TÍTULO Y CÉDULA DE ESPECIALIDAD EN RADIOLOGÍA.</li> <li>d. CERTIFICADO O RECERTIFICACIÓN VIGENTE DE RADIOLOGÍA E IMAGEN EMITIDO POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN.</li> <li>e. CERTIFICADO O RECERTIFICACIÓN VIGENTE DE ESPECIALIDAD EN MAMA EMITIDO POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN.</li> <li>f. COMPROBANTE DE CURSO EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO (POE).</li> <li>g. PRESENTAR COPIA SIMPLE DE LOS CONTRATOS DONDE SE COMPRUEBE LA EXPERIENCIA EN TOMA DE BIOPSIAS.</li> </ol> </li> <li>2. TÉCNICA RADIÓLOGA.             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. CURRÍCULUM VITAE CON EXPERIENCIA MÍNIMA DE UN AÑO EN MASTOGRAFÍA</li> <li>b. CÉDULA PROFESIONAL Y TÍTULO DE TÉCNICO RADIÓLOGO PROFESIONAL EXPEDIDO POR UNA INSTITUCIÓN ACADÉMICA RECONOCIDA.</li> <li>c. 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).</li> <li>d. COMPROBANTE DE CURSO EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO (POE).</li> <li>e. PRESENTAR COPIA SIMPLE DE LOS CONTRATOS DONDE SE COMPRUEBE LA EXPERIENCIA EN TOMA DE MASTOGRAFÍA.</li> </ol> </li> </ol> <p><b>16. EXPERIENCIA DEL PERSONAL MÉDICO OPERATIVO PARA ANATOMÍA PATOLÓGICA.</b></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"> <li>1. MÉDICO ESPECIALISTA EN PATOLOGÍA             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. CURRÍCULUM VITAE CON EXPERIENCIA DE AL MENOS 3 AÑOS EN PATOLOGÍA MAMARIA.</li> <li>b. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.</li> <li>c. TÍTULO Y CÉDULA DE ESPECIALIDAD EN PATOLOGÍA.</li> <li>d. CERTIFICADO O RECERTIFICACIÓN VIGENTE POR EL CONSEJO MEXICANO DE LA ESPECIALIDAD O POR UNA INSTITUCIÓN DE SALUD O ACADÉMICA RECONOCIDA PARA LA PRÁCTICA EN ANATOMÍA PATOLÓGICA.</li> </ol> </li> </ol> <p><b>17. EXPERIENCIA DEL PERSONAL MÉDICO OPERATIVO PARA TOMA DE MASTOGRAFÍA EN LAS DIEZ UNIDADES MÓVILES. PERSONAL SUPLENTE QUE CUBRIRÁ, DESCANSO, VACACIONES E INCAPACIDAD</b></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"> <li>1. MÉDICOS ESPECIALISTAS.             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. CURRÍCULUM VITAE, CON AL MENOS TRES AÑOS DE EXPERIENCIA EN LECTURA DE MASTOGRAFÍAS.</li> <li>b. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.</li> </ol> </li> </ol>	





<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993
<b>ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES</b>	<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<p>c. TÍTULO Y CÉDULA DE ESPECIALIDAD EN RADIOLOGÍA.</p> <p>d. CERTIFICADO O RECERTIFICACIÓN VIGENTE DE ESPECIALIDAD EN MAMA EMITIDO POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN</p> <p>e. COMPROBANTE DE CURSO EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO (POE).</p> <p>f. PRESENTAR COPIA SIMPLE DE LOS CONTRATOS DONDE SE COMPRUEBE LA EXPERIENCIA EN TOMA DE MASTOGRAFÍA.</p> <p>g. LA PRODUCTIVIDAD MÁXIMA POR MÉDICO RADIÓLOGO SERÁ DE 48 MASTOGRAFÍAS POR TURNO DE 8 HORAS.</p> <p>2. CAPTURISTAS MUJERES.</p> <p>a. CURRICULUM VITAE</p> <p>b. CERTIFICADO DE PREPARATORIA O TÉCNICA.</p> <p>c. CON CAPACIDAD DE DAR INFORMACIÓN, ATENCIÓN AMABLE, CORDIAL, RESPETUOSA Y TRATO DIGNO A LAS USUARIAS.</p> <p>d. CONTROL DE LAS USUARIAS CITADAS A TOMA DE MASTOGRAFÍA.</p> <p>e. 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. TÉCNICAS RADIÓLOGAS.</p> <p>a. CURRICULUM VITAE CON EXPERIENCIA MÍNIMA DE UN AÑO EN MASTOGRAFÍA</p> <p>b. CÉDULA PROFESIONAL Y TÍTULO DE TÉCNICO RADIÓLOGO PROFESIONAL EXPEDIDO POR UNA INSTITUCIÓN ACADÉMICA RECONOCIDA.</p> <p>c. 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>d. COMPROBANTE DE CURSO EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO (POE).</p> <p>e. PRESENTAR COPIA SIMPLE DE LOS CONTRATOS DONDE SE COMPRUEBE LA EXPERIENCIA EN TOMA DE MASTOGRAFÍA.</p> <p>4. OPERADOR DE LA UNIDAD MÓVIL.</p> <p>a. CURRICULUM VITAE.</p> <p>b. LICENCIA DE CONDUCTOR VIGENTE</p> <p>c. EXPERIENCIA MÍNIMA 1 AÑO.</p> <p><b>18. DOCUMENTACIÓN DEL GABINETE RADIOLÓGICO FIJO EN LA CIUDAD DE MÉXICO (PARA ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: CONO DE MAGNIFICACIÓN, ULTRASONIDO Y TOMA DE BIOPSIAS)</b></p> <p>SE DEBERÁ PRESENTAR COPIA LEGIBLE DE:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. AVISO DE FUNCIONAMIENTO DEL GABINETE</li> <li>2. COPIA DEL RESPONSABLE DE LA OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO VIGENTE</li> <li>3. COPIA DE LA LICENCIA SANITARIA</li> <li>4. 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.</li> <li>5. COPIA DE CLAVE CLUES</li> <li>6. COPIA DE CUENTA O TRAMITARÁ LA CLAVE SICAM</li> <li>7. CÉDULA DE INFORMACIÓN TÉCNICA CONFORME AL PUNTO 6.2.1.7 DE LA NOM-229-SSA1-2002</li> <li>8. COPIA DEL MANUAL DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA</li> <li>9. COPIA DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS</li> <li>10. COPIA DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</li> <li>11. PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD</li> <li>12. COPIA DEL MANUAL DE LA GARANTÍA DE CALIDAD INCLUYENDO: ORGANIGRAMA DEL COMITÉ.</li> </ol>	





<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993
<b>ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES</b>	<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<p>13. PRESENTAR EL CALENDARIO DE SESIONES DEL COMITÉ DE GARANTÍA DE CALIDAD, ASÍ COMO COPIA SIMPLE DE LA MINUTA DE LA ÚLTIMA SESIÓN</p>	
<p><b>19. DOCUMENTACIÓN DEL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA</b></p>	
<p>SE DEBERÁ PRESENTAR COPIA LEGIBLE DE:</p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. AVISO DE FUNCIONAMIENTO DEL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.</li> <li>2. COPIA DEL RESPONSABLE SANITARIO, EL CUAL DEBE SER MÉDICO ESPECIALISTA EN ANATOMÍA PATOLÓGICA             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. DOCUMENTOS PROBATORIOS LEGALMENTE EXPEDIDOS Y REGISTRADOS POR LAS AUTORIDADES EDUCATIVAS COMPETENTES.</li> </ol> </li> <li>3. 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</li> <li>4. 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.</li> <li>5. 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.</li> </ol>	
<p><b>20. SOPORTE TÉCNICO DE LAS UNIDADES MÓVILES:</b></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"> <li>1. ENTREGAR EL CALENDARIO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS POR CADA EQUIPO MÉDICO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.</li> <li>2. LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DEBERÁN LLEVARSE A CABO DE ACUERDO CON LO DESCRITO EN EL MANUAL DEL EQUIPO MÉDICO OFERTADO,</li> <li>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.</li> <li>4. LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DEBERÁN CONTEMPLAR LAS REFACCIONES Y ACCESORIOS NUEVOS Y ORIGINALES DE ACUERDO CON LA RUTINA DE MANTENIMIENTO SUGERIDA POR EL FABRICANTE.</li> <li>5. LAS ÓRDENES DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEBERÁN ANEXARLE LOS SIGUIENTE             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. RUTINA DE MANTENIMIENTO</li> <li>b. REPORTE DE SEGURIDAD ELÉCTRICA</li> </ol> </li> <li>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,</li> <li>7. ENTREGAR EL CALENDARIO DE VERIFICACIÓN DE CADA UNA DE LAS UNIDADES MÓVILES.</li> <li>8. EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO SERÁ EL NÚMERO DE VECES QUE SEA NECESARIO, INCLUYE REFACCIONES Y ACCESORIOS ORIGINALES Y MANO DE OBRA ESPECIALIZADA.</li> <li>9. TIEMPO DE RESPUESTA DEL MANTENIMIENTO CORRECTIVO DESPUÉS DE REALIZAR EL REPORTE DE FALLA:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. TIEMPO DE RESPUESTA DE 5 HORAS.</li> <li>b. TIEMPO DE SOLUCIÓN DEL PROBLEMA O FALLA DE 12 HORAS.</li> </ol> </li> <li>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</li> </ol>	





<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993
<b>ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES</b>	<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, DEBIDAMENTE FIRMADAS POR EL ÁREA OPERATIVA DE UNIDADES MÓVILES, DONDE SE ENCUENTRE ASIGNADO EL EQUIPO.</p> <p>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 SECRETARIA.</p> <p>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.</p> <p>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 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 <a href="mailto:MEDIBUSES@GMAIL.COM">MEDIBUSES@GMAIL.COM</a>.</p> <p><b>21. LICENCIAMIENTO (SISTEMA RIS/PACS)</b></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><b>22. CUMPLIMIENTO DE LA NOM 229-SSA1-2002</b></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><b>23. CARPETA EJECUTIVA POR UNIDAD MÓVIL, EN CUMPLIMIENTO A LA NOM-229-SSA1-2002</b></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>	





<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993
<b>ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES</b>	<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS;</li> <li>2. PROGRAMA Y MANUAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN CONCORDANCIA CON LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-229-SSA1-2002;</li> <li>3. MANUAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA, CONFORME A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM2-229-SSA1-2002;</li> <li>4. MANUAL DE CONTROL DE CALIDAD, CONFORME A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-229-SSA1-2002;</li> <li>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.</li> <li>6. COPIA SIMPLE DEL AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE CADA UNA DE LAS UNIDADES MÓVILES.</li> <li>7. COPIA DE LOS RESPONSABLES SANITARIOS DE LAS UNIDADES MÓVILES.</li> <li>8. COPIA DE LAS LICENCIAS SANITARIAS DE CADA UNA DE LAS UNIDADES MÓVILES.</li> <li>9. 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.</li> <li>10. 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.</li> <li>11. BITÁCORAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DURANTE EL TIEMPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO.</li> <li>12. EXPEDIENTE INICIAL DEL PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO, DONDE SE INCLUYE: HISTORIA CLÍNICA, LABORATORIOS CON INTERPRETACIÓN, RADIOGRAFÍA DE TÓRAX Y LECTURAS DE DOSIMETRÍA.</li> <li>13. COPIA DE CLAVE CLUES.</li> <li>14. COPIA LEGIBLE DE LA NOM-229-SSA1-2002 Y NOM-026-NUCL-2011.</li> </ol> <p><b>24. CONSTANCIA DE LA EVALUACIÓN DE MUESTRAS.</b></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><b>25. TECNOVIGILANCIA</b></p> <p><b>DE LAS UNIDADES MÓVILES:</b> 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><b>DEL GABINETE RADIOLÓGICO FIJO:</b> 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> <p><b>PARA ANATOMÍA PATOLÓGICA:</b> COPIA SIMPLE DE ALTA DE UNIDAD Y/O RESPONSABLE DE TECNOVIGILANCIA EMITIDO POR LA COFEPRIS POR SER PARTE DE LA CADENA DE DISTRIBUCIÓN DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS, PARA ACREDITAR QUE DA CUMPLIMIENTO A LA NOM-240-SSA1-2012, "INSTALACIÓN Y OPERACIÓN DE LA TECNOVIGILANCIA".</p> <p><b>26. NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES ADVERSOS.</b></p> <p>LOS OFERENTES DEBERÁN PRESENTAR LOS PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN A QUEJAS Y SEGUIMIENTO DE INCIDENTES ADVERSOS PARA CADA UNA DE LAS MARCAS DE LOS EQUIPOS INSUMOS Y/O CONSUMIBLES PROPUESTOS.</p>	





<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993
<b>ANEXO TÉCNICO DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES</b>	<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<p><b>27. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL</b></p> <p>CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD Y FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN LA QUE SE COMPROMETE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A ENTREGAR LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL A LA JUD DE CONTRATOS AL MOMENTO DE LA FIRMA DEL CONTRATO, CUMPLIENDO CON LO DESCRITO EN EL SIGUIENTE PÁRRAFO.</p> <p>EL OFERENTE ADJUDICADO DEBERÁ CONTAR CON UNA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CON COBERTURA AMPLIA, ES DECIR 100% DE COBERTURA, PARA GARANTIZAR LA EFICIENCIA Y FUNCIONALIDAD DE LOS SERVICIOS Y DEBERÁ TENER ESTRICTO CUIDADO DE NO DAÑAR LA INFRAESTRUCTURA, EQUIPOS, MOBILIARIO, INSTALACIONES, PACIENTES O PERSONAL DE "EL G.C.D.M.X". LOS ACCIDENTES PROVOCADOS A LAS INSTALACIONES REFERIDAS POR INCONSISTENCIAS EN LAS ACCIONES DE LOS SERVICIOS SERÁN RESPONSABILIDAD DE "EL OFERENTE ADJUDICADO", DE CAUSAR DAÑOS A LA INFRAESTRUCTURA, PACIENTES O PERSONAL SE PROCEDERÁ DE ACUERDO CON EL CÓDIGO PENAL Y SE HARÁ EFECTIVA LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL, EN TODOS LOS CASOS BAJO SEGUIMIENTO IRRESTRICTO DEL ÁREA JURÍDICA DE LA "SEDESA".</p> <p><b>28. AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y RESPONSABLES SANITARIOS</b></p> <p>EL OFERENTE DEBERÁ ENTREGAR:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. COPIA SIMPLE DEL AVISO DE FUNCIONAMIENTO A NOMBRE DEL OFERENTE COMO DISTRIBUIDOR PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS, EXPEDIDO POR COFEPRIS.</li> <li>2. COPIA DE LOS RESPONSABLES SANITARIOS DE LAS UNIDADES MÓVILES.</li> <li>3. COPIA DE LAS LICENCIAS SANITARIAS DE CADA UNA DE LAS UNIDADES MÓVILES.</li> </ol> <p><b>29. DESVÍOS DE LA CALIDAD DE INSUMOS</b></p> <p>ESCRITO FIRMADO POR EL OFERENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL, EN EL QUE SE COMPROMETE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A:</p> <p>QUE EN CASO DE QUE SE PRESENTEN REPORTES DE DESVÍO DE CALIDAD O VICIOS OCULTOS RECURRENTES LA SEDESA SE DEBERÁ REQUISITAR EL ANEXO 1.10 "SEGUIMIENTO A REPORTE DE INSUMOS PARA LA SALUD", Y ENVIARLO A LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS VÍA CORREO ELECTRÓNICO A SEDESASTI@GMAIL.COM Y <a href="mailto:SEDESASERVINT@GMAIL.COM">SEDESASERVINT@GMAIL.COM</a></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;"><b>LA PROPUESTA TÉCNICA NO DEBERÁ INDICAR NINGÚN PRECIO.</b></p> <p><b>LA FALTA DE ENTREGA DE CUALQUIERA DE LOS REQUISITOS SEÑALADOS EN ESTE APARTADO SERÁ MOTIVO DE DESECHAMIENTO DE LA PROPUESTA</b></p>	





### PENAS CONVENCIONALES

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	PORCENTAJE PARA APLICAR
POR QUÉ 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 QUÉ 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 QUÉ 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 QUÉ 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 QUÉ 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 QUÉ 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 QUÉ 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.
POR QUÉ 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 QUÉ 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 QUÉ 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.



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

<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO		<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<b>ÁREA SOLICITANTE:</b> OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)		
<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 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 <b>ANEXOS: ANEXO 1.1 CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES Y ANEXO 1.3 FICHA TÉCNICA, MASTÓGRAFO, INSUMOS Y UNIDAD MÓVIL</b>, 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 MÁS, 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"> <li>1. TOMA DE IMÁGENES DE MASTOGRAFÍA</li> <li>2. INTERPRETACIÓN E IMPRESIÓN DE RESULTADOS.</li> <li>3. REALIZACIÓN DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O BIOPSIA EN CASOS DE REQUERIRSE</li> <li>4. UTILIZACIÓN DE FORMATOS OFICIALES Y LLENADO DE REPORTES             <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO DE "VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA (ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA)</li> <li>4.2. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO OFICIAL DE "CASO PROBABLE Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA"</li> <li>4.3. REPORTE DE PRODUCTIVIDAD SEMANAL Y MENSUAL POR SEDE Y POR UNIDAD MÓVIL.</li> <li>4.4. REPORTE DE MASTOGRAFÍAS CON RESULTADOS BIRADS DEL 0, 1, 2, 3, 4 Y 5.</li> <li>4.5. REPORTE DE MASTOGRAFÍAS CON SEGUIMIENTO BIRADS 0, 3, 4 Y 5.</li> </ol> </li> <li>5. CAPTURA DE DATOS EN SICAM</li> <li>6. IMPLEMENTACIÓN DE BUZÓN EN LAS UNIDADES MÓVILES PARA RECIBIR QUEJAS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES</li> </ol> <p><b>PROCEDIMIENTO GENERAL</b></p> <p><b>II. TOMA DE IMÁGENES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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°)</li> <li>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).</li> </ol> <p><b>III. PROYECCIONES ADICIONALES</b></p>		



<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO		<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<b>ÁREA SOLICITANTE:</b> OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)		
<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993	SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	
<p>1. LAS PROYECCIONES ADICIONALES DEPENDERÁN DEL HALLAZGO A ESTUDIAR Y DEL CRITERIO DEL MÉDICO RADIÓLOGO. 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"> <li>a. LATERO MEDIAL (LM 90°)</li> <li>b. MEDIO LATERAL (ML 90°)</li> <li>c. AXILAR (AT 30°-60°)</li> <li>d. CÉFALO CAUDAL EXTREMA EXTERNA (XCCL 5°-9°)</li> <li>e. CÉFALO CAUDAL EXTREMA INTERNA (XCCM 5°-9°)</li> <li>f. TANGENCIAL (TAN 0°)</li> <li>g. CLEAVAGE (CV 0°)</li> <li>h. ROL O GIRO, MEDIAL O EXTERNO, SUPERIOR O INFERIOR (RM O RL, RS O RI)</li> <li>i. CAUDO CRANEAL (FB 180°)</li> <li>j. CONO DE COMPRESIÓN FOCAL (S)</li> <li>k. CONO DE MAGNIFICACIÓN (MAG)</li> </ul> <p>2. CUANDO UNA MASTOGRAFÍA EN PACIENTES PORTADORAS DE PRÓTESIS ES DE CARÁCTER DIAGNÓSTICO, ES POSIBLE REALIZAR CUALQUIER PROYECCIÓN ADICIONAL QUE EL MÉDICO RADIÓLOGO REQUIERA Y ÉSTAS SIEMPRE DEBERÁN REALIZARSE CON TÉCNICA DE EUKLAND PARA DESPLAZAR EL IMPLANTE.</p>		
<p><b>IV. ALMACENAMIENTO DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS EN LA UNIDADES MÓVILES</b></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"> <li>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.</li> <li>b. COMPATIBLE CON CUALQUIER NAVEGADOR Y SISTEMA OPERATIVO.</li> <li>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 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.</li> <li>d. ACCESIBILIDAD PARA EL PERSONAL DEFINIDO POR EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO (POR ENTIDAD FEDERATIVA, POR UNIDAD MÉDICA Y PARA PERSONAL DEL CNEGSR) PARA EVALUACIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN TIEMPO REAL DEL SERVICIO OTORGADO POR EL PROVEEDOR.</li> <li>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.</li> </ul>		





<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO		<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<b>ÁREA SOLICITANTE:</b> OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)		
<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993	SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	
<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 USUARIA.</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"> <li>• NOMBRE Y EDAD DE LA PACIENTE.</li> <li>• FECHA Y LUGAR DEL ESTUDIO.</li> <li>• NOMBRE O INICIALES DEL TÉCNICO RADIÓLOGO QUE TOMÓ EL ESTUDIO.</li> <li>• PROYECCIÓN, LATERALIDAD, ANGULACIÓN, FUERZA DE COMPRESIÓN, ESPESOR DE MAMA COMPRIMIDA, ÁNODO/FILTRO, KILOVOLTAJE (KV), CARGA (MAS).</li> </ul> <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> <p><b>V. INTERPRETACIÓN E IMPRESIÓN DE RESULTADOS.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2) EL PROVEEDOR DEBERÁ CONTAR COMO MÍNIMO CON <b>ONCE MÉDICOS RADIÓLOGOS</b>, (UNO POR CADA UNIDAD MÓVIL Y UNO POR GABINETE FIJO) DEBERÁ CONTEMPLAR Y ADICIONAR EN EL <b>NUMERAL 15 EXPERIENCIA DEL PERSONAL OPERATIVO MÉDICOS</b> QUE CUBRAN INCAPACIDADES.</li> <li>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.</li> <li>4) TODAS LAS INTERPRETACIONES DE LOS ESTUDIOS DEBERÁN LLEVARSE A CABO EN UN LAPSO NO MAYOR QUE 72 HRS CONTADAS A PARTIR DE LA HORA EN LA EL PRESTADOR DE SERVICIO RECIBE LOS ESTUDIOS PARA SU LECTURA/INTERPRETACIÓN. LOS REPORTES O INTERPRETACIONES DEBERÁN ESTAR DISPONIBLES EN FORMATO PDF EN EL MISMO LAPSO (72 HRS).</li> <li>5) SE DEBERÁ CONTAR CON LOS SIGUIENTES EQUIPOS MÉDICOS PARA LA LECTURA DE MASTOGRAFÍA:</li> </ol>		





<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO		<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<b>ÁREA SOLICITANTE:</b> OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)		
<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993	SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. AL MENOS UNA ESTACIÓN DE TRABAJO PARA INTERPRETACIÓN DE IMÁGENES MASTOGRÁFICAS CON DOS MONITORES DE GRADO MÉDICO DE 5MP (O MAYOR) CADA UNO, O CON UN MONITOR DE GRADO MÉDICO DE AL MENOS 10MP.</li> <li>b. QUEDA ESTRICTAMENTE PROHIBIDO LA INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA EN VISORES DESCARGADOS DE INTERNET EN SUS VERSIONES DE PRUEBA O CON LAS LEYENDAS "NOS APPROVED FOR MAMMOGRAPHY" O "NO USAR PARA DIAGNÓSTICO".</li> <li>c. DEBE SER TOTALMENTE COMPATIBLE CON EL ESTÁNDAR DICOM.</li> </ul>		
<b>VI. REALIZACIÓN DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O BIOPSIA EN CASOS DE REQUERIRSE.</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>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)</li> <li>2. EL GABINETE RADIOLÓGICO DEBERÁ TENER SEDE EN LA CIUDAD DE MÉXICO</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>5. EL LABORATORIO DEBERÁ ENTREGAR LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O BIOPSIA REALIZADOS, CUALQUIERA QUE SEA SU RESULTADO.</li> </ol>		
<b>VII. UTILIZACIÓN DE FORMATOS OFICIALES Y LLENADO DE REPORTE</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO OFICIAL DE "VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA (ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA)" <b>VER ANEXO 1.8 FORMATO FEDERAL CÁNCER DE MAMA</b></li> <li>2. UTILIZAR Y REPORTAR EN EL FORMATO OFICIAL DE "CASO PROBABLE Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA" <b>VER ANEXO 1.8 FORMATO FEDERAL CÁNCER DE MAMA</b></li> <li>3. PARA EL REGISTRO DE LOS ESTUDIOS EN LOS REPORTE 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. <b>EJEMPLO: 09FU1, 10FU1, ETC.</b></li> <li>4. TODOS LOS REPORTE DE RESULTADOS DEBERÁN ENTREGARSE EN FORMATO IMPRESO A LA DIRECCIÓN DE PRESTACIONES SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS, EN UN HORARIO DE 8:00 A 10:00 HRS, ASÍ COMO TAMBIÉN EN FORMATO ELECTRÓNICO PDF VÍA CORREO ELECTRÓNICO A LA DIRECCIÓN: MEDIBUSES@GMAIL.COM DENTRO DEL PRIMER DÍA HÁBIL DE CADA MES.</li> <li>5. 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 DESARROLLO SOCIAL. ASÍ MISMO DEBERÁ ENTREGAR REPORTE DE PRODUCTIVIDAD MENSUAL CON CORTE DEL 26 AL 25 DE CADA MES.</li> <li>6. 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.</li> <li>7. 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.</li> </ol>		





<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO		<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<b>ÁREA SOLICITANTE:</b> OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)		
<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993	SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	
<b>VIII. LUGAR DE ENTREGA DE LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA</b>		
<p>6. ENTREGARÁ EL PROVEEDOR LAS BASES DE DATOS EN FORMATO EXCEL DE LAS MASTOGRAFÍAS Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS <b>EN APEGO A LOS FORMATOS ENTREGADOS POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS UBICADA EN TORRE INSIGNIA, PISO 17.</b></p> <p>7. EL TIEMPO DE ENTREGA DE LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA, <b>SERÁ MÁXIMO 10 DÍAS HÁBILES</b> 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>8. EL TIEMPO DE ENTREGA DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, ULTRASONIDOS Y BIOPSIAS DEBERÁ SER DE 15 DÍAS HÁBILES A PARTIR DE LA TOMA.</p> <p>9. EN CASO DE NO ENTREGAR LOS ESTUDIOS EN EL TIEMPO ESTABLECIDO, SE APLICARÁ LA SANCIÓN CORRESPONDIENTE.</p> <p>10. 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>11. 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) ASÍ 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>12. LOS ESTUDIOS, SUS RESULTADOS E INFORMACIÓN DE ESTOS, SON PROPIEDAD DE LA SECRETARIA DE SALUD SEDESA Y SERÁ LA RESGUARDANTE.</p> <p>13. LOS ESTUDIOS, SUS RESULTADOS E INFORMACIÓN DE ESTOS, NO PODRÁN SER PUBLICADOS SIN AUTORIZACIÓN CORRESPONDIENTE DE LA SECRETARIA DE SALUD SEDESA.</p> <p>14. TODOS LOS ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA INADECUADOS PARA INTERPRETACIÓN DEBERÁN GENERAR UNA ALERTA PARA NOTIFICAR POR CORREO ELECTRÓNICO Y DE MANERA INMEDIATA AL RESPONSABLE ESTATAL DEL PROGRAMA DE CÁNCER DE LA MUJER, CON COPIA AL CORREO: MEDIBUSES@GMAIL.COM. EL CORREO ELECTRÓNICO DEBERÁ INCLUIR NOMBRE DE LA USUARIA, MUNICIPIO DE ORIGEN, UNIDAD MÉDICA Y REPORTE DE RESULTADOS EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL MOTIVO DEL RECHAZO SEÑALANDO AL MENOS LO SIGUIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d. PROYECCIÓN O PROYECCIONES QUE SE CONSIDEREN INADECUADAS Y QUE DEBEN REPETIRSE.</li> <li>e. SI LA CAUDA ES MAL POSICIONAMIENTO ESPECIFICAR SI SON PLIEGUES, MAMA CORTADA, NO SE OBSERVA TERCIO POSTERIOR, ETC.</li> <li>f. SI LA CAUSA ES POR DEFICIENCIA TÉCNICA ESPECIFICAR SI ES DEBIDO A ARTEFACTOS, BAJO CONTRASTE, RUIDO EXCESIVO, FALTA DE COMPRESIÓN, MAL ETIQUETADO DE LA IMAGEN, ETC.</li> </ul> <p>EL TIEMPO MÁXIMO PARA EMITIR LA ALERTA DE NOTIFICACIÓN SERÁ DE 8 HORAS CONTADAS A PARTIR DE LA HORA DE VISUALIZACIÓN DEL ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA (ESTE LAPSO NO PUEDE SER MAYOR A 72 HRS CONTADAS A PARTIR DE LA HORA EN QUE EL PRESTADOR DE SERVICIO RECIBE LOS ESTUDIOS PARA SU LECTURA/INTERPRETACIÓN).</p> <p>15. 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 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 SECRETARIA DE RESPONSABILIDAD.</p> <p>16. 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>17. TODOS LOS RESULTADOS BIRADS 3, 4 Y 5 DEBERÁN GENERAR UNA ALERTA PARA NOTIFICAR POR CORREO ELECTRÓNICO Y DE MANERA INMEDIATA AL RESPONSABLE ESTATAL DEL PROGRAMA DE CÁNCER DE LA MUJER, CON COPIA AL CORREO: MEDIBUSES@GMAIL.COM. EL CORREO ELECTRÓNICO DEBERÁ INCLUIR NOMBRE DE LA</p>		





<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO		<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<b>ÁREA SOLICITANTE:</b> OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)		
<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993	<b>SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES</b>	
<p>USUARIA, MUNICIPIO DE ORIGEN, UNIDAD MÉDICA Y REPORTE DE RESULTADOS. EL TIEMPO MÁXIMO PARA EMITIR LA ALERTA DE NOTIFICACIÓN SERÁ DE 8 HORAS CONTADAS A PARTIR DE LA HORA DE INTERPRETACIÓN DEL ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA.</p> <p>18. DEBERÁN REPETIRSE LAS IMÁGENES O ESTUDIOS QUE RESULTEN INADECUADOS SIN QUE ESTO GENERE COSTO ADICIONAL. <b>CADA ESTUDIO CLASIFICADO COMO "ESTUDIO INADECUADO" SE PAGARÁ AL 60% DEL COSTO UNITARIO ESTABLECIDO.</b></p> <p>19. 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 PROCEDERÁ A PAGO LOS ESTUDIOS CONCLUYENTES.</p> <p>20. 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><b>IX. FUNCIONALIDAD DEL EQUIPO</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>3. LA IDENTIFICACIÓN DE LAS IMÁGENES DE MASTOGRAFÍA DEBERÁ 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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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 LA SEDESA, ASÍ COMO A PROPORCIONAR LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS, CUMPLIMIENTO CON TODOS LOS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS COMO TENENCIA, VERIFICACIÓN, SEGURO VEHICULAR, ETC.</li> <li>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.</li> </ol> <p><b>UNIDADES MÓVILES</b></p> <p>CADA UNIDAD MÓVIL DEBE CONTAR CON:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ACCESO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ;</li> </ol>		





<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO		<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<b>ÁREA SOLICITANTE:</b> OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)		
<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993	SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES	
<p>2. RECEPCIÓN;</p> <p>3. VESTIDOR Y BAÑO PARA LAS USUARIAS CON EXTRACTOR DE AIRE;</p> <p>4. SALA DE MASTOGRAFÍA SEPARADA Y DELIMITADA DEL RESTO DE LAS ÁREAS DE LA UNIDAD MÓVIL;</p> <p>5. LA SALA DEBE CUMPLIR CON LO REQUERIDO POR LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 229-SSA1-2002;</p> <p>6. AIRE ACONDICIONADO;</p> <p>7. PLANTA DE LUZ;</p> <p>8. MANDIL EMPLOMADO;</p> <p>9. LETREROS Y SEÑALAMIENTOS DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA;</p> <p>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";</p> <p>9.2. PUERTA DE ACCESO A LA SALA DE MASTOGRAFÍA "CUANDO LA LUZ ESTE ENCENDIDA SÓLO PUEDE INGRESAR PERSONAL AUTORIZADO";</p> <p>9.3. PUERTA DE ACCESO A LA SALA DE MASTOGRAFÍA "RADIACIONES- ZONA CONTROLADA";</p> <p>9.4. PUERTA DE ACCESO DEBE CONTAR CON FOCOS ROJOS DE ENCENDIDO AUTOMÁTICO, Y EL SÍMBOLO INTERNACIONAL DE RADIACIONES IONIZANTES".</p> <p>9.5. BAÑO-VESTIDOR "NO ABRIR ESTA PUERTA A MENOS QUE LA LLAMEN";</p> <p>9.6. SALA DE MASTOGRAFÍA "SOLO PUEDE PERMANECER UNA PACIENTE A LA VEZ".;</p> <p>10. MANUALES</p> <p>10.1. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS;</p> <p>10.2. PROGRAMA Y MANUAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN CONCORDANCIA CON LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-229-SSA1-2002;</p> <p>10.3. MANUAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA, CONFORME A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM2-229-SSA1-2002;</p> <p>10.4. MANUAL DE CONTROL DE CALIDAD, CONFORME A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-229-SSA1-2002;</p> <p>10.5. MANUALES DE USUARIO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS;</p> <p>11. AVISO DE FUNCIONAMIENTO;</p> <p>12. RESPONSABLE SANITARIO;</p> <p>13. MEMORIA ANALÍTICA DE CADA SALA DE MASTROGRAFÍA VIGENTE, REALIZADA DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA NOM-229-SSA1-2002, ELABORADA POR UN ASESOR ESPECIALIZADO EN SEGURIDAD RADIOLÓGICA (ASER) CON PERMISO VIGENTE EN COFEPRIS;</p> <p>14. LEVANTAMIENTO DE NIVELES DE RADIACIÓN DE CADA SALA DE MASTOGRAFÍA, CON ANTIGÜEDAD NO MAYOR QUE SEIS MESES, REALIZADO DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA NOM-229-SSA1-2002, Y ELABORADO POR UN ASESOR ESPECIALIZADO EN SEGURIDAD RADIOLÓGICA (ASER) CON PERMISO VIGENTE EN COFEPRIS.</p> <p><b>GABINETE RADIOLÓGICO FIJO</b> EN EL GABINETE SE DEBE LLEVAR A CABO LAS INTERPRETACIONES, ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS CON EL MASTÓGRAFO DIGITAL Y/O ULTRASONIDO Y REALIZACIÓN DE BIOPSIAS PARA ELLO DEBE DAR CUMPLIMIENTO CON LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM2-229-SSA1-2002.</p> <p><b>EN EL SERVICIO DE TOMA DE BIOPSIA DEBE ASEGURARSE EL ENVÍO Y EL RESULTADO DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO.</b></p> <p>CADA UNIDAD DEBE CONTAR CON:</p> <p>1. ACCESO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ;</p> <p>2. RECEPCIÓN;</p> <p>3. VESTIDOR Y BAÑO PARA LAS USUARIAS;</p> <p>4. CONSULTORIO EXCLUSIVO PARA ESTUDIO COMPLEMENTARIO (ULTRASONIDO) CON VESTIDOR INCLUIDO;</p> <p>5. CONSULTORIO PARA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE CÁNCER DE MAMA;</p> <p>6. SALA DE MASTOGRAFÍA DIGITAL CON ESTEREOTAXIA SEPARADA Y DELIMITADA;</p> <p>7. LA SALA DEBE CUMPLIR CON LO REQUERIDO POR LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 229-SSA1-2002;</p>		





<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO		<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<b>ÁREA SOLICITANTE:</b> OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)		
<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993	<b>SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES</b>	
<p>8. LAS PUERTAS DE ACCESO DEBEN TENER CHAPAS QUE SOLO ABRAN POR DENTRO, PARA ASEGURAR QUE DURANTE EL ESTUDIO NO HAYA ACCESO;</p> <p>9. AIRE ACONDICIONADO;</p> <p>10. MANDIL EMPLOMADO;</p> <p>11. LETREROS Y SEÑALAMIENTOS DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA;</p> <p>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";</p> <p>11.2. PUERTA DE ACCESO A LA SALA DE MASTOGRAFÍA "CUANDO LA LUZ ESTE ENCENDIDA SÓLO PUEDE INGRESAR PERSONAL AUTORIZADO";</p> <p>11.3. PUERTA DE ACCESO A LA SALA DE MASTOGRAFÍA "RADIACIONES- ZONA CONTROLADA";</p> <p>11.4. PUERTA DE ACCESO DEBE CONTAR CON FOCOS ROJOS DE ENCENDIDO AUTOMÁTICO, Y EL SÍMBOLO INTERNACIONAL DE RADIACIONES IONIZANTES".</p> <p>11.5. BAÑO-VESTIDOR "NO ABRIR ESTA PUERTA A MENOS QUE LA LLAMEN";</p> <p>11.6. SALA DE MASTOGRAFÍA "SOLO PUEDE PERMANECER UNA PACIENTE A LA VEZ".;</p> <p>12. MANUALES</p> <p>12.1. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS;</p> <p>12.2. PROGRAMA Y MANUAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN CONCORDANCIA CON LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-229-SSA1-2002;</p> <p>12.3. MANUAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA, CONFORME A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM2-229-SSA1-2002;</p> <p>12.4. MANUAL DE CONTROL DE CALIDAD, CONFORME A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-229-SSA1-2002;</p> <p>12.5. MANUALES DE USUARIO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS;</p> <p>13. AVISO DE FUNCIONAMIENTO;</p> <p>14. RESPONSABLE SANITARIO;</p> <p>15. MEMORIA ANALÍTICA DE CADA SALA DE MASTROGRAFÍA VIGENTE, REALIZADA DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA NOM-229-SSA1-2002, ELABORADA POR UN ASESOR ESPECIALIZADO EN SEGURIDAD RADIOLÓGICA (ASER) CON PERMISO VIGENTE EN COFEPRIS;</p> <p>16. LEVANTAMIENTO DE NIVELES DE RADIACIÓN DE CADA SALA DE MASTOGRAFÍA, CON ANTIGÜEDAD NO MAYOR QUE SEIS MESES, REALIZADO DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA NOM-229-SSA1-2002, Y ELABORADO POR UN ASESOR ESPECIALIZADO EN SEGURIDAD RADIOLÓGICA (ASER) CON PERMISO VIGENTE EN COFEPRIS.</p> <p><b>X. VISITAS DE SUPERVISIÓN</b></p> <p>PARA GARANTIZAR QUE LA CALIDAD DE LA INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS SE MANTENGA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, EL PROGRAMA DE CÁNCER DE LA MUJER O DE MAMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD, LA DIRECCIÓN DE CÁNCER DE LA MUJER DEL CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA Y/O LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, PODRÁN REALIZAR SUPERVISIONES PARA EVALUAR LOS CENTROS DE LECTURA O ÁREAS DE INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS MASTOGRÁFICOS, EL FUNCIONAMIENTO Y DESEMPEÑO DE LOS EQUIPOS UTILIZADOS EN LA LECTURA DE ESTUDIOS, O CUALQUIERA DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN ESTE ANEXO TÉCNICO, MEDIANTE VISITAS A LAS INSTALACIONES DONDE SE REALICE LA LECTURA DE MASTOGRAFÍAS. LAS VISITAS DE SUPERVISIÓN PODRÁN LLEVARSE A CABO SIN NECESIDAD DE PREVIO AVISO O NOTIFICACIÓN AL PROVEEDOR. EN CASO DE QUE DURANTE LA VISITA SE DETECTEN ERRORES O DEFICIENCIAS EN LOS CENTROS DE LECTURA O ÁREAS DE INTERPRETACIÓN, EN EL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS, O CUALQUIER OTRA IRREGULARIDAD, EL PROVEEDOR SE OBLIGA A DAR SOLUCIÓN INMEDIATA ANTES DE CONTINUAR CON EL SERVICIO.</p> <p style="text-align: center;"><b>EQUIPOS MÉDICOS</b></p> <p>LOS EQUIPOS DEBERÁN ESTAR EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO, LAS MARCAS Y MODELOS PROPUESTOS DEBERÁN ESTAR VIGENTES POR PARTE DEL FABRICANTE.</p>		





<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO		<b>FOLIO DMTI:</b> 024-2025 V-2
<b>ÁREA SOLICITANTE:</b> OFICINAS CENTRALES (UNIDADES ADMINISTRATIVAS)		
<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993	<b>SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES</b>	
<p>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. EL PROVEEDOR DEBERÁ PROPORCIONAR TODOS LOS EQUIPOS EN PRÉSTAMO PERMANENTE E INSUMOS NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.</p> <p style="text-align: center;"><b>MANTENIMIENTO</b></p> <p><b>MANTENIMIENTO PREVENTIVO</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>MANTENIMIENTO CORRECTIVO</b></p> <p>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 (DIEZ) 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.</p> <p style="text-align: center;"><b>TECNOVIGILANCIA</b></p> <p>SE DEBERÁ NOTIFICAR EN CASO DE QUE OCURRA UN INCIDENTE, INCIDENTE ADVERSO A LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS.</p>		



## ANEXO 1.2

### RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS, EQUIPOS MÉDICO, UNIDAD MÓVIL E INSUMOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR EN EL SERVICIO INTEGRAL CANTIDADES APROXIMADAS

I. MASTOGRAFÍA DIGITAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
TOTAL:	0	0	0	0	0	0	3587	3204	5227	16135	8229	3864	40246

II. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
TOTAL:	0	0	0	0	0	0	215	192	313	968	493	231	2412

III. BIOPSIAS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
TOTAL:	0	0	0	0	0	0	16	14	22	70	36	17	175

### RELACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS EN LAS UNIDADES MÓVILES

NO. PARTIDA	ANEXO TÉCNICO	EQUIPOS	CANTIDAD
1	1.3	MASTÓGRAFOS DIGITALES	10

NO. PARTIDA	ANEXO TÉCNICO	UNIDAD MÓVIL	CANTIDAD
2	1.3	UNIDAD MÓVIL	10

NO. PARTIDA	ANEXO TÉCNICO	EQUIPOS DE COMPUTACIÓN Y RADIO COMUNICACIÓN	CANTIDAD
3	1.3	COMPUTADORAS PORTÁTILES	12
4	1.3	EQUIPOS DE COMUNICACIÓN MÓVIL	11
5	1.3	IMPRESORA MULTIFUNCIONAL EMPRESARIAL	1

**RELACIÓN DE INSUMOS DE CADA UNA DE LAS UNIDADES MÓVILES**

NO. PARTIDA	ANEXO TÉCNICO	INSUMOS	CANTIDAD (LAS NECESARIAS POR ESTUDIO)
1	1.4	GUANTES CLÍNICOS DESECHABLES TAMAÑO CHICO	1
2	1.4	GUANTES CLÍNICOS DESECHABLES TAMAÑO MEDIANO	1
3	1.4	GUANTES CLÍNICOS 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.

**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".**

**ANEXO 1.4**  
**FICHA TÉCNICA DE INSUMOS**

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

**ANEXO 1.5**  
**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, O 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 MASTÓGRAFO 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	10	
10	ASISTENCIA DE LAS TÉCNICAS RADIÓLOGAS	PERSONAL	10	

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:

**ANEXO 1.6**  
**INFORME DIARIO**

FECHA: \_\_\_\_\_

**UNIDADES MÉDICAS 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
<b>INFRAESTRUCTURA</b>			<b>SEDE</b>		
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			<b>EQUIPO / INSUMO</b>		
BUZÓN DE QUEJAS Y SUGERENCIAS			GUANTES (50 PZS)		
<b>RECURSOS HUMANOS.</b>			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**

**ANEXO 1.7**  
**REPORTE MENSUAL**



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

Período:

Inicio:

Término:

SERVICIO INTEGRAL DE MASTOGRAFIA EN UNIDADES MÓVILES

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

Número de Mastografías realizadas





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

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

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

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

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

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

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

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

**11. Edad:** Años cumplidos.

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

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

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

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

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

**17. De mastografía:** Elija una opción.

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

**19. Resultado:** Elija una opción.

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

**20. Modalidad de la mastografía:** Elija una opción.

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

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

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

**24. Hallazgos de la mastografía:** Elija una ó 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.





<b>I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD</b>	
1.- Institución	4.- Municipio
2.- Entidad	4.1 Localidad
3.- Jurisdicción	5.- Unidad Médica
6.- Clues	
<b>II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE</b>	
CLAVE DE LA PACIENTE	
7.- Nombre	Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre (s)
8.- Entidad de nacimiento	9.- CURP
10.- Fecha de nacimiento	11.- Edad
12.- Domicilio	
13.- Otro Domicilio	
14. Otro Teléfono	
15. Correo electrónico	
16. Tiempo de residencia actual	
17. Estado civil	
18. Escolaridad	
19. Ocupación	
20. Afiliación	
20.1 Número de afiliación o póliza	
21. ¿Es indígena?	
21.1 Grupo étnico	
21.2 ¿Habla lengua indígena?	
21.2.1 ¿Cuál lengua indígena habla?	
<b>III. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA</b>	
22. Fecha de valoración clínica del 2o ó 3er Nivel de atención	
23. Motivo de la referencia	
24. Indicación de estudios adicionales	
25. Cédula Profesional de quién realizó el estudio	
26. Resultado de la valoración del caso probable	
<b>IV. TOMA DE BIOPSIA</b>	
27. No. De biopsia	
28. Tipo de Biopsia	
29. Fecha de toma de la biopsia	
29.1. Fecha de interpretación de la biopsia	
<b>V. INFORMACIÓN SOBRE EL DIAGNÓSTICO</b>	
30. Diagnóstico histopatológico (NOM)	
31. Pruebas de Inmunohistoquímica	
32. Cuadrante en el que se confirma el diagnóstico	
33. Calificación histopronóstica(NOM)	
34. Cédula profesional de quien realizó el estudio histopatológico	
35. Fecha de notificación a la paciente y de referencia al centro oncológico	
<b>VI. PLAN DE INTERVENCIÓN</b>	
36. Conclusión del estudio del caso	
37. Referencia a tratamiento Oncológico	
38. Cédula profesional del médico solicitante	

Autorización de la Paciente \_\_\_\_\_





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

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

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

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

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

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

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

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

11. Edad: Años cumplidos.

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

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

16. Tiempo de residencia actual: Debe anotar el tiempo que lleve de residir en el domicilio actual, conforme al inciso que le corresponda.

17. Estado civil: Elija una opción.

18. Escolaridad: Elija una opción

19. Ocupación: Escriba con letra de molde a que se dedica.

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

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

21. ¿ Es indígena?: Elija una opción.

**III. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA (22-35).**

22. Fecha de valoración clínica del 2º ó 3º Nivel de atención: Anote día, mes y año en el rectángulo.

23. Motivo de la referencia: Elija y registre la opción del motivo indicado.

24. Indicación de estudios adicionales: Elija y registre la opción del estudio indicado, anotando fechas y resultado.

25. Cédula profesional de 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 registrela.

29. Fecha de interpretación de la biopsia: Anote día, mes y año en el rectángulo.

30. Diagnóstico histopatológico (NOM): Elija la opción de acuerdo al resultado de estudio histopatológico.

31. Pruebas de inmunohistoquímica: Elija las opciones correspondientes.

32. Cuadrante en el que se confirma el diagnóstico: Anote el número del cuadrante de la mama en que se confirma el diagnóstico de acuerdo a la numeración del reactivo.

33. Calificación Histopronóstica (NOM): Elija una opción.

34. Cédula profesional de quien realizó el estudio histopatológico: Número de cédula.

35. Fecha de notificación del resultado a la paciente y referencia al centro oncológico: Anote en números arábigos, la fecha en que informó a la paciente el resultado del estudio histopatológico.

**IV. PLAN DE INTERVENCIÓN (36-38).**

36. Conclusión del estudio del caso: Elegir la opción que corresponda.

37. Referencia a Centro Oncológico: Elija una opción (corresponde a la respuesta 41).

38. Cédula profesional del médico solicitante: Número de cédula.



**ANEXO 1.9**  
**FORMATOS DE ESTUDIOS (SE ENTREGAN EN EXCEL)**

**INCISO A) FORMATO DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS BIOPSIAS POSITIVAS DE UNIDADES MÉDICAS MÓVILES**



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

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**  
**BIOPSIAS POSITIVAS**

NO. PROG.	FOLIO	JURIDICCION	SEDE	PATERNAL	MATERNAL	NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	ENTIDAD DE NACIMIENTO	SEXO	PERTENENCIA ETNICA	GRADO DE ESTUDIO	DOMICILIO	DELEGACION	TELEFONO	OCCUPACION	PADRE O TUTOR	CURP	FECHA DE MASTOGRAFIA	DIAGNOSTICO MASTOGRAFIA	FECHA DE ESTUDIO USG	DIAGNOSTICO USG	FECHA DE LA BIOPSIA	DIAGNOSTICO DE LA BIOPSIA	MEDICO RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA ALTADENA	TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL D.F.	OBSERVACIONES
1																												

**INCISO B) FORMATO DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS BIOPSIAS NEGATIVAS DE UNIDADES MÉDICAS MÓVILES**



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

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**  
**BIOPSIAS NEGATIVAS**

NO. PROG.	FOLIO	JURIDICCION	SEDE	PATERNAL	MATERNAL	NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	ENTIDAD DE NACIMIENTO	SEXO	PERTENENCIA ETNICA	GRADO DE ESTUDIO	DOMICILIO	DELEGACION	TELEFONO	OCCUPACION	PADRE O TUTOR	CURP	FECHA DE MASTOGRAFIA	DIAGNOSTICO MASTOGRAFIA	FECHA DE ESTUDIO USG	DIAGNOSTICO USG	FECHA DE LA BIOPSIA	DIAGNOSTICO DE LA BIOPSIA	MEDICO RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA ALTADENA	TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL D.F.	OBSERVACIONES
1																												



**INCISO C) FORMATO DE REPORTE DE MASTOGRAFÍAS CON RESULTADOS BIRADS DE UNIDADES MÉDICAS MÓVILES**



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

NO. PROG	FOLIO	JURISDICCION	SEDE	PATERNO	MATERNO	NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	ENTIDAD DE NACIMIENTO	SEXO	PERTENENCIA ÉTNICA	GRADO MÁXIMO DE ESTUDIO	DOMICILIO	DELEGACIÓN	TELÉFONO	OCUPACIÓN	DATOS DE LOS PADRES	CURP	FECHA DE ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA	DIAGNÓSTICO DE MASTOGRAFÍA	MÉDICO RESPONSABLE	OBSERVACIONES COMPLEMENTARIAS	TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL D.F.
1																							
2																							
3																							

**INCISO D) FORMATO DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS ULTRASONIDOS DE UNIDADES MÉDICAS MÓVILES**



**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**  
**PROGRAMA DE ATENCION OPORTUNA DE CANCER DE MAMA**  
**UNIDADES MOVILES**  
**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**  
**ULTRASONIDOS**

NO. PROG.	FOLIO	JURISDICCION	SEDE	PATERNO	MATERNO	NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	ENTIDAD DE NACIMIENTO	SEXO	PERTENENCIA ÉTNICA	GRADO DE ESTUDIO	DOMICILIO	DELEGACION	TELEFONO	OCUPACION	PADRE O TUTOR	CURP	FECHA DE MASTOGRAFIA	DIAGNOSTICO MASTOGRAFIA	FECHA DE ESTUDIO USG	DIAGNOSTICO USG	MEDICO RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA ALTADENA	TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL D.F.	OBSERVACIONES
1																										
2																										
3																										

**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

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

**ANEXO 1.11**

**LISTADO DE EQUIPO MÉDICO Y UNIDADES MÓVILES PROPUESTAS**

FECHA: \_\_\_\_ (1) \_\_\_\_

ME REFIERO AL PROCEDIMIENTO DE \_\_\_\_ (2) \_\_\_\_ NO. \_\_\_\_ (3) \_\_\_\_; \_\_\_\_ (4) \_\_\_\_, EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA DENOMINADA \_\_\_\_ (5) \_\_\_\_, DECLARO LO SIGUIENTE: EL SERVICIO PROPUESTO PARA DICHA CONTRATACIÓN REFERENTE A \_\_\_\_ (6) \_\_\_\_ QUE ESTAMOS OFERTANDO:

NO	UNIDAD MÓVIL				MASTÓGRAFO				DOCUMENTOS REGULATORIOS	
	MARCA	MODELO	AÑO DE FABRICACIÓN	PLACA	MARCA	MODELO	AÑOS DE FABRICACIÓN	CERTIFICADO DE ORIGEN	LICENCIA SANITARIA	RESPONSABLE SANITARIO
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

(7) NOMBRE DEL LICITANTE, APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA
R F C DEL PROVEEDOR:

**INSTRUCTIVO DE LLENADO:**

1. SEÑALAR LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO.
2. INDICAR EL TIPO DE PROCEDIMIENTO.
3. INDICAR EL NÚMERO RESPECTIVO.
4. ANOTAR EL NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA PARTICIPANTE.
5. CITAR EL NOMBRE O RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DE LA EMPRESA PARTICIPANTE.
6. CARÁCTER DE LA CONTRATACIÓN.
7. ANOTAR EL NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA PARTICIPANTE.

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

CIUDAD DE MÉXICO, A

**"LISTADO DE VERIFICACIÓN"**  
**"SERVICIO INTEGRAL DE ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA EN UNIDADES MÓVILES".**

PROVEEDOR: \_\_\_\_\_

DOCUMENTACIÓN				CUMPLE/NO CUMPLE
<b>1. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:</b>				
CERTIFICADO DE ORIGEN CON FECHA DE FABRICACIÓN NO MAYOR A 5 AÑOS.				
ANEXO EN ORIGINAL 1.11 LISTADO DE EQUIPO MÉDICO Y UNIDADES MÓVILES PROPUESTAS				
<b>4. GARANTIAS DEL SERVICIO:</b>				
CARTA GARANTÍA DEL SERVICIO INTEGRAL.				
<b>5. MUESTRAS (10):</b>				
ANEXO EN ORIGINAL 1.5 ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS CON FIRMA Y SELLO DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS.				
<b>7. PROPUESTA TÉCNICA:</b>				
ANEXOS		IMPRESA	FORMATO PDF	EXCEL EDITABLE
ANEXO 19 "FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA"				
ANEXO 1.3 "FICHA TÉCNICA FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO".				
ANEXO 1.4 "FICHA TÉCNICA DE INSUMOS"				
<b>8. NORMAS:</b>				
CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD. INCLUYE 14 NORMAS.				
<b>9. CERTIFICACIONES:</b>				
I.	REGISTRO SANITARIO VIGENTE			
II.	REGISTRO SANITARIO VENCIDO			
	a. COPIA SIMPLE DEL REGISTRO SANITARIO.			
	b. COMPROBATE DE PAGO DE DERECHOS.			
	c. FORMATO DE SOLICITUD DEL REGISTRO.			
	d. CARTA DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE MANIFIESTE EL TRAMITE DE PRORROGA.			
III.	CUANDO NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO			
	a. CARTA DE NO REQUIRIMIENTO O COPIA DOF DEL 22 DE DICIEMBRE DE 2014.			
IV.	CERTIFICADO PARA BIEN DE ORIGEN INTERNACIONAL			
	a. FDA, CE Ó JIS			
	b. ISO 13485:2016			



V. CERTIFICADO PARA BIEN DE ORIGEN NACIONAL			
a. NOM-241-SSA1-2012			
<b>10. OBLIGACIONES DEL SERVICIO INTEGRAL:</b>			
CARTA COMPROMISO DE OBLIGACIONES DEL SERVICIO INTEGRAL DE COLPOSCOPIA EN UNIDADES MÓVILES QUE ABARCA DEL NUMERAL 1 AL 45.			
<b>11. CARTA DE APOYO AL FABRICANTE:</b>			
<b>SUPUESTOS</b>	<b>EQUIPOS MÉDICOS (NUEVOS)</b>	<b>INSUMOS</b>	<b>SOFTWARE</b>
<b>11.1 FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b>			
11.1. CARTA DEL FABRICANTE ORIGINAL			
<b>11.2 DISTRIBUIDOR QUE COMPRA DIRECTAMENTE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b>			
11.2.1 CARTA DE APOYO SOLIDARIO EN PAPEL MEMBRETADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO, DONDE RESPALDE LA PROPUESTA TÉCNICA Y			
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.			
<b>11.3 DISTRIBUIDOR SECUNDARIO QUE COMPRA A UN DISTRIBUIDOR PRIMARIO</b>			
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			
11.3.1 CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRETADO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.			
11.3.2 DOCUMENTACIÓN PROBATORIA DEL ACUERDO O CONTRATO DE LA ASIGNACIÓN COMO DISTRIBUIDOR PRIMARIO EN MÉXICO POR PARTE DEL FABRICANTE.			
<b>12. EXPERIENCIA DE LA EMPRESA:</b>			
CV EMPRESARIAL			
CONTRATO UNO OBJETO DE ESTA LICITACIÓN (NO MAYOR A 3 AÑOS)			
CARTA DE RECOMENDACIÓN DEL CONTRATO UNO			
CONTRATO DOS OBJETO DE ESTA LICITACIÓN (NO MAYOR A 3 AÑOS)			
CARTA DE RECOMENDACIÓN DEL CONTRATO DOS			
<b>13. EXPERIENCIA DE LOS INGENIEROS DE SERVICIO:</b>			
CV DE LOS INGENIEROS DE SERVICIO			
CEDULA Y/O TITULO PROFESIONAL			
CERTIFICADOS O DIPLOMAS			
ORDEN DE SERVICIO			
<b>14. EXPERIENCIA DEL PERSONAL QUE ESTARÁ EN LA UNIDAD MÓVIL (A. - MÉDICO ESPECIALISTA)</b>			
CV DEL MÉDICO			





TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO	
TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA	
CERTIFICADO RECERTIFICADO VIGENTE DE RADIOLOGÍA E IMAGEN EMITIDO POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN	
CERTIFICADO O RECERTIFICADO VIGENTE ESPECIALIDAD EN MAMA EMITIDO POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN	
COMPROBANTE CURSO POE	
COPIA SIMPLE DE LOS CONTRATOS DONDE SE COMPRUEBE LA EXPERIENCIA EN TOMA DE MASTOGRAFÍA.	
<b>14. EXPERIENCIA DEL PERSONAL QUE ESTARÁ EN LA UNIDAD MÓVIL (B. - CAPTURISTA)</b>	
CV DEL PERSONAL	
CERTIFICADO DE PREPARATORIA O TÉCNICA	
<b>14. EXPERIENCIA DEL PERSONAL QUE ESTARÁ EN LA UNIDAD MÓVIL (C. - TECNICA RAGIOLOGA)</b>	
CV DE TECNICA (EXPERIENCIA AL MENOS 1 AÑO)	
TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE TECNICO RADIOLOGO	
CONSTANCIA DE CAPACITACION EN TOMA DE MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE	
COMPROBANTE CURSO POE	
COPIA SIMPLE DE LOS CONTRATOS DONDE SE COMPRUEBE LA EXPERIENCIA EN TOMA DE MASTOGRAFÍA.	
<b>14. EXPERIENCIA DEL PERSONAL QUE ESTARÁ EN LA UNIDAD MÓVIL (D. - OPERADOR)</b>	
CV DEL OPERADOR (AL MENOS 1 AÑO DE EXPERIENCIA)	
LICENCIA CONDUCIR VIGENTE	
<b>15. EXPERIENCIA DEL PERSONAL QUE ESTARÁ EN EL GABINETE RADIOLÓGICO (A. - MÉDICO ESPECIALISTA)</b>	
CV DEL MÉDICO	
TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO	
TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA	
CERTIFICADO RECERTIFICADO VIGENTE DE RADIOLOGÍA E IMAGEN EMITIDO POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN	
CERTIFICADO O RECERTIFICADO VIGENTE ESPECIALIDAD EN MAMA EMITIDO POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN	
COMPROBANTE CURSO POE	
COPIA SIMPLE DE LOS CONTRATOS DONDE SE COMPRUEBE LA EXPERIENCIA.	
<b>15. EXPERIENCIA DEL PERSONAL QUE ESTARÁ EN LA UNIDAD MÓVIL (B. - TÉCNICA RADIOLÓGA)</b>	
CV DE TECNICA (EXPERIENCIA AL MENOS 1 AÑO)	
TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE TECNICO RADIOLOGO	
CONSTANCIA DE CAPACITACION EN TOMA DE MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE	
COMPROBANTE CURSO POE	
COPIA SIMPLE DE LOS CONTRATOS DONDE SE COMPRUEBE LA EXPERIENCIA.	
<b>16. EXPERIENCIA DEL PERSONAL PARA EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA (A.-MEDICO)</b>	
CV DEL MÉDICO (EXPERIENCIA AL MENOS 3 AÑOS)	
TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO	
TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE ESPECIALISTA EN PATOLOGÍA	
CERTIFICADO RECERTIFICADO VIGENTE DE RADIOLOGÍA E IMAGEN EMITIDO POR EL CONSEJO MEXICANO DE LA ESPECIALIDAD O INSTITUCIÓN RECONOCIDA	
<b>17. EXPERIENCIA DEL PERSONAL SUPLENTE QUE ESTARÁ EN LA UNIDAD MÓVIL (A. - MÉDICO ESPECIALISTA)</b>	
CV DEL MÉDICO	
TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO	





TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA	
CERTIFICADO RECERTIFICADO VIGENTE DE RADIOLOGÍA E IMAGEN EMITIDO POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN	
CERTIFICADO O RECERTIFICADO VIGENTE ESPECIALIDAD EN MAMA EMITIDO POR EL CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN	
COMPROBANTE CURSO POE	
COPIA SIMPLE DE LOS CONTRATOS DONDE SE COMPRUEBE LA EXPERIENCIA EN TOMA DE MASTOGRAFÍA.	
<b>17. EXPERIENCIA DEL PERSONAL SUPLENTE QUE ESTARÁ EN LA UNIDAD MÓVIL (B.- CAPTURISTA)</b>	
CV DEL PERSONAL	
CERTIFICADO DE PREPARATORIA O TÉCNICA	
<b>17. EXPERIENCIA DEL PERSONAL SUPLENTE QUE ESTARÁ EN LA UNIDAD MÓVIL (C.- TECNICA RADIOLOGA)</b>	
CV DE TECNICA (EXPERIENCIA AL MENOS 1 AÑO)	
TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE TECNICO RADIOLOGO	
CONSTANCIA DE CAPACITACION EN TOMA DE MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE	
COMPROBANTE CURSO POE	
COPIA SIMPLE DE LOS CONTRATOS DONDE SE COMPRUEBE LA EXPERIENCIA EN TOMA DE MASTOGRAFÍA.	
<b>17. EXPERIENCIA DEL PERSONAL SUPLENTE QUE ESTARÁ EN LA UNIDAD MÓVIL (D.- OPERADOR)</b>	
CV DEL OPERADOR (AL MENOS 1 AÑO DE EXPERIENCIA)	
LICENCIA CONDUCIR VIGENTE	
<b>18. DOCUMENTACIÓN DEL GABINETE RADIOLÓGICO</b>	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DEL GABINETE	
COPIA DEL RESPONSABLE DE LA OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO VIGENTE	
COPIA DE LA LICENCIA SANITARIA	
COPIAS DE LA ÚLTIMA PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD (6 MESES)	
COPIAS DE LA PENÚLTIMA PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD (1 AÑO)	
COPIA DE CLAVE CLUES	
COPIA DE CUENTA O TRAMITARÁ LA CLAVE SICAM	
CÉDULA DE INFORMACIÓN TÉCNICA CONFORME AL PUNTO 6.2.1.7 DE LA NOM-229-SSA1-2002	
COPIA DEL MANUAL DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA	
COPIA DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS	
COPIA DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	
PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD	
COPIA DEL MANUAL DE LA GARANTÍA DE CALIDAD INCLUYENDO: ORGANIGRAMA DEL COMITÉ.	
PRESENTAR EL CALENDARIO DE SESIONES DEL COMITÉ DE GARANTÍA DE CALIDAD, ASÍ COMO COPIA SIMPLE DE LA MINUTA DE LA ÚLTIMA SESIÓN	
<b>19. DOCUMENTACIÓN DEL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA</b>	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DEL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.	
COPIA DEL RESPONSABLE SANITARIO, EL CUAL DEBE SER MÉDICO ESPECIALISTA EN ANATOMÍA PATOLÓGICA	
DOCUMENTOS PROBATORIOS DE ESPECIALIDAD DEL RESPONSABLE SANITARIO LEGALMENTE EXPEDIDOS Y REGISTRADOS POR LAS AUTORIDADES EDUCATIVAS COMPETENTES.	
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	
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.	





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.	
<b>20. SOPORTE TÉCNICO</b>	
CARTA COMPROMISO FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL QUE ABARCA DEL NUMERAL 1 AL 16.	
CALENDARIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	
RUTINA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL FABRICANTE DE CADA UNO DE LOS EQUIPOS DE ESTE PROCEDIMIENTO	
<b>21. LICENCIAMIENTO</b>	
CARTA COMPROMISO FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL	
<b>22. CUMPLIMIENTO DE LA NOM-229-SSA1-2002</b>	
CARTA COMPROMISO FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL.	
<b>23. CARPETA EJECUTIVA</b>	
CARTA COMPROMISO FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL QUE ABARCA DEL NUMERAL 1 AL 15.	
<b>25. TECNOVIGILANCIA</b>	
COPIA DE ALTA DE UNIDAD O RESPONSABLE DE TECNOVIGILANCIA PARA UNIDADES MÓVILES	
COPIA DE ALTA DE UNIDAD O RESPONSABLE DE TECNOVIGILANCIA PARA GABINETE RADIOLÓGICO	
COPIA DE ALTA DE UNIDAD O RESPONSABLE DE TECNOVIGILANCIA PARA ANATOMÍA PATOLÓGICA	
<b>26. NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES ADVERSOS</b>	
PROCEDIMIENTO DE INCIDENTES ADVERSOS	
<b>27. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL</b>	
CARTA COMPROMISO FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL	
<b>28. AVISO DE FUNCIONAMIENTO</b>	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DEL OFERENTE	
COPIA DE LOS RESPONSABLES SANITARIOS (POR CADA UNIDAD MÓVIL)	
COPIA DE LAS LICENCIAS SANITARIAS (POR CADA UNIDAD MÓVIL)	
<b>29. DESVÍOS DE CALIDAD DE INSUMOS</b>	
CARTA COMPROMISO FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL	

