



**ANEXO 1  
ANEXO TÉCNICO**

**"SERVICIO INTEGRAL DE ESTUDIOS DE COLPOSCOPÍA"**

<b>UNIDAD DE GOBIERNO:</b> SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO		<b>FOLIO DMTI:</b> 058-2025 V-2
<b>ÁREA SOLICITANTE:</b> DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS		<b>PARTIDA PRESUPUESTAL:</b> 3993

**ÍNDICE DE ANEXO TÉCNICO**

ANEXO 1.1	CONDICIONES DEL SERVICIO INTEGRAL DE ESTUDIOS DE COLPOSCOPÍA.
ANEXO 1.2	RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS, EQUIPO MÉDICO, UNIDADES MÓVILES E INSUMOS
ANEXO 1.3	FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL.
ANEXO 1.4	FICHAS TÉCNICAS DE INSUMOS
ANEXO 1.5	ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS
ANEXO 1.6	FORMATO PARA REPORTE DE INCIDENTES Y/O DESVIACIONES EN LA CALIDAD DE DISPOSITIVOS MÉDICOS.
ANEXO 1.7	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
ANEXO 1.8	FORMATO DE RESULTADO DE COLPOSCOPIA
ANEXO 1.9	FORMATO DE REGISTRO DE ESTUDIOS DE COLPOSCOPIA
ANEXO 1.10	LISTADO DE EQUIPO MÉDICO PROPUESTO
ANEXO 19	FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA DEL SERVICIO INTEGRAL

Handwritten signature or initials in green ink.





UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 058-2025 V-2
<p><b>1. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b></p> <p>EL SERVICIO INTEGRAL DE ESTUDIOS DE COLPOSCOPIA DEBE CONSIDERAR: EQUIPOS MÉDICOS, UNIDADES MÓVILES, RECURSO HUMANO, INSTRUMENTAL E INSUMOS DESCRITOS EN EL <b>ANEXO 1.1 CONDICIONES DEL SERVICIO INTEGRAL DE ESTUDIOS DE COLPOSCOPIA, ANEXO 1.2 RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS, EQUIPO MÉDICO, UNIDADES MÓVILES E INSUMOS, ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL. Y ANEXO 1.4 FICHAS TÉCNICAS DE INSUMOS.</b> CADA UNIDAD HOSPITALARIA, CEDERÁ UN ESPACIO PARA QUE EL OFERENTE LO UTILICE PARA LA UBICACIÓN DE LA UNIDAD MÓVIL O SEDE FIJA PARA EL COLPOSCOPIO.</p> <p>EN EL <b>ANEXO 1.2 RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS, EQUIPO MÉDICO, UNIDADES MÓVILES E INSUMOS</b> SE ENLISTAN LOS EQUIPOS MÉDICOS E INSUMOS NECESARIOS PARA EL "SERVICIO INTEGRAL DE ESTUDIOS DE COLPOSCOPIA" A CONTRATAR, ASICOMO DOS PROCEDIMIENTOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) COLPOSCOPIA CON CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA.</li> <li>2) PRUEBAS DE VPH/AR.</li> </ol> <p>EL OFERENTE DEBERÁ PROPORCIONAR TODO LO NECESARIO PARA GARANTIZAR LOS PROCEDIMIENTOS DESCRITOS EN EL <b>ANEXO 1.1 CONDICIONES DEL SERVICIO INTEGRAL DE ESTUDIOS DE COLPOSCOPIA.</b></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>EL OFERENTE SOLO PODRÁ OFERTAR UNA PROPUESTA POR FICHA TÉCNICA, GARANTIZARÁ LAS COMPATIBILIDADES DE LAS REFACCIONES, ACCESORIOS Y CONSUMIBLES CON EL EQUIPO E INSUMOS EN PRÉSTAMO PERMANENTE UTILIZADOS DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS OBJETO DE ESTE PROCEDIMIENTO.</p> <p>EL OFERENTE DEBERÁ PROPORCIONAR TODO LO NECESARIO PARA GARANTIZAR LOS PROCEDIMIENTOS QUE REQUIERA CADA PACIENTE YA SEA EN LA SALA DE PROCEDIMIENTOS DE LA(S) UNIDAD (ES) MÓVIL (ES) O SEDES FIJAS.</p> <p>LAS UNIDADES MÓVILES, LOS EQUIPOS DE COLPOSCOPIA Y EL PERSONAL OPERATIVO Y DE SERVICIO <b>INCLUIDOS EN LA PROPUESTA TÉCNICA</b> DEBERÁN SER LOS MISMOS QUE SE UTILICEN PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADOS. <b>CUALQUIER CAMBIO</b> DEBERÁ NOTIFICARSE A LA DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SUMINISTROS, A FIN DE QUE EL ÁREA TÉCNICA <b>REALICE UNA NUEVA EVALUACIÓN Y SE VERIFIQUE EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DEL SERVICIO INTEGRAL.</b></p> <p><b>EL PAGO DEL SERVICIO SE REALIZARÁ POR PROCEDIMIENTO EFECTIVO REALIZADO.</b></p> <p><b>EQUIPOS MÉDICOS UTILIZADOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.</b></p> <p>LOS EQUIPOS QUE SE PROPONGAN DEBERÁN SER FUNCIONALMENTE NUEVOS CON TECNOLOGÍA DE VANGUARDIA, EL PROVEEDOR SE COMPROMETE A LA INSTALACIÓN DE EQUIPOS CON ANTIGÜEDAD NO MAYOR A <b>CINCO AÑOS</b> PRESENTANDO EN LA PROPUESTA TÉCNICA EL CERTIFICADO DE ORIGEN EN EL QUE SE SEÑALE LA FECHA DE FABRICACIÓN DEL EQUIPO. EL PROVEEDOR DEBERÁ REQUISITAR Y ADJUNTAR A LA PROPUESTA TÉCNICA EL <b>ANEXO 1.10 LISTADO EQUIPO MÉDICO PROPUESTO.</b></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 AUTORICE SU USO EN EL PAÍS DE ORIGEN, QUE HAYAN SIDO MOTIVO DE ALERTAS MÉDICAS O DE SANCIONES POR PARTE DE LAS AUTORIDADES MEXICANAS O DE CUALQUIER OTRO PAÍS.</p>	

Handwritten signatures and initials in green and pink ink.





UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 058-2025 V-2
<p>SI LOS EQUIPOS MÉDICOS UTILIZAN CONSUMIBLES ESTOS DEBERÁN SER CONSIDERADOS EN LA PROPUESTA ECONÓMICA Y ENTREGARLOS DE ACUERDO CON SU USO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.</p> <p><b>2. PERIODO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b></p> <p>EL PLAZO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL, SERÁ A PARTIR DEL DÍA NATURAL SIGUIENTE A LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO Y HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2026.</p> <p><b>3. LUGARES Y CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b></p> <p>EL SERVICIO SE REALIZARÁ DONDE INDIQUE LA JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS POR EL PERIODO COMPRENDIDO A PARTIR DEL DÍA NATURAL SIGUIENTE DE LA NOTIFICACIÓN DEL FALLO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2026 O HASTA AGOTARSE EL MONTO MÁXIMO ADJUDICADO.</p> <p><b>4. GARANTIAS DEL SERVICIO.</b></p> <p>EN CASO DE QUE, DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, EL PERSONAL A CARGO DEL OFERENTE LLEGARÉ A INCURRIR EN RESPONSABILIDAD POR DOLO, ERROR, NEGLIGENCIA Y/O IMPERICIA, EL OFERENTE DEBERÁ RESPONDER Y RESARCIR LOS DAÑOS Y PERJUICIOS CAUSADOS A LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA 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><b>EL PERIODO DE GARANTÍA DEL SERVICIO SERÁ DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.</b></p> <p>SE DEBERÁ ADJUNTAR EN LA PROPUESTA TÉCNICA CARTA MANIFIESTO DE GARANTÍA DEL SERVICIO INTEGRAL EN PAPEL MEMBRETADO DEL OFERENTE, EL NO INCLUIRLA, SERÁ MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN.</p> <p><b>5. MUESTRAS.</b></p> <p>EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR MUESTRAS FÍSICAS ÚTILES, NO CADUCAS DE LOS RENGLONES SEÑALADOS A CONTINUACIÓN, EN UN HORARIO DE 10:00 A 12:00 HRS. EN TORRE INSIGNIA PISO 21, EN LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS, EL DÍA DESIGNADO EN EL PROCESO DE ADQUISICIÓN.</p> <p>DEBERÁ, LLEVAR IMPRESO EL <b>ANEXO 1.5 ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS</b>, EN ORIGINAL Y COPIA, LOS QUE SE FIRMARÁN Y SELLARÁN POR LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS. EL ORIGINAL DEBERÁ SER PRESENTADO EN LA PROPUESTA TÉCNICA, DE NO INTEGRARLO SERÁ MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN.</p> <p>LAS MUESTRAS SON CON CARÁCTER DE DEVOLUCIÓN, SE EVALUARÁN EN EL MOMENTO REGRESÁNDOSE A LOS OFERENTES. POR LO QUE DEBERÁ ASISTIR EL ESPECIALISTA DE PRODUCTO.</p> <p>LAS MUESTRAS, DEBERÁN ESTAR DEBIDAMENTE ETIQUETADAS PARA SU IDENTIFICACIÓN, INDICANDO NOMBRE DEL OFERENTE, MARCA. MODELO Y/O CATÁLOGO, NÚMERO DE SERIE (CUANDO APLIQUE) Y LUGAR DE PROCEDENCIA DEL INSUMOS.</p>	

Handwritten signature in green ink.

Handwritten mark in pink ink.

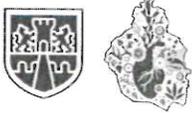




UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO		PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993		
ANEXO TÉCNICO		FOLIO DMTI: 058-2025 V-2		
EVALUACIÓN DE MUESTRAS				
NO.	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN
1	UNIDAD MÓVIL EQUIPADA	PIEZA	1	
2	MESA DE EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA	PIEZA	1	
3	COLPOSCOPIO	PIEZA	1	
4	TERMÓMETRO INFRARROJO	PIEZA	1	
5	OXÍMETRO DE PULSO DE DEDO	PIEZA	1	
6	SET DE COLPOSCOPIA	PIEZA	1	
7	ESPEJOS VAGINALES GRAVES CHICO DESECHABLES	PIEZA	1	
8	ESPEJOS VAGINALES GRAVES MEDIANO-DESECHABLES	PIEZA	1	
9	ESPEJOS VAGINALES GRAVES GRANDE DESECHABLES	PIEZA	1	
10	PINZA RETRACTORA DE LA PARED VAGINAL	PIEZA	1	
11	BATA DESECHABLE PARA PACIENTE	PIEZA	1	
12	JUEGO DE SÁBANAS DESECHABLE PARA LA MESA DE EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA	PIEZA	1	
13	PAR DE GUANTES DE NITRIL O POLIBUTADINE ACRYLONITRILLO, LIBRE DE LÁTEX, AMBIDIESTRO, DESECHABLE, NO ESTÉRIL	PIEZA	1	
14	CUBREBOCAS TRICAPA PLISADO Y TERMOSELLADO, O MASCARILLAS QUIRURGICAS CON FILTRACIÓN BACTERIANA DEL 99%	PIEZA	1	
15	GEL ANTISÉPTICO PARA MANOS QUE NO REQUIERE ENGAUJE, FORMULADO A BASE DE ALCOHOL ETÍLICO DE 60-80% W/W ADICIONADO CON HUMECTANTES Y EMOLIENTES, HIPOALERGÉNICO.	PIEZA	1	
16	ALCOHOL DESNATURALIZADO.	PIEZA	1	
17	GASA SECA CORTADA, DE ALGODÓN, LARGO 10 CM, ANCHO 10 CM.	PIEZA	1	
18	ALGODÓN EN TORUNDAS CON TORUNDERO.	PIEZA	1	
19	SOLUCION CONCENTRADA ESTERILIZANTE EN FRIO PARA PREPARAR GLUTARALDEHIDO AL 8.5%+0.5%, TENSIOACTIVO NO IONICO, NI CATIONICO, 2.0%+ 0.8% Y (PERFUME), SIN FORMOL. FRASCO CON UN LITRO Y DOSIFICADOR DE 20 ML INTEGRADO.	PIEZA	1	
20	YODO AL 2%	PIEZA	1	
21	ACIDO ACÉTICO AL 5%	PIEZA	1	
22	CEPILLO PARA ESTUDIO CITOLÓGICO (TOMA DE MUESTRA) DEL CANAL ENDOCERVICAL A BASE DE COLECTOR CELULAR, CON CERDAS SUAVES FIJADAS A UN MANGO ARISTADO. ESTÉRIL Y DESECHABLE	PIEZA	1	
23	FRASCO (VIAL) CON 15 ML DE SOLUCIÓN PARA FIJACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE CITOLOGÍA CERVICAL	PIEZA	1	
24	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DE DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN	PIEZA	3	
25	SOFTWARE CON ETIQUETADORA	PIEZA	1	

*[Handwritten signature]*

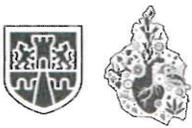




UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 058-2025 V-2
<p><b>NOTA: LAS MUESTRA DE LOS EQUIPOS PROPUESTOS Y BIENES DEBEN SER COMPATIBLES.</b></p> <p>EL ACCESO A LA TORRE INSIGNIA SERÁ DE LA SIGUIENTE FORMA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• LOS OFERENTES DEBERÁN PORTAR CUBREBOCAS EN TODO MOMENTO COMO MEDIDA OBLIGATORIA DE SEGURIDAD E HIGIENE, ASÍ COMO IDENTIFICACIÓN OFICIAL.</li> <li>• EL REGISTRO DE LOS OFERENTES SERÁ LLEVADO EN EL PISO 21, DE 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.</li> <li>• 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 OFERENTE A LA VEZ.</li> </ul> <p><b>6. VISITAS A LAS INSTALACIONES DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS</b></p> <p>NO APLICA PARA ESTE PROCEDIMIENTO.</p> <p><b>7. PROPOSICIÓN TÉCNICA:</b></p> <p>LA PROPUESTA TÉCNICA SERA MIXTA; IMPRESA Y ELECTRÓNICA ENTREGÁNDOSE EN FORMATO PDF, EXCEL EDITABLE E IMPRESA:</p> <p>EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR EL ANEXO 19 FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA DEL SERVICIO INTEGRAL, ASÍ COMO LOS ANEXOS: ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL., Y ANEXO 1.4 FICHAS TÉCNICAS DE INSUMOS. EN FORMATO ELECTRÓNICO EXCEL EDITABLE, PDF E IMPRESO EN PAPEL MEMBRETADO DEL OFERENTE Y FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, EL NO PRESENTARLOS SERÁ MOTIVO DE DESECHAMIENTO DE SU PROPUESTA.</p> <p>SE VERIFICARÁ QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL ANEXO 19 FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA DEL SERVICIO INTEGRAL, ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL., Y ANEXO 1.4 FICHAS TÉCNICAS DE INSUMOS SEA LA MISMA EN LOS TRES FORMATOS EXCEL, PDF E IMPRESO</p> <p>EL ANEXO 19 FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA DEL SERVICIO INTEGRAL DEBERÁ REQUISITARSE CONFORME A SU INSTRUCTIVO DE LLENADO Y EN CUMPLIMIENTO CON LOS ANEXOS: ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL., Y ANEXO 1.4 FICHAS TÉCNICAS DE INSUMOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PARA LA PRESENTACIÓN PROPOSICIÓN TÉCNICA ELECTRÓNICA EN PDF Y EXCEL EDITABLE:</li> </ul> <p>EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR EN UNA USB SOLAMENTE LA PROPUESTA TÉCNICA ELECTRÓNICA HIPERVINCULANDO EL ANEXO 19 FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA DEL SERVICIO INTEGRAL, EL ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL., Y EL ANEXO 1.4 FICHAS TÉCNICAS DE INSUMOS. EN FORMATO EXCEL EDITABLE Y PDF.</p> <p>PARA EL ANEXO 19 "FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA DEL SERVICIO INTEGRAL" EN EL APARTADO III DOCUMENTACIÓN LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, DEBERAN ESTAR HIPERVINCULADOS EN EL DOCUMENTO EN EXCEL EDITABLE.</p>	

Handwritten signature and initials in blue and red ink.





UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 058-2025 V-2
<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 ESTAR REFERENCIADA EN LOS CATÁLOGOS, MANUALES, FOLLETOS, MANUAL DE USUARIO, INSTALACIÓN Y/O SERVICIO U OTRA INFORMACIÓN QUE SE PRESENTE COMO SUSTENTO DE LA DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO, CUALQUIER PUNTO NO REFERENCIADO SE CONSTARÁ COMO CARACTERÍSTICA NO CUMPLIDA Y SE DESECHARÁ LA PROPUESTA. SE DEBERÁ CONSIDERAR LO ESTABLECIDO EN LA(S) JUNTA (S) DE ACLARACIONES.</p> <p>TODOS LOS DOCUMENTOS QUE RESPALDEN LO SOLICITADO EN LAS CARÁCTERÍSTICAS TÉCNICAS EN ELECTRÓNICO DEBEN ESTAR COMPLETOS, SER ORIGINALES Y EMITIDOS POR EL FABRICANTE.</p> <p>LOS DOCUMENTOS COMO SON 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, DEBERAN ESTAR HIPERVINCULADOS Y REFERENCIADOS EN LOS ANEXOS, <b>ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL, Y ANEXO 1.4 FICHAS TÉCNICAS DE INSUMOS.</b></p> <p><b>NOTA: LA SECRETARÍA NO SE HACE RESPONSABLE SÍ: LA USB TIENE VIRUS, NO SE PUEDEN ABRIR LOS ARCHIVOS, ESTA VACÍA, CONTIENE INFORMACIÓN INCOMPLETA, ETC.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PARA LA PRESENTACIÓN PROPOSICIÓN TÉCNICA IMPRESA:</b></li> </ul> <p><b>PROPUESTA TÉCNICA IMPRESA:</b></p> <p>SE ENTREGARÁ IMPRESO EL <b>ANEXO 19 "FORMATO DE LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA DEL SERVICIO INTEGRAL"</b> Y SIGNADO AUTOGRAFAMENTE POR SU REPRESENTANTE LEGAL, SE DEBERÁN ADJUNTAR LOS DOCUMENTOS MENCIONADOS EN EL <b>ANEXO 19</b> EN COPIA SIMPLE U ORIGINALES SEGÚN APLIQUE, FIRMADOS AUTOGRAFAMENTE POR EL REPRESENTANTE LEGAL.</p> <p><b>FICHAS TÉCNICAS IMPRESAS:</b></p> <p><b>LOS ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL, Y ANEXO 1.4 FICHAS TÉCNICAS DE INSUMOS.</b> DEBERÁN IMPRIMIRSE DE LA PROPUESTA ELECTRÓNICA EN FORMATO PDF Y SIGNARSE AUTOGRAFAMENTE POR SU REPRESENTANTE LEGAL.</p> <p>SOLO SE IMPRIMIRAN LAS HOJAS REFERENCIADAS DE LOS CATÁLOGOS, MANUALES, FOLLETOS, MANUAL DE USUARIO, INSTALACIÓN Y/O SERVICIO U OTRA INFORMACIÓN QUE SE PRESENTE COMO SUSTENTO DE LA DESCRIPCIÓN DEL BIEN SOLICITADA, CUALQUIER PUNTO NO REFERENCIADO SE CONSTARÁ COMO CARACTERÍSTICA NO CUMPLIDA Y SE DESECHARÁ LA PROPUESTA. SE DEBERÁ CONSIDERAR LO ESTABLECIDO EN LA(S) JUNTA (S) DE ACLARACIONES.</p> <p><b>EL ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL, Y ANEXO 1.4 FICHAS TÉCNICAS DE INSUMOS.</b> DEBERAN SER LOS MISMOS DOCUMENTOS QUE SE HIPERVINCULARON EN EL APARTADO " II. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS Y OFERTADAS DE LOS BIENES: CARACTERÍSTICAS OFERTADAS". EL NO PRESENTARLOS SERÁ MOTIVO DE DESECHAMIENTO DE SU PROPUESTA.</p> <p>SE PRESENTARÁN COPIA SIMPLE DE LOS REGISTROS SANITARIOS, PRÓRROGAS, 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 INTEGRA EN ORIGINAL, ASÍ COMO LOS DOCUMENTOS DE SOPORTE SOLICITADOS EN EL <b>NUMERAL 11 CARTA DE APOYO DE FABRICANTE</b> SEGÚN LE APLIQUE.</p>	

Handwritten signature in green ink.

Handwritten mark in pink ink.





UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 058-2025 V-2

## DOCUMENTACIÓN TÉCNICA

### 8. NORMAS

ENTREGAR CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO AL CUMPLIMIENTO DE LAS SIGUIENTES NORMAS:

1. LEY GENERAL DE SALUD.
2. REGLAMENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD.
3. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.
4. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA3-2011, PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS LABORATORIOS CLÍNICOS.
5. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.
6. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-040-SSA2-2004 EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD.
7. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-045-SSA2-2005, PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES.
8. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-137-SSA1-2008, ETIQUETADO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS.
9. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-240-SSA1-2012, INSTALACIÓN Y OPERACIÓN DE LA TECNOVIGILANCIA.

### 9. CERTIFICACIONES

#### REGISTRO SANITARIO

- I. **REGISTRO SANITARIO VIGENTE** EXPEDIDO POR LA COFEPRIS, ANVERSO Y REVERSO. CONFORME A LOS ARTÍCULOS 376 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, Y 190-BIS 6 DEL REGLAMENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD.
- II. **REGISTRO SANITARIO VENCIDO** EN CASO DE QUE EL REGISTRO SANITARIO NO SE ENCUENTRE DENTRO DEL PERIODO DE VIGENCIA DE 5 AÑOS, O SE ENCUENTRE DENTRO DE LOS 150 DÍAS NATURALES PREVIOS A SU VENCIMIENTO, DEBERÁ PRESENTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN, EN CASO DE NO PRESENTAR LA INFORMACIÓN COMPLETA, SE DESECHARÁ LA PROPUESTA:
  - a. COPIA SIMPLE DEL REGISTRO SANITARIO SOMETIDO A PRÓRROGA.
  - b. COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHOS.
  - c. COPIA SIMPLE DEL FORMATO DE SOLICITUD DEL REGISTRO SANITARIO SOMETIDO A PRÓRROGA EXPEDIDO POR LA COFEPRIS
  - d. 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.

**NOTA: LOS REGISTROS SANITARIOS DE LOS INSUMOS DEBERÁN PERMANECER VIGENTE DURANTE EL CONTRATO.**

- III. **CUANDO LOS INSUMOS NO REQUIERAN REGISTRO SANITARIO** DEBERÁN PRESENTAR CARTA DE NO REQUERIMIENTO EMITIDO POR LA COFEPRIS O PRESENTAR COPIA DE LA PUBLICACIÓN DEL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DE FECHA 07 DE JULIO DE 2025 DONDE SE PUBLICÓ EL ACUERDO. EL CUAL DEBERÁ



Handwritten signature

Handwritten mark



UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 058-2025 V-2
<p>CORRESPONDER JUSTA, EXACTA Y CABALMENTE A LA DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO MISMO QUE DEBERÁ SER REFERENCIADO EN EL LISTADO PUBLICADO.</p> <p><b>A) CERTIFICADOS DE CALIDAD ESPECÍFICOS A APLICAR EN EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL:</b></p> <p><b>IV. CERTIFICADOS PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• REGISTROS INTERNACIONALES DE LIBRE VENTA DEL PAÍS DE ORIGEN: FDA Ó CE Ó JIS</li> <li>• CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN DE EQUIPO MÉDICO: ISO 13485:2016</li> </ul> <p><b>V. CERTIFICADOS PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• COPIA DEL CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS EXPEDIDO POR COFEPRIS: NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-241-SSA1-2021, BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS DEDICADOS A LA FABRICACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS.</li> </ul> <p><b>B) CERTIFICADOS DE CALIDAD ESPECÍFICOS A APLICAR EN EL LABORATORIO CLÍNICO PARA LAS PRUEBAS DE CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA Y PRUEBA DE VPH/AR:</b></p> <p><b>VI. CERTIFICADO ISO 15189 Y/O NMX-EC-15189-IMNC-2008 EN EL QUE SEÑALE AL LABORATORIO SUBCONTRATADO PARA REALIZAR LAS PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO.</b></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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. CONOCER Y ACEPTAR LO SOLICITADO EN EL ANEXO 1.1 CONDICIONES DEL SERVICIO INTEGRAL DE ESTUDIOS DE COLPOSCOPIA.</li> <li>2. A NOTIFICAR A LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS, LA EMISIÓN DE ALERTAS SANITARIAS INTERNACIONALES Y/O NACIONALES, ASÍ COMO LAS ACCIONES CORRECTIVAS EN CASO DE QUE OCURRA UNA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.</li> <li>3. A SUMINISTRAR TODOS LOS INSUMOS NECESARIOS PARA OBTENER EL RENDIMIENTO OFRECIDO EN SU PROPUESTA TÉCNICA Y ACEPTADO POR LA CONVOCANTE. ASEGURANDO EL ABASTO PARA LOS PROCEDIMIENTOS A QUE SE TENGA LUGAR DENTRO DE LOS HORARIOS ESTABLECIDOS POR LA SEDESA Y QUE EN EL CASO DE PRESENTAR LOS MATERIALES EQUIVOCADOS O QUE NO CORRESPONDAN A LOS SOLICITADOS O MUESTREN DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, SE OBLIGARÁ A SUSTITUIRLOS EN UN PLAZO NO MAYOR A TRES HORAS.</li> <li>4. A LAS MANIOBRAS EN VERTICAL Y HORIZONTAL PARA LA INSTALACIÓN DE LA UNIDAD MÓVIL EN LA UNIDAD HOSPITALARIA ASIGNADA.</li> <li>5. A TENER EL MANUAL DE USUARIO DE LOS EQUIPOS EN LAS UNIDADES MÓVILES, ASÍ COMO EN LAS INSTALACIONES FIJAS.</li> <li>6. A RECIBIR LAS VISITAS DE SUPERVISIÓN EN CUALQUIER MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO POR PARTE DE LA CONVOCANTE.</li> <li>7. LA INFORMACIÓN CAPTURADA DURANTE EL TIEMPO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, NO PODRÁ SER COMPARTIDA POR EL OFERENTE, ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL TÉRMINO DEL CONTRATO POR SER PROPIEDAD DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO.</li> </ol>	

Handwritten marks: a large green '8' and a pink asterisk-like symbol.





UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 058-2025 V-2
<p>8. A ENTREGAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN TIEMPO Y FORMA POR EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.</p> <p>9. EN LA QUE SE ASEGURARÁ DE QUE SU <b>PERSONAL</b> SE CONDUZCA CON ÉTICA, PROBIDAD, HONRADEZ Y LOS VALORES QUE DICTE LA EMPRESA.</p> <p>10. EN LA QUE SE ASEGURARA DE QUE SU PERSONAL PORTARÁ IDENTIFICACIÓN VISIBLE QUE LO ACREDITE COMO EMPLEADO DEL OFERENTE.</p> <p>11. ASEGURAR EL ENVÍO DE RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE COLPOSCOPÍA.</p> <p>12. DEBERÁ COLOCAR TANTO EN LA PARTE INTERIOR COMO EXTERIOR DE LAS UNIDADES MÓVILES, UN AVISO VISIBLE EN EL QUE SE ESPECIFIQUE DE MANERA CLARA QUE EL <b>SERVICIO PRESTADO ES GRATUITO</b>.</p> <p>13. PARA CUANDO EL SERVICIO SE BRINDE EN SEDES, DEBERÁ COLOCARSE UN BANNER DONDE INDIQUE QUE EL <b>SERVICIO PRESTADO ES GRATUITO</b></p> <p><b>DE LOS EQUIPOS MÉDICOS:</b></p> <p>14. SE COMPROMETE A INSTALAR EQUIPOS NUEVOS O FUNCIONALMENTE NUEVOS, CON TECNOLOGÍA DE PUNTA, ACEPTÁNDOSE COMO FECHA DE FABRICACIÓN MÁXIMA DE CINCO AÑOS, PRESENTANDO CARTA DEL FABRICANTE DONDE INDIQUE LOS AÑOS DE FABRICACIÓN, MARCA, MODELO Y NO. DE SERIE, VEINTE DÍAS COMO MÁXIMO DESPUÉS DE SER INSTALADOS LOS EQUIPOS.</p> <p>15. A NO OTORGAR EQUIPO RECONSTRUIDO, RENOVADO, REACONDICIONADO, NI CORRESPONDIENTES A Saldos O REMANENTES QUE OSTENTEN LAS LEYENDAS "ONLY EXPORT" NI "ONLY INVESTIGATION", DESCONTINUADOS, POR DESCONTINUARSE, O QUE NO SE 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>16. A QUE LOS EQUIPOS MÉDICOS QUE PARA SU USO NECESITEN CONSUMIBLES, DOTAR A LA UNIDAD MÓVIL Y SEDE FIJA DE ELLOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.</p> <p>17. NO SE ACEPTARÁN EQUIPOS DE ORIGEN CHINO.</p> <p><b>DE LOS INSUMOS:</b></p> <p>18. LA CADUCIDAD DE LOS MATERIALES, INSUMOS Y CONSUMIBLES AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEBERÁ SER DE DOCE MESES COMO MÍNIMO, COMPROMETIÉNDOSE POR MEDIO DE UNA CARTA A SUSTITUIR EL INSUMO QUE NO SE HAYA CONSUMIDO Y ESTE PRÓXIMO A CADUCAR, CON AL MENOS DIEZ DÍAS PREVIOS A LA FECHA DE CADUCIDAD, CON UNA CADUCIDAD DE DOCE MESES POSTERIORES EN UN TIEMPO NO MAYOR A CINCO DÍAS HÁBILES.</p> <p>19. DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, EL OFERENTE, SE COMPROMETE A QUE, CUANDO POR CAUSAS IMPUTABLES A ÉL, LA UNIDAD MÓVIL Y SEDE FIJA NO PUEDA ATENDER SU PRODUCTIVIDAD, SE HARÁ ACREEDOR A LAS PENAS CONVENCIONALES APLICABLES.</p> <p>20. EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A DAR GARANTÍA TOTAL EN LOS INSUMOS DEL ANEXO 1.4, EN CASO DE NO ESTAR A ENTERA SATISFACCIÓN DE LA CONVOCANTE, CASO CONTRARIO A LA SUSTITUCIÓN POR OTRO IGUAL O DE CARACTERÍSTICAS SUPERIORES, LAS VECES QUE SEAN NECESARIAS SIN COSTO PARA LA CONVOCANTE EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DE SOLICITADA.</p> <p>21. NO SE ACEPTARÁN INSUMOS DE ORIGEN CHINO, ISRAELITA Y PAKISTANI.</p> <p><b>DEL MOBILIARIO:</b></p> <p>22. SE COMPROMETE A INSTALAR MOBILIARIO NUEVO O FUNCIONALMENTE NUEVOS, ACEPTÁNDOSE COMO FECHA DE FABRICACIÓN MÁXIMA DE CINCO AÑOS,</p> <p>23. NO SE ACEPTARÁ MOBILIARIO DE ORIGEN CHINO, ISRAELITA Y/O PAKISTANI.</p>	

Handwritten signature in green ink.

Handwritten mark in pink ink.





UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 058-2025 V-2
<p><b>DE LA UNIDAD MÓVIL:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24. SE COMPROMETE A PROPORCIONAR VEHÍCULOS NUEVOS O FUNCIONALMENTE NUEVOS, ACEPTÁNDOSE COMO FECHA DE FABRICACIÓN MÁXIMA DE DIEZ AÑOS, PRESENTANDO COPIA DE FACTURA.</li> <li>25. SE COMPROMETE A ENTREGAR COPIA DE LAS VERIFICACIONES DEL AÑO CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA DEL CONTRATO, AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.</li> <li>26. SE COMPROMETE A ENTREGAR COPIA DEL PAGO DE TENENCIA DEL AÑO CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA DEL CONTRATO, AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.</li> <li>27. SE COMPROMETE A CONTAR COPIA DE LA CONSTANCIA DE REGISTRO REPUVE, DE LA UNIDAD MÓVIL.</li> <li>28. SE COMPROMETE A ENTREGAR COPIA DE SEGURO VEHICULAR DEL AÑO CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA DEL CONTRATO, AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.</li> <li>29. EL OFERENTE CUBRIRÁ LOS GASTOS DE LA UNIDAD MÓVIL COMO LO SON: GASOLINA, MANTENIMIENTO, SERVICIO, TENENCIA, VERIFICACIÓN, SEGURO.</li> <li>30. 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.</li> <li>31. LAS UNIDADES MÓVILES DEBERÁN CONTAR CON LA CAPACIDAD DE 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.</li> <li>32. LAS UNIDADES MÓVILES DEBERÁN PRESENTARSE DE ACUERDO CON EL CRONOGRAMA DE RUTA POR PARTE DE LA SEDESA.</li> <li>33. A CONTAR CON UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DE DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN POR UNIDAD MOVIL.</li> </ol> <p><b>DEL INSTRUMENTAL:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>34. SE COMPROMETE A INSTALAR INSTRUMENTAL NUEVO O FUNCIONALMENTE NUEVOS, CON TECNOLOGÍA DE PUNTA, ACEPTÁNDOSE COMO FECHA DE FABRICACIÓN MÁXIMA DE CINCO AÑOS, PRESENTANDO CARTA DEL FABRICANTE DONDE INDIQUE LOS AÑOS DE FABRICACIÓN, MARCA Y MODELO.</li> <li>35. EL LICITANTE ADJUDICADO SE COMPROMETE A ENTREGAR AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO UNA COPIA DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DE DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN</li> <li>36. NO SE ACEPTARÁ INSTRUMENTAL DE ORIGEN CHINO, ISRAELITA Y PAKISTANI.</li> </ol> <p><b>DEL LABORATORIO CLÍNICO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>37. PRESENTAR EL <b>CERTIFICADO ISO 15189 Y/O NMX-EC-15189-IMNC-2008</b> EN EL QUE SEÑALE AL LABORATORIO SUBCONTRATADO PARA REALIZAR LAS PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO.</li> <li>38. ASEGURAR EL RESULTADO Y LA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA Y/O VPH/AR.</li> </ol> <p><b>11. CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE:</b></p> <p><b>11.1. EN CASO DE QUE EL OFERENTE SEA EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b></p> <p>CARTA DE APOYO SOLIDARIO ORIGINAL EN PAPEL MEMBRETADO DEL FABRICANTE, DONDE RESPALDE LA PROPOSICIÓN TÉCNICA PARA EL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN.</p>	

Handwritten signature and a pink 'X' mark.





UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 058-2025 V-2
<p><b>11.2. EN CASO DE QUE EL OFERENTE COMPRE AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO O AL FABRICANTE (SEA DISTRIBUIDOR PRIMARIO):</b></p> <p>11.2.1. CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE Y/ O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO AL OFERENTE (DISTRIBUIDOR PRIMARIO) EN HOJA MEMBRETADA CON SELLO Y FIRMA ORIGINAL DEL FABRICANTE Y/ O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. Y</p> <p>11.2.2. CARTA EN HOJA MEMBRETADA DONDE CONSTE QUE EL OFERENTE ES EL DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</p> <p><b>11.3. EN CASO DE QUE EL OFERENTE COMPRE A UN DISTRIBUIDOR PRIMARIO (SEA DISTRIBUIDOR SECUNDARIO):</b></p> <p>11.3.1. CARTA DE APOYO DEL DISTRIBUIDOR PRIMARIO AL OFERENTE (DISTRIBUIDOR SECUNDARIO) EN HOJA MEMBRETADA CON SELLO Y FIRMA ORIGINAL DEL DISTRIBUIDOR PRIMARIO Y ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS PROBATORIOS DE QUE EL DISTRIBUIDOR PRIMARIO REALIZA SUS COMPRAS DIRECTAMENTE DEL FABRICANTE O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.</p> <p>11.3.1.1. CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRETADO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR PRIMARIO O AUTORIZADO DEL FABRICANTE O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. O</p> <p>11.3.1.2. DOCUMENTACIÓN PROBATORIA DEL ACUERDO O CONTRATO DE LA ASIGNACIÓN COMO DISTRIBUIDOR PRIMARIO EN MÉXICO POR PARTE DE FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.</p> <p><b>LAS CARTAS DE APOYO SOLIDARIO DEBERÁN, INCLUIR EL SIGUIENTE TEXTO, SEGÚN APLIQUE:</b></p> <p><b>A. PARA LOS EQUIPOS MÉDICOS:</b></p> <p><b>SOLAMENTE EN CASO DE SER NUEVOS</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 ANEXO 1.3. FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL., (MENCIONAR LOS EQUIPOS QUE RESPALDA EL FABRICANTE, MARCA Y MODELO) 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>	

Handwritten initials and a pink mark on the right margin.





UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 058-2025 V-2
<p><b>B. PARA LOS INSUMOS:</b></p> <p>“SE MANIFIESTA QUE LOS INSUMOS QUE SE ENTREGARÁN CORRESPONDEN A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL ANEXO 1.4 FICHAS TÉCNICAS DE INSUMOS, (MENCIONAR LOS INSUMOS QUE RESPALDA EL FABRICANTE, MARCA Y CATÁLOGO) 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><b>SE DEBE ANEXAR UNA CARTA DE APOYO POR MARCA DE INSUMOS PROPUESTOS PARA OTORGAR EL SERVICIO INTEGRAL.</b></p> <p><b>12. EXPERIENCIA DE LA EMPRESA:</b></p> <p>EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR UN CURRRICULUM EMPRESARIAL INCLUYENDO LISTA DE CLIENTES DONDE HAYA REALIZADO SERVICIO INTEGRAL OBJETO DE ESTE 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 ESTUDIOS DE COLPOSCOPIA 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:</b></p> <p>ESCRITO FIRMADO POR EL OFERENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL QUE CONTENGA LA LISTA DEL PERSONAL DE INGENIERÍA QUE LLEVARÁ A EL SERVICIO TÉCNICO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. CURRICULUM VITAE (MÁXIMO 1 CUARTILLA) DEL PERSONAL QUE SE ENLISTA, CON EXPERIENCIA MÍNIMA DE CINCO AÑOS DE EQUIPO MÉDICO DE LAS PARTIDAS OFERTADAS.</li> <li>2. COPIA DE LA CÉDULA PROFESIONAL Y/O TITULO ACADÉMICO.</li> <li>3. CONSTANCIA DE SITUACIÓN PROFESIONAL EMITIDA POR EL REGISTRO NACIONAL DE PROFESIONISTAS.</li> <li>4. 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.</li> <li>5. 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.</li> </ol>	

Handwritten signature in green ink.

Handwritten mark in pink ink.





UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 058-2025 V-2

**14. EXPERIENCIA DEL PERSONAL.**

ESCRITO FIRMADO POR EL OFERENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL QUE CONTENGA LA LISTA DEL PERSONAL QUE LLEVARÁ A CABO EL SERVICIO INTEGRAL DE ESTUDIOS DE COLPOSCOPIA, PARA LO ANTERIOR DEBERÁ ENTREGAR LISTA Y DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE DE:

**A. EXPERIENCIA DEL MÉDICO CON ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (SEIS MUJERES)**

PARA LO ANTERIOR DEBERÁ ENTREGAR LO SIGUIENTE:

1. CURRÍCULUM VITAE (MÁXIMO 1 CUARTILLA) DEL PERSONAL QUE SE ENLISTA, CON EXPERIENCIA MÍNIMA DE CINCO AÑOS EN COLPOSCOPIA.
2. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.
3. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.
4. CONSTANCIA DE SITUACIÓN PROFESIONAL EMITIDA POR EL REGISTRO NACIONAL DE PROFESIONISTAS.
5. CERTIFICADOS O DIPLOMAS DE CAPACITACIÓN EN COLPOSCOPIA.
6. 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) MÉDICO(S) REALIZÓ EN AÑOS ANTERIORES (MÁXIMO TRES AÑOS) EL SERVICIO DE COLPOSCOPIA.

**B. EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON LICENCIATURA (SEIS MUJERES)**

PARA LO ANTERIOR DEBERÁ ENTREGAR LO SIGUIENTE:

1. CURRÍCULUM VITAE (MÁXIMO 1 CUARTILLA) DEL PERSONAL QUE SE ENLISTA, CON EXPERIENCIA MÍNIMA DE DOS AÑOS EN COLPOSCOPIA.
2. COPIA DE LA CÉDULA PROFESIONAL Y/O TÍTULO ACADÉMICO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.
3. CONSTANCIA DE SITUACIÓN PROFESIONAL EMITIDA POR EL REGISTRO NACIONAL DE PROFESIONISTAS.
4. CERTIFICADOS O DIPLOMAS DE CAPACITACIÓN EN COLPOSCOPIA.
5. 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 LA (LAS) ENFERMERAS (S) REALIZÓ EN AÑOS ANTERIORES (MÁXIMO TRES AÑOS) EL SERVICIO DE COLPOSCOPIA.

**C. EXPERIENCIA DEL OPERADOR DE LA UNIDAD MÓVIL (TRES OPERADORES, EXCLUSIVOS DE UNIDADES MÓVILES)**

PARA LO ANTERIOR DEBERÁ ENTREGAR LO SIGUIENTE:

1. CURRÍCULUM VITAE (MÁXIMO 1 CUARTILLA) DEL PERSONAL QUE SE ENLISTA.
2. COPIA VIGENTE DE LA LICENCIA DE MANEJO (TIPO B).

**15. EXPERIENCIA DEL PERSONAL. PERSONAL SUPLENTE QUE CUBRIRÁ, DESCANSO, VACACIONES E INCAPACIDAD.**

ESCRITO FIRMADO POR EL OFERENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL QUE CONTENGA LA LISTA DEL PERSONAL INDICANDO CUANTAS MEDICAS DE ESPECIALIDAD, ASÍ COMO LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA, QUE LLEVARÁN A CABO EL SERVICIO INTEGRAL DE ESTUDIOS DE COLPOSCOPIA, PARA LO ANTERIOR DEBERÁ ENTREGAR LISTA Y DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE DE:

Handwritten signature or initials.

Página 13





UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 058-2025 V-2
<p><b>A. EXPERIENCIA DEL MÉDICO CON ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (UNA MUJER)</b></p> <p>PARA LO ANTERIOR DEBERÁ ENTREGAR LO SIGUIENTE:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. CURRÍCULUM VITAE (MÁXIMO 1 CUARTILLA) DEL PERSONAL QUE SE ENLISTA, CON EXPERIENCIA MÍNIMA DE CINCO AÑOS EN COLPOSCOPIA.</li> <li>2. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.</li> <li>3. TÍTULO Y CÉDULA PROFESIONAL DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.</li> <li>4. CONSTANCIA DE SITUACIÓN PROFESIONAL EMITIDA POR EL REGISTRO NACIONAL DE PROFESIONISTAS.</li> <li>5. CERTIFICADOS O DIPLOMAS DE CAPACITACIÓN EN COLPOSCOPIA.</li> <li>6. 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) MÉDICO(S) REALIZÓ EN AÑOS ANTERIORES (MÁXIMO TRES AÑOS) EL SERVICIO DE COLPOSCOPIA.</li> </ol> <p><b>B. EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON LICENCIATURA (UNA MUJER)</b></p> <p>PARA LO ANTERIOR DEBERÁ ENTREGAR LO SIGUIENTE:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. CURRÍCULUM VITAE (MÁXIMO 1 CUARTILLA) DEL PERSONAL QUE SE ENLISTA, CON EXPERIENCIA MÍNIMA DE DOS AÑOS EN COLPOSCOPIA.</li> <li>2. COPIA DE LA CÉDULA PROFESIONAL Y/O TÍTULO ACADÉMICO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.</li> <li>3. CONSTANCIA DE SITUACIÓN PROFESIONAL EMITIDA POR EL REGISTRO NACIONAL DE PROFESIONISTAS.</li> <li>4. CERTIFICADOS O DIPLOMAS DE CAPACITACIÓN EN COLPOSCOPIA.</li> <li>5. 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 LA (LAS) ENFERMERAS (S) REALIZÓ EN AÑOS ANTERIORES (MÁXIMO TRES AÑOS) EL SERVICIO DE COLPOSCOPIA.</li> </ol> <p><b>C. EXPERIENCIA DEL OPERADOR DE LA UNIDAD MÓVIL (UN OPERADOR, EXCLUSIVO DE UNIDADES MÓVILES)</b></p> <p>PARA LO ANTERIOR DEBERÁ ENTREGAR LO SIGUIENTE:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. CURRÍCULUM VITAE (MÁXIMO 1 CUARTILLA) DEL PERSONAL QUE SE ENLISTA.</li> <li>2. COPIA VIGENTE DE LA LICENCIA DE MANEJO (TIPO B).</li> </ol> <p><b>16. SOPORTE TÉCNICO:</b></p> <p>ESCRITO FIRMADO POR EL OFERENTE 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. A ENTREGAR EL CALENDARIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO POR CADA EQUIPO MÉDICO DESCRITO EN EL <b>ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL.,</b> TREINTA DÍAS NATURALES A PARTIR DE FECHA DEL FALLO, A LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS.</li> <li>2. EN LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA EL OFERENTE DEBERÁ ADJUNTAR COPIA DE LA RUTINA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE ACUERDO CON EL FABRICANTE DE LA RELACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS, <b>ANEXO 1.3.</b></li> <li>3. A ENTREGAR LA RUTINA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A LOS EQUIPOS DE LA UNIDAD MÓVIL Y SEDE FIJA EN EL ACTO DE APERTURA, INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO ADJUDICADO.</li> </ol>	

118

4





UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 058-2025 V-2
<ol style="list-style-type: none"> <li>4. LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DEBERÁN LLEVARSE A CABO DE ACUERDO CON LO DESCRITO EN LAS FICHAS TÉCNICAS DEL EQUIPO MÉDICO OFERTADO, <b>ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL.</b></li> <li>5. LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DEBERÁN CONTEMPLAR LAS REFACCIONES Y ACCESORIOS DE ACUERDO CON LA RUTINA DE MANTENIMIENTO SUGERIDA POR EL FABRICANTE.</li> <li>6. LAS ÓRDENES DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO, DEBERÁN CONTENER LA RUTINA DE MANTENIMIENTO, CON EL REPORTE DE SEGURIDAD ELÉCTRICA DE CADA UNO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS SOLICITADOS PARA PROPORCIONAR LA ATENCIÓN</li> <li>7. EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO SERÁ EL NÚMERO DE VECES QUE SEA NECESARIO, INCLUYE REFACCIONES Y ACCESORIOS Y MANO DE OBRA ESPECIALIZADA.</li> <li>8. EN CASO DE QUE EL EQUIPO Y/O SUS ACCESORIOS PRESENTEN ALGUNA FALLA SE NOTIFICARÁ DE MANERA INMEDIATA A TRAVÉS DE LOS MEDIOS OFICIALES A LA JUD DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS Y AL CORREO ELECTRÓNICO <a href="mailto:medibuses@gmail.com">medibuses@gmail.com</a>.</li> <li>9. TIEMPO DE RESPUESTA DEL MANTENIMIENTO CORRECTIVO (DÍAS HÁBILES) DESPUÉS DE REALIZAR EL REPORTE DE FALLA:       <ol style="list-style-type: none"> <li>9.1. TIEMPO DE RESPUESTA DE 5 HORAS.</li> <li>9.2. 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 12 HORAS, LA(S) EMPRESA(S) ADJUDICADA(S) DESPUÉS DE SU EVALUACIÓN TÉCNICA, DEBERÁN PROPORCIONAR DENTRO DE LAS 24 HORAS SIGUIENTES, OTRO EQUIPO DE IGUALES CARACTERÍSTICAS EN BUEN ESTADO AL ÁREA USUARIA, EN CALIDAD DE PRÉSTAMO DURANTE EL TIEMPO QUE DURE LA REPARACIÓN DEL EQUIPO, MISMO QUE NO DEBERÁ DE 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, DESPUÉS DE HABER ENTREGADO 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.</li> <li>11. 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.</li> <li>12. TODAS LAS ORDENES DE SERVICIO GENERADAS DURANTE LA VIGENCIA DEL SERVICIO, DEBERÁN SER ENTREGADAS PARA SU RESGUARDO Y EN FORMA ELECTRÓNICA EN PDF EN EL CORREO <a href="mailto:sedesasti@gmail.com">sedesasti@gmail.com</a> Y <a href="mailto:sedesaservint@gmail.com">sedesaservint@gmail.com</a> A LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO.</li> <li>13. 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.</li> <li>14. ACEPTAR QUE, SI LOS EQUIPOS EN PRÉSTAMO PERMANENTE SE ENCUENTRAN DESCOMPUESTOS Y NO SE REALIZARÁN PROCEDIMIENTOS, EN CONSECUENCIA, ACEPTA QUE NO SE GENERARÁN PAGOS AL PRESTADOR DEL SERVICIO.</li> <li>15. A OTORGAR EL APOYO CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO A FIN DE QUE ESTÉ PRESENTE EN EL ARRANQUE DE LOS EQUIPOS.</li> <li>16. EN LA QUE SE ASEGURARA DE QUE SU PERSONAL PORTARÁ IDENTIFICACIÓN VISIBLE QUE LO ACREDITE COMO EMPLEADO DEL OFERENTE.</li> </ol>	

*[Handwritten signature]*





UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 058-2025 V-2
<p>17. EN CASO DE QUE EL EQUIPO Y/O SUS ACCESORIOS PRESENTEN ALGUNA FALLA SE NOTIFICARÁ INMEDIATAMENTE A TRAVÉS DE LOS MEDIOS OFICIALES A LA JUD DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS Y AL CORREO ELECTRÓNICO medibuses@gmail.com.</p>	
<p><b>17. IDENTIFICACIÓN DE EQUIPO</b></p>	
<p>ESCRITO FIRMADO POR EL OFERENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL EN EL QUE SE COMPROMETE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA "LA CONVOCANTE", EN LOS EQUIPOS EN PRESTAMO PERMANENTE LAS SIGUIENTES ETIQUETAS:</p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. UNA ETIQUETA PLÁSTIFICADA CON CÓDIGO QR, QUE DEBERÁ DESGLOSAR MÍNIMO LOS SIGUIENTES DATOS:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. NÚMERO DE PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN</li> <li>1.2. PROVEEDOR</li> <li>1.3. DESCRIPCIÓN DEL BIEN</li> <li>1.4. MARCA</li> <li>1.5. MODELO</li> <li>1.6. SERIE</li> <li>1.7. TELÉFONO FIJO EN LA CDMX PARA REPORTE DE SERVICIO</li> <li>1.8. CORREO PARA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES ADVERSOS</li> </ol> </li>   <li>2. UNA ETIQUETA COLOR VERDE, PLASTIFICADA QUE DEBERÁ DESGLOSAR LOS SIGUIENTES DATOS:             <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 FECHA DE ÚLTIMO MANTENIMIENTO PREVENTIVO</li> <li>2.2 FECHA DE PRÓXIMO MANTENIMIENTO PREVENTIVO</li> </ol> </li> </ol>	
<p><b>18. CARPETA EJECUTIVA</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 Y SEDE FIJA INDICADAS POR LA JUD DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS UN EXPEDIENTE Y/O CARPETA FÍSICA CON LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:</p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DE DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN;</li> <li>2. CERTIFICADOS QUE AVALAN AL MÉDICO Y ENFERMERÍA.</li> <li>3. CERTIFICADOS QUE AVALAN A LOS INGENIEROS DE SERVICIO</li> <li>4. BITÁCORA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO.</li> </ol>	
<p><b>19. CONSTANCIA 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. EN CASO ANEXARLO SE DESECHARÁ LA PROPUESTA.</p>	

*Handwritten signature in green ink.*

*Handwritten signature in pink ink.*





UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 058-2025 V-2
<p><b>20. CONSTANCIAS DE LAS VISITAS A LA UNIDAD HOSPITALARIA</b></p> <p>NO APLICA PARA ESTE PROCEDIMIENTO.</p> <p><b>21. TECNOVIGILANCIA</b></p> <p><b>DEL OFERENTE:</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 LABORATORIO CLÍNICO:</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>22. NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES ADVERSOS</b></p> <p>LOS OFERENTES DEBERÁN PRESENTAR LOS PROCEDIMIENTOS NORMALIZADOS DE OPERACIÓN (PNO) DE ATENCIÓN A QUEJAS Y SEGUIMIENTO DE INCIDENTES ADVERSOS PARA CADA UNA DE LAS MARCAS DE LOS EQUIPOS INSUMOS Y/O CONSUMIBLES PROPUESTOS.</p> <p><b>23. 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 DEL 50% (CINCUENTA POR CIENTO), EXPEDIDA POR INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE AUTORIZADA, 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>24. AVISO DE FUNCIONAMIENTO</b></p> <p>EL OFERENTE DEBERÁ ENTREGAR:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA Y COPIA SIMPLE PARA COTEJO DEL AVISO DE FUNCIONAMIENTO A NOMBRE DEL OFERENTE COMO DISTRIBUIDOR PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS, EXPEDIDO POR COFEPRIS.</li> <li>2. ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA Y COPIA SIMPLE PARA COTEJO DEL AVISO DE FUNCIONAMIENTO A NOMBRE DEL LABORATORIO CLÍNICO COMO DISTRIBUIDOR PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS, EXPEDIDO POR COFEPRIS.</li> <li>3. COPIA DEL RESPONSABLE SANITARIO DEL LABORATORIO CLÍNICO.</li> </ol>	

Handwritten signature and initials in green and pink ink.





UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 058-2025 V-2

## 25. DESVÍOS DE CALIDAD DE INSUMOS

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

- QUE EN CASO DE QUE SE PRESENTEN REPORTES DE DESVIO DE CALIDAD O VICIOS OCULTOS RECURRENTES LA SEDESA SE DEBERÁ REQUISITAR EL ANEXO 1.6 "FORMATO PARA REPORTE DE INCIDENTES Y/O DESVIACIONES EN LA CALIDAD DE DISPOSITIVOS MÉDICOS", Y ENVIARLO A LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS VÍA CORREO ELECTRÓNICO A [sedesasti@gmail.com](mailto:sedesasti@gmail.com) Y [sedesaservint@gmail.com](mailto:sedesaservint@gmail.com)
- EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR A LA UNIDAD MÓVIL, 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).

LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS REALIZARÁ LA EVALUACIÓN TÉCNICA Y EMITIRÁ UN DICTAMEN QUE SE TURNARÁ AL OFERENTE 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 OFERENTE, 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 OFERENTE LAS MEDIDAS CORRECTIVAS QUE DETERMINE DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO.

## 26. CAUSALES DE DESECHAMIENTO

- 26.1. CUANDO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA NO CORRESPONDA, RESULTE INCOMPLETA O INCONGRUENTE DEL **ANEXO 19 PROPUESTA TÉCNICA, ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL Y/O ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS.**
- 26.2. EN EL CASO DE PRESENTACIÓN DE UNA PROPUESTA DE MANERA CONJUNTA Y NO SE INCLUYA EL CONVENIO DE PARTICIPACIÓN CONJUNTA EN LA PROPUESTA TÉCNICA.
- 26.3. CUANDO EL **ANEXO 19 PROPUESTA TÉCNICA, ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL Y/O ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS** NO ESTÉ FIRMADO AUTOGRAFAMENTE.
- 26.4. EN CASO DE DIRIGIR SUS PROPUESTAS A OTRA DEPENDENCIA Y/O ENTIDAD Y/O PERSONA FÍSICA Y/O PERSONAL MORAL, O BIEN, REFERENCIAR OTRO PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN.
- 26.5. CUANDO EL LICITANTE PRESENTE MÁS DE UNA PROPUESTA TÉCNICA PARA LA MISMA PARTIDA.
- 26.6. CUANDO EL LICITANTE NO EXHIBA LOS CERTIFICADO, REGISTRO(S) SANITARIO (S), PRÓRROGA VIGENTE Y/O DOF CON FECHA DEL 7 DE JULIO DEL 2025, PARA LA(S) PARTIDA (S) OFERTADA (S).
- 26.7. CUANDO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LOS CERTIFICADOS, REGISTROS SANITARIOS RESULTE INCOMPLETA O INCONGRUENTE RESPECTO A LAS ESPECIFICACIONES OFERTADAS EN LA PROPUESTA TÉCNICA.
- 26.8. CUANDO LOS DOCUMENTOS QUE EXHIBAN LOS LICITANTES NO SEAN LEGIBLES IMPOSIBILITANDO EL ANÁLISIS INTEGRAL DE LA PROPUESTA, Y ESTO CONLLEVE A UN FALTANTE O CARENCIA DE INFORMACIÓN QUE AFECTE SU SOLVENCIA; O SE ANEXEN DOCUMENTOS EN SU PROPUESTA EN OTRO IDIOMA CON LA QUE PRETENDAN DAR CUMPLIMIENTO A LOS REQUISITOS DE LA MISMA, SIN ADJUNTAR LA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL.
- 26.9. CUANDO EL LICITANTE NO INCLUYA LA MARCA Y/O MODELO DE LOS BIENES OFERTADOS O REFERENCIE OTRO MODELO DIFERENTE AL OFERTADO EN SU PROPUESTA EN CATALOGOS, MANUALES, FOLLETOS, ETC. EN EL

Handwritten signature or initials in green ink.





UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 058-2025 V-2
<p><b>ANEXO 19 PROPUESTA TÉCNICA, ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL Y/O ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS.</b></p> <p>26.10. CUANDO EL LICITANTE NO ACUDA A LAS VISITAS Y/O EVALUACIÓN DE MUESTRAS SEÑALADAS EN EL ANEXO TÉCNICO, ASI COMO NO PRESENTE EN SU <b>ANEXO 19 PROPUESTA TÉCNICA</b> LOS ANEXOS DEBIDAMENTE REQUISITADOS CORRESPONDIENTES A EVALUACIÓN DE MUESTRAS Y CONSTANCIA DE VISITA.</p> <p>26.11. CUANDO EL LICITANTE PRESENTE MUESTRAS QUE NO CORRESPONDAN A LO SOLICITADO EN EL <b>NUMERAL 5. MUESTRAS</b> DEL ANEXO TÉCNICO.</p> <p>26.12. CUANDO LOS ARCHIVOS ELECTRÓNICOS DE LA USB EN LOS QUE SE CONTENGA LA INFORMACIÓN TÉCNICA: ESTEN VACIOS, CONTENGAN VIRUS INFORMÁTICOS, NO PUEDAN ABRIRSE Ó POR CUALQUIER CAUSA MOTIVADA POR PROBLEMAS TÉCNICOS IMPUTABLES A SUS PROGRAMAS O EQUIPO DE CÓMPUTO.</p> <p><b>LA PROPOSICIÓN 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 PROPOSICIÓN.</b></p>	

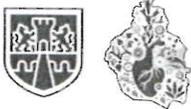
ELABORÓ

ING. CLAUDIA PATRICIA QUIROZ FLORES  
SUBDIRECTORA DE TECNOLOGÍA E INSUMOS

REVISÓ

Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY  
DIRECTOR DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS





**PENAS CONVENCIONALES**

NO	CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	PORCENTAJE PARA APLICAR
1	PUESTA EN OPERACIÓN DE LAS UNIDADES SOLICITADAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL FALLO, PARA LA PUESTA EN OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	1% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO.
2	CUANDO NO SE TENGA LA PRESENCIA DEL PERSONAL MÉDICO PARA LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS.	POR CADA HORA DE RETRASO, CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL PROGRAMA DE UBICACIÓN DE LA UNIDAD MÓVIL	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO.
3	POR QUÉ LA UNIDAD NO INFORME SOBRE ALGÚN CAMBIO DE PERSONAL EN LAS UNIDADES	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.
4	CUANDO NO SE LLEVE, EL COLPOSCOPIO A LA SEDE QUE INDIQUE LA JUD DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS.	POR CADA DÍA, A PARTIR DEL MISMO DÍA ESTABLECIDO EN LA PROGRAMACIÓN SEMANAL	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.
5	POR NO CONTAR CON LOS INSUMOS, INSTRUMENTAL PARA LLEVAR A CABO LA ATENCIÓN EN LA SEDE QUE INDIQUE LA JUD DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS.	POR CADA DÍA, A PARTIR DEL MISMO DÍA ESTABLECIDO EN LA PROGRAMACIÓN SEMANAL	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.
6	POR LLEGAR TARDE YA SEA EN LA UNIDAD(ES) MÓVIL (ES) O SEDE ESTABLECIDA POR LA JUD DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS.	POR CADA HORA DE RETRASO A PARTIR DE LA HORA SEÑALADA EN LA PROGRAMACIÓN SEMANAL	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.
7	DOTACIÓN DE LOS SETS DE INSTRUMENTAL <b>ANEXO 1.3</b>	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO DE 3 DÍAS NATURALES ANTES DE LA PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD MÓVIL O SEDE FIJA EN LA UNIDAD HOSPITALARIA ASIGNADA.	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO.

11.8  
✶





CIUDAD DE MÉXICO  
CAPITAL DE LA TRANSFORMACION

NO	CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	PORCENTAJE PARA APLICAR
8	CUANDO NO SE REALICE EL CANJE DE INSUMOS CONFORME A LO ESTABLECIDO	POR CADA DÍA HÁBIL DE RETRASO, CONFORME A LO ESTIPULADO.	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO.
9	CUANDO NO SE LLEVE A CABO LA SUSTITUCIÓN DEL BIEN DE CONSUMO BÁSICO U OPCIONAL CON DEFECTO O FALLA, DURANTE UN PROCEDIMIENTO.	POR CADA DÍEZ MINUTOS DE RETRASO CONFORME A LO ESTABLECIDO.	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO.
10	POR NO ENTREGAR EN SU TOTALIDAD LOS INFORMES IMPRESOS A COLOR CON INTERPRETACIÓN Y CONFORME AL ANEXO 1.8. FORMATO DE RESULTADO DE COLPOSCOPIA.	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.
11	POR QUÉ LA UNIDAD MÓVIL 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.
12	CUANDO NO SE LLEVE A CABO EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS E INSTRUMENTAL DE ACUERDO CON EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO.
13	CUANDO NO SE LLEVE CABO EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS, UNIDAD MÓVIL, ASÍ COMO DEL INSTRUMENTAL, CON EL QUE SE PRESTA EL SERVICIO	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO POSTERIOR AL REPORTE EMITIDO	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO.
14	CUANDO NO SE ENTREGUE EL EQUIPO POR SUSTITUCIÓN CUANDO NO SE EFECTUE EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS, ASÍ COMO DEL INSTRUMENTAL, EN EL TIEMPO ESTABLECIDO	POR CADA 12 HORAS DE ATRASO CONFORME A LA FECHA DE LA ORDEN DE SERVICIO DONDE SE INDIQUE QUE EL EQUIPO NO QUEDARÁ FUNCIONANDO EN ESE LAPSO DE TIEMPO	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO.
15	CUANDO NO SE ENTREGUE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS LAS ÓRDENES DE SERVICIO DE MANT. PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA	PERSONAL DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO.

118

Página 21





CIUDAD DE MÉXICO  
CAPITAL DE LA TRANSFORMACION

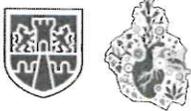
NO	CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	PORCENTAJE PARA APLICAR
		FECHA DE LA ORDEN DE SERVICIO DEL MANT. PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO		
16	POR QUÉ LOS INGENIEROS DE SERVICIO QUE BRINDEN LOS MANTENIMIENTOS NO SEAN LOS PRESENTADOS EN LA PROPUESTA TÉCNICA.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO DE LA FECHA LÍMITE DE ENTREGA.	PERSONAL DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS	5% SOBRE EL MONTO MÁXIMO CONTRATADO POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO.
17	TODA VEZ QUE EL PROVEEDOR NO COLOQUE O NO MANTENGA VISIBLE AL PÚBLICO, EN LAS UNIDADES MÓVILES O SEDES, LA INFORMACIÓN QUE INDIQUE DE MANERA EXPRESA QUE EL SERVICIO ES GRATUITO, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LAS BASES Y EN EL ANEXO CORRESPONDIENTE.	POR CADA DÍA NATURAL DEL SERVICIO A PARTIR DE LA FECHA DE SUPERVISIÓN DONDE SE DETECTE EL INCUMPLIMIENTO POR NO CONTAR CON EL LOS LETRERO(S) VISIBLE(S) DONDE SE SEÑALE QUE EL <b>SERVICIO PRESTADO ES GRATUITO.</b>	DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	0.5% SOBRE EL MES FACTURADO

118

+

Página 22





**ANEXO 1.1. CONDICIONES DEL SERVICIO INTEGRAL DE ESTUDIOS DE COLPOSCOPIA**

**FOLIO DMTI: 058-2025 V-2**

**CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

EL PROVEEDOR SE OBLIGA A PRESTAR EL SERVICIO INTEGRAL DE ESTUDIOS DE COLPOSCOPIA EN UNIDADES MÓVILES Y SEDES INDICADAS POR LA JUD DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS, EL CUAL INCLUYE: EQUIPO, MOBILIARIO, RECURSO HUMANO, ACCESORIOS, INSTRUMENTAL, CONSUMIBLES, MANTENIMIENTO, ASISTENCIA TÉCNICA Y REGISTRO EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN.

LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL CONTEMPLA:

1. TOMA DE COLPOSCOPIA CON PRUEBA DE CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA.
2. PRUEBA DE VPH/AR EN CASO DE REQUERIRSE.

EL OFERENTE DEBERÁ CUMPLIR DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO EN TIEMPO Y FORMA SEGÚN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS A CONTINUACIÓN:

ACTIVIDADES PARA REALIZAR	TIEMPOS ESTABLECIDOS
SETS DE INSTRUMENTAL	EN CADA SITIO DONDE LA UNIDAD SOLICITEN SE ESTABLEZCA, DEBERÁ LLEVAR ALMENOS 30 SET DE INSTRUMENTAL POR DÍA.
ENTREGA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO ANUAL DE EQUIPOS E INSTRUMENTAL A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMNETOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS.	LA ENTREGA DEL PROGRAMA <b>SERÁ HASTA 30 DÍAS NATURALES</b> POSTERIOR A LA FECHA DE ADJUDICACIÓN. LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE REALIZARÁN EN LA FECHA ESTABLECIDA EN EL PROGRAMA ENTREGADO, EN CASO DE NO PODER REALIZARLA SE DEBERÁ NOTIFICAR A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS.
MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS	TIEMPO DE RESPUESTA <b>5 HORAS</b> , TIEMPO TOTAL DE RESOLUCIÓN DE LA FALLA COMO MÁXIMO 12 HORAS DESPUÉS DE NOTIFICADA LA FALLA, EN CASO DE NO RESOLUCIÓN EN EL ESTE TIEMPO ESTABLECIDO SE DEBERÁ ENTREGAR DENTRO DE LAS SIGUIENTES 12 HORAS UN EQUIPO DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS EN CALIDAD DE PRÉSTAMO
ENTREGA DE INFORMES	<b>3 DÍAS NATURALES</b> DESPUÉS DEL MES CONCLUÍDO.

**EQUIPOS MÉDICOS**

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

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

EL PROVEEDOR DEBERÁ PROPORCIONAR TODOS LOS EQUIPOS EN PRÉSTAMO PERMANENTE E INSUMOS NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

*Handwritten signature*

*Handwritten mark*

Página 23





**ANEXO 1.1. CONDICIONES DEL SERVICIO INTEGRAL DE ESTUDIOS DE COLPOSCOPIA**

FOLIO DMTI: 058-2025 V-2

**INSTRUMENTAL**

EN EL **ANEXO 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL**. SE DESCRIBE EL SET DE INSTRUMENTAL REQUERIDO, QUE EL OFERENTE ADJUDICADO DEBERÁ TENER EN UN PLAZO NO MAYOR A TRES DÍAS NATURALES ANTES DE LA FECHA DE PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD MÓVIL Y SEDES FIJAS.

EL INSTRUMENTAL Y EQUIPOS DE COLPOSCOPIA DEBERÁN SER ACORDES LONGITUD Y DIÁMETRO A LA CONSTITUCIÓN Y COMPLEJIÓN DE LOS PACIENTES.

EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EL "MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DE DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN" PARA LAS PINZAS REUSABLES, SE UTILIZARÁ PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN LAS UNIDADES MÓVILES Y FORMARÁ PARTE DE LA METODOLOGÍA DE SU PLAN TRABAJO.

ESTE MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DE DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DEBERÁ PRESENTARSE A LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS PARA SU REVISIÓN Y APROBACIÓN, Y ESTAR DISPONIBLE EN LA UNIDAD MÓVIL Y SEDES FIJAS, SERÁ ACORDE CON LAS MEDIDAS ESTABLECIDAS POR EL COMITÉ LOCAL DE INFECCIONES, ASÍ COMO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-045-SSA2-2005, PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES.

**INSUMOS**

EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ TENER A SU DISPOSICIÓN POR LO MENOS 30 SETS DE COLPOSCOPIA PARA CUMPLIR CON MÍNIMO VEINTICINCO ATENCIONES MÉDICA POR CADA UNIDAD MÓVIL Y SEDE FIJA ASIGNADA POR LA JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS POR JORNADA LABORAL. EL PRESTADOR DE SERVICIO DEBERÁ GARANTIZAR EL INVENTARIO MÍNIMO SUFICIENTE PARA LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVEN A CABO.

**MANTENIMIENTO**

**MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

DEBERÁ ENTREGAR A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS, CALENDARIO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS POR CADA EQUIPO, INSTRUMENTAL MÉDICO Y UNIDAD MÓVIL OFERTADO CON SU RUTINA DE MANTENIMIENTO AL MOMENTO DE LA FIRMA DEL FORMATO DE RECEPCIÓN DEL BIEN.

EL PROVEEDOR NOTIFICARÁ A LA JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS 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 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 17 IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO.

**MANTENIMIENTO CORRECTIVO**

PARA DAR ATENCIÓN A LOS REPORTES EN EL CASO DE FALLAS DEL EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL Y UNIDAD MÓVIL, EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ EFECTUAR LAS REPARACIONES NECESARIAS CON PIEZAS NUEVAS Y ORIGINALES O SUBSTITUIR LOS EQUIPOS POR OTROS DE LAS MISMAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, EN UN PLAZO MÁXIMO DE 12 HORAS, CONTADAS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DEL REPORTE QUE EL PERSONAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE

*[Handwritten signatures and initials in green and pink ink]*





**ANEXO 1.1. CONDICIONES DEL SERVICIO INTEGRAL DE ESTUDIOS DE COLPOSCOPIA**

**FOLIO DMTI: 058-2025 V-2**

SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS REALICE VÍA TELEFÓNICA Y CORREO ELECTRÓNICO medibuses@gmail.com, DONDE SE ASIGNARÁ EL NÚMERO DE FOLIO DE REPORTE CORRESPONDIENTE. DICHO MANTENIMIENTO DEBERÁ SER SUPERVISADO POR EL RESPONSABLE DEL SERVICIO.

PARA AQUELLOS EQUIPOS QUE QUEDEN FUERA DE SERVICIO POR MÁS DE 24 HORAS SE DEBERÁ PROPORCIONAR OTRO EQUIPO DE CARACTERÍSTICAS SIMILARES, SI EL EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL Y/O UNIDAD MÓVIL PRESENTARÁ EN UN PERIODO DE TREINTA DÍAS, TRES INCIDENCIAS CORRECTIVAS DEBERÁN SUSTITUIRLO EN LAPSO NO MAYOR A 12 (DOCE) HORAS POR OTRO DE IGUAL O MAYORES CARACTERÍSTICAS, UNA VEZ SOLUCIONADA LA FALLA, EL PROVEEDOR ADJUDICADO GENERARÁ LA ORDEN DE SERVICIO, LA CUAL SERÁ FIRMADA ÚNICAMENTE POR EL COORDINADOR DE UNIDADES MÓVILES Y DEBERÁ ENVIARSE FIRMADA EN PDF AL CORREO ELECTRÓNICO sedesaservint@gmail.com DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS PARA DAR SEGUIMIENTO AL SOPORTE TÉCNICO DE LOS EQUIPOS Y/ INSTRUMENTAL.

**ASISTENCIA TÉCNICA**

PARA LA CORRECTA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EL PROVEEDOR DEBERÁ CONSIDERAR:

- a. UN INGENIERO BIOMÉDICO CERTIFICADO POR EL FABRICANTE DE LA MARCA OFERTADA PARA LA ASISTENCIA TÉCNICA EN LAS UNIDADES, CON EXPERIENCIA MÍNIMA DE CINCO AÑOS.
- b. EL INGENIERO DEBERÁ ESTAR DISPONIBLE PARA LA ASISTENCIA TÉCNICA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, A TRAVÉS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA (CAT) PARA CUBRIR LAS NECESIDADES REFERENTES A LOS SERVICIOS.
- c. UN MÉDICO CON ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA CERTIFICADO EN COLPOSCOPIAS QUE REALIZAR Y DESCRIBIR LAS PRUEBAS.
- d. PERSONAL DE ENFERMERIA GENERAL PARA ASISTIR AL MÉDICO EN LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS.
- e. UN OPERADOR DE LA UNIDAD MÓVIL PARA EL TRANSPORTE.

**PROCEDIMIENTO GENERAL**

EL PROVEEDOR DEBERÁ DAR INICIO A LAS JORNADAS A LA FECHA, HORA Y UBICACIÓN INDICADAS POR LA JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS; ASÍ COMO A NOTIFICAR CAMBIOS EN EL PERSONAL Y/O UNIDAD MÓVIL, LA CANCELACIÓN DE LAS JORNADAS DEBERÁ NOTIFICARSE CON AL MENOS 48 HORAS DE ANTICIPACIÓN.

EL PROVEEDOR DEBERÁ LLEGAR CON AL MENOS 1 HORA DE ANTELACIÓN A LA SEDE, TODO EL PERSONAL DEBERÁ PORTAR IDENTIFICACIÓN VISIBLE QUE LO ACREDITE COMO EMPLEADO DEL PROVEEDOR; DEBERÁ PREPARAR INSUMOS, EQUIPO Y TODO LO CORRESPONDIENTE AL SERVICIO, ASIMISMO DEBERÁ ASEAR COMPLETAMENTE ANTES DE INICIAR LA JORNADA.

CADA UNIDAD MÓVIL DEBERÁ CONTAR CON LETREROS TANTO EN EL INTERIOR COMO EN EL EXTERIOR, DONDE INDIQUE QUE EL **SERVICIO PRESTADO ES GRATUITO**, EN EL CASO DE LA CADA UNA DE LAS SEDES. ÉSTAS DEBERÁN TENER UN BANNER DE DIMENSIONES APROXIMADAS DE 1.0 X 0.50 M DONDE INDIQUE QUE EL **SERVICIO PRESTADO ES GRATUITO**

**PRE-PRUEBA(S)**

CUMPLIENDO CON EL HORARIO Y EL CRONOGRAMA DE RUTA DE LA SEDESA EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ PRESENTARSE CON UNIFORME QUIRÚRGICO PROPIO EN BUENAS CONDICIONES Y LIMPIO (INCLUYE FILIPINA, PANTALÓN, GORRO Y CUBREBOCAS), ESTE DEBERÁ TENER EL LOGO DE LA EMPRESA, PARA EL PERSONAL OPERADOR DE LA UNIDAD MÓVIL DEBERÁ PRESENTARSE CON CAMISA Y/O PLAYERA DE COLOR AZUL PROPIA EN BUENAS CONDICIONES Y LIMPIO CON EL LOGO DE LA EMPRESA.

DEBERÁ MANTENER COMUNICACIÓN AMPLIA CON EL PERSONAL DE LA JUD DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO POR SI SE DETECTA UN INCONVENIENTE SOBRE EL INSTRUMENTAL, INSUMOS O EQUIPAMIENTO.

*[Handwritten signature and initials in green and pink ink]*





**ANEXO 1.1. CONDICIONES DEL SERVICIO INTEGRAL DE ESTUDIOS DE COLPOSCOPIA**

FOLIO DMTI: 058-2025 V-2

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, ENTREGARÁ UN CONSENTIMIENTO INFORMADO **ANEXO 1.7. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO** A CADA PACIENTE, PREVIO A LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO DE COLPOSCOPIA. SIN LA FIRMA DE ESTE, NO SE PODRÁ LLEVAR A CABO NINGÚN PROCEDIMIENTO.

**DURANTE LA(S) PRUEBA(S)**

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SERÁ ENCARGADO DE ETIQUETAR LOS VIALES CON LA PRUEBA DE CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA Y/O VPH/AR, LIMPIAR Y ORDENAR LA UNIDAD O SEDE (CONSULTORIO) ENTRE PACIENTES.

LA MÉDICA GINECOLÓGICA Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEBERÁN REALIZAR LA PRUEBA DE PRINCIPIO A FIN ATENDIENDO TODOS LOS REQUERIMIENTOS DEL PROCEDIMIENTO, TENER PREPARADO EL(OS) INSUMOS O CONSUMIBLES, ASÍ COMO LO NECESARIO PARA LAS EVENTUALIDADES QUE SE PRESENTEN DURANTE LA PRUEBA.

LAS PACIENTES QUE HAGAN USO DEL SERVICIO INTEGRAL DE COLPOSCOPIA QUE ESTEN DENTRO DEL RANGO DE EDAD DE 35 A 64 AÑOS SE LES TOMARÁ LA PRUEBA CLÍNICA DE **PRUEBA DE VPH/AR**.

**DESPUÉS DE LA(S) PRUEBA(S)**

AL TERMINO DEL PROCEDIMIENTO DE COLOPSCOPIA CON CITOLOGÍA BASE LÍQUIDA Y/O PRUEBA DE VPH/AR, EL PERSONAL MÉDICO REQUISITARÁ Y ENTREGARÁ EL **ANEXO 1.8** FORMATO DE RESULTADO DE COLPOSCOPIA A CADA PACIENTE. LOS DEMÁS RESULTADOS SE ENTREGARÁN QUINCE DÍAS POSTERIORES A LA FECHA DE TOMA DE MUESTRA.

EL PERSONAL DEL OFERENTE DEBERÁ RESGUARDAR LOS VIALES CON LA TOMA DE MUESTRA DE CADA PACIENTE POR JORNADA Y ENVIARÁ AL LABORATORIO CLÍNICO PARA SU PROCESAMIENTO.

**ENTREGA DE RESULTADOS A LOS PACIENTES**

LOS RESULTADO SE ENTREGARÁN DE MANERA IMPRESA QUINCE DÍAS POSTERIORES A LA TOMA DE MUESTRAS EN EL MISMO LUGAR DONDE SE REALIZÓ LA PRUEBA, EN LOS HORARIOS QUE EL PETICIONARIO INDIQUE DE MANERA IMPRESA.

**ENTREGA DE INFORMES A LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS**

UNA VEZ CONCLUIDA LA JORNADA LABORAL, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EN UN LAPSO NO MAYOR DE 24 HORAS, LOS RESULTADOS DE LAS COLPOSCOPIAS DE MANERA IMPRESAS CON SU CORRESPONDIENTE INTERPRETACIÓN, CONFORME AL **ANEXO 1.8. FORMATO DE RESULTADO DE COLPOSCOPIA**.

PARA LAS PRUEBAS DE CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA Y/O LA PRUEBA DE VPH/AR, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR CADA 15 DÍAS NATURALES, Y DENTRO DEL PLAZO ESTABLECIDO, LOS RESULTADOS CON INTERPRETACIÓN REALIZADA POR LA MÉDICA ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, EN FORMATO DIGITAL (CD)."

EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ELABORAR Y ENTREGAR UN INFORME UN MENSUAL DE LAS PRUEBAS REALIZADAS, REQUISITANDO TODOS LOS CAMPOS DEL FORMATO SEÑALADO EN EL **ANEXO 1.9**. DICHO CONCENTRADO DEBERÁ ENTREGARSE EN UN PLAZO NO MAYOR A UN DÍA DESPUÉS DEL MES DEVENGADO, EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS UBICADA EN TORRE INSIGNIA, PISO 17 Y ENVIAR DE IGUAL MANERA AL CORREO ELECTRÓNICO [medibuses@gmail.com](mailto:medibuses@gmail.com)

**PAGO DEL SERVICIO**

EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR, DEBIDAMENTE REQUISITADOS TODOS FORMATOS DE RESULTADOS DE COLPOSCOPIA (**ANEXO 1.8**) DE CADA PACIENTE INCLUYENDO LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA Y/O PRUEBA DE VPH/AR, ADEMÁS DEL CONCENTRADO MENSUAL (**ANEXO 1.9**) DEL MES A FACTURAR, QUE DEBEN CORRESPONDER A LOS PROCEDIMIENTOS ESTIPULADOS EN EL **ANEXO 1.2**, **TODOS** FIRMADOS POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIA EN LA VENTANILLA DE FINANZAS.

118





**ANEXO 1.1. CONDICIONES DEL SERVICIO INTEGRAL DE ESTUDIOS DE COLPOSCOPIA**

**FOLIO DMTI: 058-2025 V-2**

**PROGRAMACIÓN**

LA FECHA DE PROGRAMACIÓN SERÁ SEMANAL Y ESTABLECIDA POR LA JUD DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS POR LO QUE EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ SOLICITAR LA PROGRAMACIÓN SEMANAL Y DOCUMENTAL A EFECTO DE QUE LA SEDESA VERIFIQUE EL CUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA DE LOS MATERIALES Y DISPONIBILIDAD DE LOS EQUIPOS NECESARIOS PARA LAS PRUEBAS ANTES DEL INICIO.

**VISITAS DE SUPERVISIÓN**

PARA GARANTIZAR QUE LA CALIDAD DE LOS ESTUDIOS SE MANTENGA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, PODRÁ REALIZAR SUPERVISIONES PARA EVALUAR LAS UNIDADES MÓVILES, EL FUNCIONAMIENTO Y DESEMPEÑO DE LOS EQUIPOS UTILIZADOS, O CUALQUIERA DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN ESTE ANEXO TÉCNICO, MEDIANTE VISITAS A LAS INSTALACIONES. 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 LAS UNIDADES MÓVILES, EN EL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS, O CUALQUIER OTRA IRREGULARIDAD, EL PROVEEDOR SE OBLIGA A DAR SOLUCIÓN INMEDIATA ANTES DE CONTINUAR CON EL SERVICIO.

**TECNOVIGILANCIA**

SE DEBERÁ NOTIFICAR EN CASO DE QUE OCURRA UN INCIDENTE, INCIDENTE ADVERSO A LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS.

**EQUIPO DE APOYO Y REGISTRO**

EL PROVEEDOR DEBERÁ PROPORCIONAR LO SIGUIENTE:

1. ESCRITORIO.
2. BANCO GIRATORIO.
3. COMPUTADORAS PORTÁTILES.
4. CONEXIÓN A INTERNET.
5. MULTIFUNCIONAL EMPRESARIAL.
6. IMPRESORA LÁSER A BLANCO Y NEGRO.

118

118

Página 27





**ANEXO 1.2**  
**RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS, EQUIPOS MÉDICOS, UNIDADES MÓVILES E INSUMOS**

**RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS**

No.	PROCEDIMIENTO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
1	COLPOSCOPIA CON PRUEBA DE CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA	0	0	2439	3163	3270	3293	2977	3013	3620	3618	3554	2553	31,500

No.	PROCEDIMIENTO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
2	PRUEBA DE VPH/AR	0	0	1485	2093	2150	2185	1976	2125	2284	2293	2242	1167	20,000

Handwritten signature or initials in green ink.

Handwritten mark in pink ink.





**RELACIÓN EQUIPOS MÉDICOS, INSTRUMENTAL Y EQUIPO DE APOYO PARA REGISTRO EN UNIDADES MÓVILES**

NO.	EQUIPOS	TOTAL
1	MESA DE EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA	3
2	COLPOSCOPIO	3
3	TERMOMETRO INFRARROJO	3
4	OXÍMETRO DE PULSO	3
5	SET DE COLPOSCOPIA	3
6	CUBETA DE PATADA CON PORTACUBETA	3
7	UNIDAD MÓVIL	3
8	ESCRITORIO	3
9	BANCO GIRATORIO	6
10	COMPUTADORAS PORTÁTILES	3
11	CONEXIÓN A INTERNET	3
12	IMPRESORA LÁSER A BLANCO Y NEGRO	3
13	SOFTWARE CON ETIQUETADORA	3

**RELACIÓN EQUIPOS MÉDICOS, INSTRUMENTAL Y EQUIPO DE APOYO PARA REGISTRO EN SEDES FIJAS**

NO.	EQUIPOS	TOTAL
1	COLPOSCOPIO	3
2	SET DE COLPOSCOPIA	3
3	COMPUTADORAS PORTÁTILES	4
4	CONEXIÓN A INTERNET	4
5	IMPRESORA LÁSER A BLANCO Y NEGRO	3
6	MULTIFUNCIONAL EMPRESARIAL	1
7	SOFTWARE CON ETIQUETADORA	3

**INSUMOS**

NO.	INSUMOS DESECHABLES	CANTIDAD POR UNIDAD MÓVIL	CANTIDAD POR SEDE FIJA
1	SET DE ESPEJOS DESECHABLES	1*	1*
2	PINZA RETRACTORA DE PARED VAGINAL	1*	1*
3	KIT PACIENTE	1*	1*
4	INSUMOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	1*	1*
5	INSUMOS PARA COLPOSCOPIA	1*	1*
6	INSUMOS PARA PRUEBAS DE CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA Y VPH/AR	1*	1*

**NOTA:** 1\* SIGNIFICA QUE DEBE CONSIDERARSE LA CANTIDAD NECESARIA PARA OTORGAR LA ATENCIÓN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO



Handwritten signature in green ink.

Handwritten signature in pink ink.



**ANEXO 1.3.**  
**FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL.**

USAR FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL, 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 1.3 FICHAS TÉCNICAS DE EQUIPO MÉDICO, INSTRUMENTAL, EQUIPOS DE APOYO Y UNIDAD MÓVIL.

 CIUDAD DE MÉXICO SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS	<h3 style="margin: 0;">FICHA TÉCNICA DE EQUIPO MÉDICO</h3>	FOLIO DMTI: 058-2025 NO. DE PARTIDA: 3993 VERSIÓN: 2 - 2025
IDENTIFICADOR DE FICHA: _____		

### I. DATOS DEL OFERENTE

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

### II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN

NOMBRE: MESA DE EXPLORACIÓN GINECOLOGICA	CANTIDAD: 3
DEFINICIÓN: _____	CLAVE SAICA: NA

### III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN

ESPECIFICACIONES DEL BIEN	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	HIPERVÍNCULO (REFERENCIA A CATALOGOS, MANUALES, O CUALQUIER OTRO RECURSO QUE DESCRIBA EL BIEN OFERTADO)	PAGINA DEL CATALOGO, MANUAL O FOLLETO DEL ARCHIVO PDF	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1. DE TRES SECCIONES. (DORSO, PÉLVICA, MIEMBROS INFERIORES DESLIZABLE).				
2. COLCHÓN ERGONÓMICO TERMO FORRADO, CON VINILO, RETARDANTE AL FUEGO Y ANTIBACTERIAL, DE FÁCIL LIMPIEZA.				
3. TALONERAS RETRÁCTILES INTEGRADAS CON AJUSTE DE 23 CM A 30°				
4. PIERNERA CON BAYONETA.				
5. CHAROLA RECOLECTORA DE LÍQUIDOS FABRICADA EN ACERO INOXIDABLE.				
6. ESCALÓN O BANQUETA DE ALTURA.				
7. REPISA DESLIZABLE.				
8. PORTA ROLLO INTEGRADO EN LA PARTE INFERIOR DEL RESPALDO.				
9. PORTA PIERNERAS EN LA PARTE TRASERA DE LA MESA.				
10. PIERNERAS ACOJINADAS Y FORRADAS EN VINIL COLOR NEGRO.				
11. DIMENSIONES:				
11.1. LONGITUD TOTAL: 185 CM.				
11.2. ANCHO: 70 CM.				
11.3. ALTURA 80 CM				
12. INCLINACIÓN DE RESPALDO MÍNIMO 65°				
13. POSICIÓN DE PELVIS MÍNIMO 5°				
14. CAPACIDAD DE CARGA DE 150 KG.				
15. TOLERANCIA EN LAS DIMENSIONES DE ± 10%.				
16. FIJADA A LA UNIDAD MÓVIL PARA EVITAR DAÑOS DURANTE LA TRANSPORTACIÓN				
17. ALIMENTACIÓN: 120 V ± 10%, 50/60 HZ.				

### IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA

OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN,	DESCRIPCIÓN DEL OFERENTE	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ REALIZAR EN LA INSTALACIÓN DEL BIEN LO SIGUIENTE:		

1.1. TOMAR EN CUENTA LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD HOSPITALARIA, DERIVADO DE SU VISITA SON LAS CARACTERÍSTICAS CON LAS QUE SE ENTREGARÁN LAS ÁREAS DONDE SE INSTALARÁN LOS EQUIPOS, POR LO QUE PARA LA INSTALACIÓN DE LOS MISMOS EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ HACER LAS ADECUACIONES NECESARIAS EN CASO DE QUE SE REQUIERA, SIN COSTO PARA LA SECRETARÍA.		
1.2.- REALIZAR EL TRANSPORTE, DESEMBALAJE, ENTREGA E INSTALACIÓN, SIN COSTO PARA LA SECRETARÍA PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO.		
1.3.- LAS MANIOBRAS DE ACARREO HASTA EL LUGAR DE LA INSTALACIÓN, INCLUYENDO ELEVACIÓN CON GRÚA EN CASO DE SER NECESARIO DE LOS BIENES, SERÁ RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR ADJUDICADO SIN GENERAR COSTO ADICIONAL PARA LA SECRETARÍA.		
1.4.- SI DURANTE LAS MANIOBRAS DE CARGA, DESCARGA, ENTREGA, RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN DEL BIEN LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA SUFRIERA ALGÚN DAÑO ESTE SERÁ CUBIERTO POR EL PROVEEDOR.		
1.5.- PRUEBAS DE CALIDAD DEL EQUIPO CONFORME A NORMATIVIDAD, POSTERIOR A LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO Y PREVIO A SU RECEPCIÓN DEFINITIVA.		
2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:		
2.1.- ENTREGAR EN ELECTRÓNICO Y/O IMPRESO UN JUEGO DEL MANUAL DE USUARIO Y/O DE OPERACIÓN Y UN JUEGO DE LA GUÍA RÁPIDA EN IDIOMA ESPAÑOL.		
2.2.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA CONVOCANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".		

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

PRESENTAR LO SIGUIENTE:	HIPERVÍNCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO)	NÚMERO DE DOCUMENTO	VIGENCIA	EVALUACIÓN
<b>1.- REGISTRO SANITARIO:</b>				
1.1.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EMITIDO POR LA COFEPRIS, ANVERSO Y REVERSO.				
1.2.- REGISTRO SANITARIO <b>NO VIGENTE</b> : PRÓRROGA Y COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHOS.				
1.3.- EN CASO DE QUE EL BIEN NO REQUIERA REGISTRO SANITARIO: CARTA DE NO REQUIRIMIENTO EMITIDA POR LA COFEPRIS O COPIA DE LA PUBLICACIÓN DEL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DE FECHA 7 DE JULIO DE 2025.				
<b>CERTIFICADOS</b>				
2.- CERTIFICADO 13485:2016				
3.- CERTIFICADO DE LA NOM-741-SSA1-2025. BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.				
<b>PARA BIENES INTERNACIONALES ANEXAR ADEMÁS:</b>				
4.- CERTIFICADO DE LIBRE VENTA: FDA O CE O JIS O EQUIVALENTE SEGÚN PAÍS DE ORIGEN.				
5.- CERTIFICADO ISO:13485:2016.				
<b>CARTA DE APOYO</b>				
<b>1.- CARTA DE FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b>				
1.1.- CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO, EN PAPEL MEMBRATADO.				
<b>2.- DISTRIBUIDOR QUE COMPRA DIRECTAMENTE AL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b>				
2.1.- CARTA DE APOYO EN PAPEL MEMBRATADO DEL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO AL OFERENTE.				

118

X

Y				
2.2.- CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRETADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.				
3.- DISTRIBUIDOR SECUNDARIO QUE COMPRA DIRECTAMENTE A UN DISTRIBUIDOR AUTORIZADO				
3.1.- CARTA DE APOYO DEL DISTRIBUIDOR PRIMARIO AL OFERENTE (DISTRIBUIDOR SECUNDARIO).				
3.2.- CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRETADO POR EL DISTRIBUIDOR PRIMARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO.				
ó				
3.3.- DOCUMENTACIÓN PROBATORIA DEL ACUERDO O CONTRATO DE LA ASIGNACIÓN COMO DISTRIBUIDOR PRIMARIO EN MÉXICO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR				

 CIUDAD DE MÉXICO SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS	<b>FICHA TÉCNICA DE EQUIPO MÉDICO</b>		FOLIO DMTI: 058-2025
	IDENTIFICADOR DE FICHA:		NO. DE PARTIDA: 3993
			VERSIÓN: 2 - 2025

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

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN			
NOMBRE:	COLPOSCOPIO	CANTIDAD:	6
DEFINICIÓN:	EQUIPO RODABLE, DE MAGNIFICACIÓN VISUAL, CON FINES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS EN VAGINA O CERVIX.	CLAVE SAICA:	NA

III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN				
ESPECIFICACIONES DEL BIEN	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	HIPERVÍNCULO (REFERENCIA A CATALOGOS, MANUALES, O CUALQUIER OTRO RECURSO QUE DESCRIBA EL BIEN OFERTADO)	PÁGINA DEL CATALOGO, MANUAL O FOLLETO DEL ARCHIVO PDF	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
<b>1.- DESCRIPCIÓN:</b>				
1.1.- COLPOSCOPIO				
1.2.- EQUIPO CON VISION: ESTEREOSCÓPICA, BINOCULAR O TRIDIMENSIONAL				
1.3.- ESTATIVO FIJO, RODABLE O ADAPTABLE A UNA SILLA O CAMA GINECOLÓGICA COMO PARTE DEL SISTEMA				
1.4.- CARACTERÍSTICAS GENERALES:				
1.4.1.- SISTEMA QUE PERMITA ADAPTAR ACCESORIOS NECESARIOS O DESEADOS.				
1.4.2.- SISTEMA QUE PERMITA MÚLTIPLES POSICIONAMIENTOS.				
1.5.- CARACTERÍSTICAS DEL ESTATIVO:				
1.5.1.- COLUMNA-ESTATIVO RODABLE O FIJO:				
1.5.1.1.- PRIMER BRAZO, BRAZO DE SOPORTE O BRAZO MÓVIL:				
1.5.1.1.1.- LONGITUD DE AL MENOS 400 MM.				
1.5.1.1.2.- ÁNGULO DE GIRO DE AL MENOS 300° O ±150°.				
1.5.1.2.- SEGUNDO BRAZO, BRAZO BASCULANTE O BRAZO AUTO COMPENSADO:				
1.5.1.2.1.- LONGITUD DE AL MENOS 550 MM.				
1.5.1.2.2.- ÁNGULO DE GIRO DE AL MENOS 300° O ±150°.				
1.5.1.2.3.- SISTEMA AUTO COMPENSADO.				
1.5.1.2.4.- SISTEMA DE BALANCEO MANUAL.				
1.5.1.2.5.- CARRERA VERTICAL DE AL MENOS 300 MM O ±150 MM.				
1.5.2.- CARACTERÍSTICAS DE LA BASE:				
1.5.2.1.- BASE CON AL MENOS 4 RUEDAS.				

158

7

1.5.2.2.- SISTEMA DE FRENOS EN AL MENOS 2 RUEDAS.				
1.6.- CARACTERÍSTICAS DEL MICROSCOPIO O CABEZAL:				
1.6.1.- CARACTERÍSTICAS DE LA ÓPTICA.				
1.6.1.1.- ÓPTICA GRAN ANGULAR.				
1.6.1.2.- SISTEMA DE AUMENTO (O ZOOM) CONTINUO O EN PASOS.				
1.6.1.3.- SISTEMA DE ENFOQUE FINO.				
1.6.2.- CARACTERÍSTICAS DEL TUBO BINOCULAR:				
1.6.2.1.- TUBO RECTO O ANGULADO.				
1.6.2.2.- CON AJUSTE DE LA DISTANCIA INTERPUPILAR.				
1.6.2.3.- OCULARES DE 10 X O MAYOR.				
1.6.2.4.- CON COMPENSACIÓN DE AMETROPIAS DE ± 5 DIOPTRÍAS O MAYOR.				
1.6.2.5.- CONCHA OCULAR INTEGRADA AJUSTABLE.				
1.6.3.- OBJETIVO CON DISTANCIA DE TRABAJO EN UN RANGO DE ENTRE 200 A 400 MM.				
1.7.- CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE ILUMINACIÓN:				
1.7.1.- LUZ HALÓGENO, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE CADA HOSPITAL.				
1.7.2.- FILTRO VERDE INTEGRADO.				
1.7.3.- FUENTE DE LUZ DE REPUESTO EN CASO DE LA QUE FUENTE DE LUZ PRINCIPAL FALLE, EN CASO DE QUE LA TECNOLOGÍA ASÍ LO REQUIERA.				
1.7.4.- SISTEMA DE ILUMINACIÓN COAXIAL DIRECTA O POR MEDIO DE FIBRA ÓPTICA (LUZ FRÍA), EN CASO DE QUE LA TECNOLOGÍA ASÍ LO REQUIERA.				
1.7.5.- SISTEMA DE CAMBIO RÁPIDO PARA LA LUZ DE REPUESTO, EN CASO DE QUE LA TECNOLOGÍA ASÍ LO REQUIERA.				
1.7.6.- INCLUIR SISTEMA DE VIDEO CON MONITOR GRADO MÉDICO.				
1.8.- TRES EQUIPOS DESTINADOS A USO EN UNIDAD MÓVIL Y TRES EN SEDES FIJAS.				
<b>2.- ACCESORIOS:</b>				
2.1.- SISTEMA DE IMPRESIÓN (A COLOR) COMPATIBLE CON LA TECNOLOGÍA OFERTADA.				
2.2.- MEDIO DE ALMACENAMIENTO EXTERNO INCLUIDO DE 16 GB COMO MÍNIMO (MEMORIA EXTRAÍBLE USB).				
2.4.- EN CASO DE TENER ILUMINACIÓN CON HALÓGENO INCLUIR LÁMPARA DE REPUESTO DE 12 V O 100 W COMO MÍNIMO.				
2.5.- RESPALDO DE ENERGÍA (UPS).				
3 ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA 120V, 60 HZ. ±10%				

IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA		
OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL OFERENTE	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
<b>1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ REALIZAR EN LA INSTALACIÓN DEL BIEN LO SIGUIENTE:</b>  1.1.- TOMAR EN CUENTA LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD HOSPITALARIA, DERIVADO DE SU VISITA SON LAS CARACTERÍSTICAS CON LAS QUE SE ENTREGARÁN LAS ÁREAS DONDE SE INSTALARÁN LOS EQUIPOS, POR LO QUE PARA LA INSTALACIÓN DE LOS MISMOS EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ HACER LAS ADECUACIONES NECESARIAS EN CASO DE QUE SE REQUIERA, SIN COSTO PARA LA SECRETARÍA.  1.2.- REALIZAR EL TRANSPORTE, DESEMBALAJE, ENTREGA E INSTALACIÓN, SIN COSTO PARA LA SECRETARÍA PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO.  1.3.- LAS MANIOBRAS DE ACARREO HASTA EL LUGAR DE LA INSTALACIÓN, INCLUYENDO ELEVACIÓN CON GRÚA EN CASO DE SER NECESARIO DE LOS BIENES, SERÁ RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR ADJUDICADO SIN GENERAR COSTO ADICIONAL PARA LA SECRETARÍA.		

128

f

1.4. SI DURANTE LAS MANIOBRAS DE CARGA, DESCARGA, ENTREGA, RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN DEL BIEN LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA SUFRIERA ALGÚN DAÑO ESTE SERÁ CUBIERTO POR EL PROVEEDOR.		
1.5 - PRUEBAS DE CALIDAD DEL EQUIPO CONFORME A NORMATIVIDAD, POSTERIOR A LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO Y PREVIO A SU RECEPCIÓN DEFINITIVA.		
<b>2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:</b>		
2.1.- ENTREGAR EN ELECTRÓNICO Y/O IMPRESO UN JUEGO DEL MANUAL DE USUARIO Y/O DE OPERACIÓN Y UN JUEGO DE LA GUÍA RÁPIDA EN IDIOMA ESPAÑOL.		
2.2.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA CONVOCANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".		

<b>V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)</b>				
<b>PRESENTAR LO SIGUIENTE:</b>	<b>HIPERVÍNCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO)</b>	<b>NÚMERO DE DOCUMENTO</b>	<b>VIGENCIA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<b>1.- REGISTRO SANITARIO:</b>				
1.1.- REGISTRO SANITARIO <b>VIGENTE</b> EMITIDO POR LA COFEPRIS, ANVERSO Y REVERSO.				
1.2.- REGISTRO SANITARIO <b>NO VIGENTE</b> : PRÓRROGA Y COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHOS.				
1.3.-EN CASO DE QUE EL BIEN NO REQUIERA REGISTRO SANITARIO: CARTA DE NO REQUIRIMIENTO EMITIDA POR LA COFEPRIS O COPIA DE LA PUBLICACIÓN DEL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DE FECHA 7 DE JULIO DE 2025.				
2.- CERTIFICADO DE CALIDAD ISO-9001.				
3.- CERTIFICADO DE LA NOM-241 SSA1-2025. BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.				
<b>PARA BIENES INTERNACIONALES ANEXAR ADEMÁS:</b>				
4.- CERTIFICADO DE LIBRE VENTA: FDA O CE O JIS O EQUIVALENTE SEGÚN PAÍS DE ORIGEN.				
5.- CERTIFICADO ISO:13485:2016				
<b>CARTA DE APOYO</b>				
<b>1.- CARTA DE FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b>				
1.1.- CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO, EN PAPEL MEMBRATADO.				
<b>2.- DISTRIBUIDOR QUE COMPRA DIRECTAMENTE AL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b>				
2.1.-CARTA DE APOYO EN PAPEL MEMBRATADO DEL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO AL OFERENTE.				
Y				
2.2.- CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRATADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.				
<b>3.- DISTRIBUIDOR SECUNDARIO QUE COMPRA DIRECTAMENTE A UN DISTRIBUIDOR AUTORIZADO</b>				
3.1.- CARTA DE APOYO DEL DISTRIBUIDOR PRIMARIO AL OFERENTE (DISTRIBUIDOR SECUNDARIO).				
3.2.- CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRATADO POR EL DISTRIBUIDOR PRIMARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO.				
ó				

Handwritten signature in green ink.

Handwritten signature in pink ink.

3.3.- DOCUMENTACIÓN PROBATORIA DEL ACUERDO O CONTRATO DE LA ASIGNACIÓN COMO DISTRIBUIDOR PRIMARIO EN MÉXICO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.			
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

 CIUDAD DE MÉXICO SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS	<b>FICHA TÉCNICA DE EQUIPO MÉDICO</b>		FOLIO DMTI: 058-2025
	IDENTIFICADOR DE FICHA:		NO. DE PARTIDA: 3993
			VERSIÓN: 2 - 2025

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

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN			
NOMBRE:	TERMÓMETRO INFRARROJO	CANTIDAD:	3
DEFINICIÓN:	TERMÓMETRO INFRARROJO QUE PERMITE MEDIR LA TEMPERATURA DEL CUERPO HUMANO POR ACERCAMIENTO A LA PIEL EN DIVERSAS PARTES.	CLAVE SAICA:	NA

III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN				
ESPECIFICACIONES DEL BIEN	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	HIPERVÍNCULO (REFERENCIA A CATALOGOS, MANUALES, O CUALQUIER OTRO RECURSO QUE DESCRIBA EL BIEN OFERTADO)	PÁGINA DEL CATALOGO, MANUAL O FOLLETO DEL ARCHIVO PDF	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1.1. MEDICIÓN DE TEMPERATURA CORPORAL SIN NECESIDAD DE CONTACTO				
1.2. MEDICIONES EN GRADOS CELSIUS Y FAHRENHEIT				
1.3. PANTALLA DE ALTA RESOLUCIÓN				
1.4. PRECISIÓN DE TEMPERATURA CORPORAL +/- 3°				
1.5. SISTEMA ÓPTICO SIN CONTACTO 5 A 8 CM				
1.6. SISTEMA DE ALARMAS				
1.7. CON USO DE BATERIAS				

IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA		
OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL OFERENTE	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
<b>1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ REALIZAR EN LA INSTALACIÓN DEL BIEN LO SIGUIENTE:</b>		
1.1. TOMAR EN CUENTA LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD HOSPITALARIA, DERIVADO DE SU VISITA SON LAS CARACTERÍSTICAS CON LAS QUE SE ENTREGARÁN LAS ÁREAS DONDE SE INSTALARÁN LOS EQUIPOS, POR LO QUE PARA LA INSTALACIÓN DE LOS MISMOS EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ HACER LAS ADECUACIONES NECESARIAS EN CASO DE QUE SE REQUIERA, SIN COSTO PARA LA SECRETARÍA.		
1.2.- REALIZAR EL TRANSPORTE, DESEMBALAJE, ENTREGA E INSTALACIÓN, SIN COSTO PARA LA SECRETARÍA PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO.		
1.3.- LAS MANIOBRAS DE ACARREO HASTA EL LUGAR DE LA INSTALACIÓN, INCLUYENDO ELEVACIÓN CON GRÚA EN CASO DE SER NECESARIO DE LOS BIENES, SERÁ RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR ADJUDICADO SIN GENERAR COSTO ADICIONAL PARA LA SECRETARÍA.		
1.4.- SI DURANTE LAS MANIOBRAS DE CARGA, DESCARGA, ENTREGA, RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN DEL BIEN LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA SUFRIERA ALGÚN DAÑO ESTE SERÁ CUBIERTO POR EL PROVEEDOR.		

Handwritten signature or initials in green ink.

1.5.- PRUEBAS DE CALIDAD DEL EQUIPO CONFORME A NORMATIVIDAD, POSTERIOR A LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO Y PREVIO A SU RECEPCIÓN DEFINITIVA.		
2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:		
2.1.- ENTREGAR EN ELECTRÓNICO Y/O IMPRESO UN JUEGO DEL MANUAL DE USUARIO Y/O DE OPERACIÓN Y UN JUEGO DE LA GUÍA RÁPIDA EN IDIOMA ESPAÑOL.		
2.2.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA CONVOCANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".		

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

PRESENTAR LO SIGUIENTE:	HIPERVÍNCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO)	NÚMERO DE DOCUMENTO	VIGENCIA	EVALUACIÓN
<b>1.- REGISTRO SANITARIO:</b>				
1.1.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EMITIDO POR LA COFEPRIS, ANVERSO Y REVERSO.				
1.2.- REGISTRO SANITARIO NO VIGENTE: PRÓRROGA Y COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHOS.				
1.3.-EN CASO DE QUE EL BIEN NO REQUIERA REGISTRO SANITARIO: CARTA DE NO REQUIMIENTO EMITIDA POR LA COFEPRIS O COPIA DE LA PUBLICACIÓN DEL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION DE FECHA 7 DE JULIO DE 2025.				
2.- CERTIFICADO DE CALIDAD ISO-9001.				
3.- CERTIFICADO DE LA NOM-241-SSA1-2025. BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.				
<b>PARA BIENES INTERNACIONALES ANEXAR ADEMÁS:</b>				
4.- CERTIFICADO DE LIBRE VENTA: FDA O CE O JIS O EQUIVALENTE SEGÚN PAÍS DE ORIGEN.				
5.- CERTIFICADO ISO.13485:2016.				
<b>CARTA DE APOYO</b>				
<b>1.- CARTA DE FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b>				
1.1.- CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO, EN PAPEL MEMBRATADO.				
<b>2.- DISTRIBUIDOR QUE COMPRA DIRECTAMENTE AL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b>				
2.1.- CARTA DE APOYO EN PAPEL MEMBRATADO DEL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO AL OFERENTE.				
Y				
2.2.- CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRATADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.				
<b>3.- DISTRIBUIDOR SECUNDARIO QUE COMPRA DIRECTAMENTE A UN DISTRIBUIDOR AUTORIZADO</b>				
3.1.- CARTA DE APOYO DEL DISTRIBUIDOR PRIMARIO AL OFERENTE (DISTRIBUIDOR SECUNDARIO).				
3.2.- CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRATADO POR EL DISTRIBUIDOR PRIMARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO.				

118

2

0				
3.3.- DOCUMENTACIÓN PROBATORIA DEL ACUERDO O CONTRATO DE LA ASIGNACIÓN COMO DISTRIBUIDOR PRIMARIO EN MÉXICO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.				

 CIUDAD DE MÉXICO SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS	<b>FICHA TÉCNICA DE EQUIPO MÉDICO</b>		FOLIO DMTI: 058-2025
	IDENTIFICADOR DE FICHA:		NO. DE PARTIDA: 3993
			VERSIÓN: 2 - 2025

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

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN			
NOMBRE:	OXIMETRO DE PULSO DE DEDO	CANTIDAD:	3
DEFINICIÓN:	EQUIPO PORTÁTIL PARA REGISTRO Y CONTROL CONTINUO DEL NIVEL DE SATURACIÓN DE OXÍGENO EN LA SANGRE Y LA FRECUENCIA DEL PULSO, CON FINES DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS. EQUIPO PORTÁTIL PARA LA MEDICIÓN DEL NIVEL DE SATURACIÓN DE OXÍGENO EN UN DEDO.	CLAVE SAICA:	NA

III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN				
ESPECIFICACIONES DEL BIEN	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	HIPERVÍNCULO (REFERENCIA A CATALOGOS, MANUALES, O CUALQUIER OTRO RECURSO QUE DESCRIBA EL BIEN OFERTADO)	PÁGINA DEL CATALOGO, MANUAL O FOLLETO DEL ARCHIVO PDF	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1.1 OXIMETRO TIPO DEDAL				
1.2 MEDICIÓN DE SPO2 Y FRECUENCIA DE PULSO				
1.3 CON PANTALLA Y SISTEMA DE ALARMAS				
1.4 SPO2				
1.4.1 RANGO DE MEDICIÓN 70 A100 %				
1.4.2 RESOLUCIÓN DE AL MENOS +/-1%				
1.5 FRECUENCIA DE PULSO				
1.5.1 RANGO DE MEDICIÓN DE 30 A 250 BIPM				
1.6 CON USO DE BATERIAS				

IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA		
OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL OFERENTE	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
<b>1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ REALIZAR EN LA INSTALACIÓN DEL BIEN LO SIGUIENTE:</b>  1.1. TOMAR EN CUENTA LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD HOSPITALARIA, DERIVADO DE SU VISITA SON LAS CARACTERÍSTICAS CON LAS QUE SE ENTREGARÁN LAS ÁREAS DONDE SE INSTALARÁN LOS EQUIPOS, POR LO QUE PARA LA INSTALACIÓN DE LOS MISMOS EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ HACER LAS ADECUACIONES NECESARIAS EN CASO DE QUE SE REQUIERA, SIN COSTO PARA LA SECRETARÍA.  1.2.- REALIZAR EL TRANSPORTE, DESEMBALAJE, ENTREGA E INSTALACIÓN, SIN COSTO PARA LA SECRETARÍA PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO.  1.3.- LAS MANIOBRAS DE ACARREO HASTA EL LUGAR DE LA INSTALACIÓN, INCLUYENDO ELEVACIÓN CON GRÚA EN CASO DE SER NECESARIO DE LOS BIENES, SERÁ RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR ADJUDICADO SIN GENERAR COSTO ADICIONAL PARA LA SECRETARÍA.		

118

7

1.4.- SI DURANTE LAS MANIOBRAS DE CARGA, DESCARGA, ENTREGA, RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN DEL BIEN LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA SUFRIERA ALGÚN DAÑO ESTE SERÁ CUBIERTO POR EL PROVEEDOR.		
1.5.- PRUEBAS DE CALIDAD DEL EQUIPO CONFORME A NORMATIVIDAD, POSTERIOR A LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO Y PREVIO A SU RECEPCIÓN DEFINITIVA.		
<b>2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:</b>		
2.1.- ENTREGAR EN ELECTRÓNICO Y/O IMPRESO UN JUEGO DEL MANUAL DE USUARIO Y/O DE OPERACIÓN Y UN JUEGO DE LA GUÍA RÁPIDA EN IDIOMA ESPAÑOL.		
2.2.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA CONVOCANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".		

<b>V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)</b>				
<b>PRESENTAR LO SIGUIENTE:</b>	<b>HIPERVÍNCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO)</b>	<b>NÚMERO DE DOCUMENTO</b>	<b>VIGENCIA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<b>1.- REGISTRO SANITARIO:</b>				
1.1.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EMITIDO POR LA COFEPRIS, ANVERSO Y REVERSO.				
1.2.- REGISTRO SANITARIO NO VIGENTE: PRÓRROGA Y COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHOS.				
1.3.- EN CASO DE QUE EL BIEN NO REQUIERA REGISTRO SANITARIO: CARTA DE NO REQUIRIMIENTO EMITIDA POR LA COFEPRIS O COPIA DE LA PUBLICACIÓN DEL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DE FECHA 7 DE JULIO DE 2025.				
2.- CERTIFICADO DE CALIDAD ISO:9001.				
3.- CERTIFICADO DE LA NOM-241-SSA1-2025. BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.				
<b>PARA BIENES INTERNACIONALES ANEXAR ADEMÁS:</b>				
4.- CERTIFICADO DE LIBRE VENTA: FDA O CE O JIS O EQUIVALENTE SEGÚN PAÍS DE ORIGEN.				
5.- CERTIFICADO ISO:13485:2016.				
<b>CARTA DE APOYO</b>				
<b>1.- CARTA DE FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b>				
1.1 - CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO, EN PAPEL MEMBRATADO.				
<b>2.- DISTRIBUIDOR QUE COMPRA DIRECTAMENTE AL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b>				
2.1 -CARTA DE APOYO EN PAPEL MEMBRATADO DEL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO AL OFERENTE.				
Y				
2.2.- CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRATADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.				
<b>3.- DISTRIBUIDOR SECUNDARIO QUE COMPRA DIRECTAMENTE A UN DISTRIBUIDOR AUTORIZADO</b>				

HS

T

3.1 - CARTA DE APOYO DEL DISTRIBUIDOR PRIMARIO AL OFERENTE (DISTRIBUIDOR SECUNDARIO)			
--------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

 CIUDAD DE MÉXICO <b>SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO</b> SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS	<b>FICHA TÉCNICA DE INSTRUMENTAL</b>		FOLIO DMTI: 058-2025
	IDENTIFICADOR DE FICHA:		NO. DE PARTIDA: 3993
			VERSIÓN: 2 - 2025

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

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN			
NOMBRE:	SET DE COLPOSCOPIA	CANTIDAD:	6
DEFINICIÓN:	INSTRUMENTAL DE COLPOSCOPIA	CLAVE SAICA:	NA

III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN				
ESPECIFICACIONES DEL BIEN	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	HIPERVÍNCULO (REFERENCIA A CATALOGOS, MANUALES, O CUALQUIER OTRO RECURSO QUE DESCRIBA EL BIEN OFERTADO)	PÁGINA DEL CATÁLOGO, MANUAL O FOLLETO DEL ARCHIVO PDF	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1. PINZA ANILLOS FOERSTER CURVA ESTRIADA DE 25 CM DE LONGITUD				
2. PINZA POZZI DE 25 CM DE LONGITUD				

IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA		
OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL OFERENTE	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
<b>1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ REALIZAR EN LA INSTALACIÓN DEL BIEN LO SIGUIENTE:</b>  1.1. TOMAR EN CUENTA LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD HOSPITALARIA, DERIVADO DE SU VISITA SON LAS CARACTERÍSTICAS CON LAS QUE SE ENTREGARÁN LAS ÁREAS DONDE SE INSTALARÁN LOS EQUIPOS, POR LO QUE PARA LA INSTALACIÓN DE LOS MISMOS EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ HACER LAS ADECUACIONES NECESARIAS EN CASO DE QUE SE REQUIERA, SIN COSTO PARA LA SECRETARÍA.  1.2.- REALIZAR EL TRANSPORTE, DESEMBALAJE, ENTREGA E INSTALACIÓN, SIN COSTO PARA LA SECRETARÍA PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO.  1.3.- LAS MANIOBRAS DE ACARREO HASTA EL LUGAR DE LA INSTALACIÓN, INCLUYENDO ELEVACIÓN CON GRÚA EN CASO DE SER NECESARIO DE LOS BIENES, SERÁ RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR ADJUDICADO SIN GENERAR COSTO ADICIONAL PARA LA SECRETARÍA.  1.4.- SI DURANTE LAS MANIOBRAS DE CARGA, DESCARGA, ENTREGA, RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN DEL BIEN LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA SUFRIERA ALGÚN DAÑO ESTE SERÁ CUBIERTO POR EL PROVEEDOR.  1.5.- PRUEBAS DE CALIDAD DEL EQUIPO CONFORME A NORMATIVIDAD, POSTERIOR A LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO Y PREVIO A SU RECEPCIÓN DEFINITIVA.		
<b>2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:</b>  2.1.- ENTREGAR EN ELECTRÓNICO Y/O IMPRESO UN JUEGO DEL MANUAL DE USUARIO Y/O DE OPERACIÓN Y UN JUEGO DE LA GUÍA RÁPIDA EN IDIOMA ESPAÑOL.		

118

2.2.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA CONVOCANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".		
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)				
PRESENTAR LO SIGUIENTE:	HIPERVÍNCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO)	NÚMERO DE DOCUMENTO	VIGENCIA	EVALUACIÓN
<b>1.- REGISTRO SANITARIO:</b>				
1.1.- REGISTRO SANITARIO <b>VIGENTE</b> EMITIDO POR LA COFEPRIS, ANVERSO Y REVERSO.				
1.2.- REGISTRO SANITARIO <b>NO VIGENTE</b> . PRÓRROGA Y COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHOS.				
1.3.- EN CASO DE QUE EL BIEN NO REQUIERA REGISTRO SANITARIO. CARTA DE NO REQUIRIMIENTO EMITIDA POR LA COFEPRIS O COPIA DE LA PUBLICACIÓN DEL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DE FECHA 22 DE DICIEMBRE DE 2014.				
2.- CERTIFICADO DE CALIDAD ISO-9001.				
3.- CERTIFICADO DE LA NOM-241-SSA1-2025. BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.				
<b>PARA BIENES INTERNACIONALES ANEXAR ADEMÁS:</b>				
4.- CERTIFICADO DE LIBRE VENTA. FDA O CE O JIS O EQUIVALENTE SEGÚN PAÍS DE ORIGEN.				
5.- CERTIFICADO ISO-13485:2016.				
<b>CARTA DE APOYO</b>				
CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO, DISTRIBUIDOR PRIMARIO Y/O SECUNDARIO				

 CIUDAD DE MÉXICO SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS	<b>FICHA TÉCNICA DE EQUIPO MÉDICO</b>		FOLIO DMTI: 058-2025
	IDENTIFICADOR DE FICHA:		NO. DE PARTIDA: 3993
			VERSIÓN: 2 - 2025

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

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN			
NOMBRE:	CUBETA DE PATADA CON CUBETA, BASE Y CUBETA	CANTIDAD:	3
DEFINICIÓN:	CUBETA DE PATADA CON CUBETA	CLAVE SAICA:	NA

III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN				
ESPECIFICACIONES DEL BIEN	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	HIPERVÍNCULO (REFERENCIA A CATALOGOS, MANUALES, O CUALQUIER OTRO RECURSO QUE DESCRIBA EL BIEN OFERTADO)	PÁGINA DEL CATÁLOGO, MANUAL O FOLLETO DEL ARCHIVO PDF	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1. PORTACUBETA: 35 CM DE FRENTE X 35 CM A SUS COSTADOS X 30 CM DE ALTURA (TOLERANCIA 1 CM +/- EN SUS DIMENSIONES GENERALES)				
2. CUBETA 20 CM DE BASE X 28 CM DE SUPERFICIE X 25 CM DE ALTURA (TOLERANCIA 1 CM +/- EN SUS DIMENSIONES GENERALES)				
3. PORTACUBETA:				
3.1. ARILLO DE LÁMINA DE ACERO INOXIDABLE TIPO AISI-304, CALIBRE NO.18 DE 38 MM (1 ½") DE ANCHO, ACABADO PULIDO				
3.2. BANDA PARA PROTECCIÓN PERIMETRAL DE HULE GRIS				
3.3. RODAJA DE HULE NEGRO (PLANA O DE BOLA) DE 41 MM (5/8") DE DIÁMETRO DE ACABADO CROMADO				

11-8

11-8

3.4 SOPORTE DE ACERO INOXIDABLE TIPO AISI-304, CALIBRE NO. 18 DE 38 MM (1 ½") DE ANCHO, ACABADO PULIDO			
4. CUBETA:			
4.1. ASA DE ACERO INOXIDABLE, REDONDO DE 6.3 MM (1/4") DE DIÁMETRO			
4.2 "CUERPO" DE LÁMINA DE ACERO INOXIDABLE CALIBRE NO. 20 ACABADO PULIDO MATE			

IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA		
OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL OFERENTE	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
<b>1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ REALIZAR EN LA INSTALACIÓN DEL BIEN LO SIGUIENTE:</b>		
1.1. TOMAR EN CUENTA LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD HOSPITALARIA, DERIVADO DE SU VISITA SON LAS CARACTERÍSTICAS CON LAS QUE SE ENTREGARÁN LAS ÁREAS DONDE SE INSTALARÁN LOS EQUIPOS, POR LO QUE PARA LA INSTALACIÓN DE LOS MISMOS EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ HACER LAS ADECUACIONES NECESARIAS EN CASO DE QUE SE REQUIERA, SIN COSTO PARA LA SECRETARÍA.		
1.2.- REALIZAR EL TRANSPORTE, DESEMBALAJE, ENTREGA E INSTALACIÓN, SIN COSTO PARA LA SECRETARÍA PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO.		
1.3.- LAS MANIOBRAS DE ACARREO HASTA EL LUGAR DE LA INSTALACIÓN, INCLUYENDO ELEVACION CON GRÚA EN CASO DE SER NECESARIO DE LOS BIENES, SERÁ RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR ADJUDICADO SIN GENERAR COSTO ADICIONAL PARA LA SECRETARÍA.		
1.4.- SI DURANTE LAS MANIOBRAS DE CARGA, DESCARGA, ENTREGA, RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN DEL BIEN LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA SUFRIERA ALGÚN DAÑO ESTE SERÁ CUBIERTO POR EL PROVEEDOR.		
1.5.- PRUEBAS DE CALIDAD DEL EQUIPO CONFORME A NORMATIVIDAD, POSTERIOR A LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO Y PREVIO A SU RECEPCIÓN DEFINITIVA.		
<b>2.- EN EL ACTO DE APERTURA, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN DEL BIEN EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ:</b>		
2.1.- ENTREGAR EN ELECTRÓNICO Y/O IMPRESO UN JUEGO DEL MANUAL DE USUARIO Y/O DE OPERACIÓN Y UN JUEGO DE LA GUÍA RÁPIDA EN IDIOMA ESPAÑOL.		
2.2.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA CONVOCANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".		

V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)				
PRESENTAR LO SIGUIENTE:	HIPERVÍNCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO)	NÚMERO DE DOCUMENTO	VIGENCIA	EVALUACIÓN
<b>1.- REGISTRO SANITARIO:</b>				
1.1.- REGISTRO SANITARIO VIGENTE EMITIDO POR LA COFEPRIS, ANVERSO Y REVERSO.				
1.2.- REGISTRO SANITARIO NO VIGENTE: PRÓRROGA Y COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHOS.				
1.3.- EN CASO DE QUE EL BIEN NO REQUIERA REGISTRO SANITARIO: CARTA DE NO REQUIMIENTO EMITIDA POR LA COFEPRIS O COPIA DE LA PUBLICACIÓN DEL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DE FECHA 7 DE JULIO DE 2025.				
2.- CERTIFICADO DE CALIDAD ISO-9001.				
3.- CERTIFICADO DE LA NOM-241-SSA1-2025. BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR COFEPRIS.				
<b>PARA BIENES INTERNACIONALES ANEXAR ADEMÁS:</b>				

118

X

4- CERTIFICADO DE LIBRE VENTA: FDA O CE O JIS O EQUIVALENTE SEGÚN PAÍS DE ORIGEN.				
5.- CERTIFICADO ISO:13485:2016				
<b>CARTA DE APOYO</b>				
<b>1.- CARTA DE FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b>				
1.1.- CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO, EN PAPEL MEMBRATADO.				
<b>2.- DISTRIBUIDOR QUE COMPRA DIRECTAMENTE AL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b>				
2.1.-CARTA DE APOYO EN PAPEL MEMBRATADO DEL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO AL OFERENTE.				
Y				
2.2 - CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRATADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.				
<b>3.- DISTRIBUIDOR SECUNDARIO QUE COMPRA DIRECTAMENTE A UN DISTRIBUIDOR AUTORIZADO</b>				
3.1.- CARTA DE APOYO DEL DISTRIBUIDOR PRIMARIO AL OFERENTE (DISTRIBUIDOR SECUNDARIO).				
3.2.- CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRATADO POR EL DISTRIBUIDOR PRIMARIO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO.				
Ó				
3.3 - DOCUMENTACIÓN PROBATORIA DEL ACUERDO O CONTRATO DE LA ASIGNACIÓN COMO DISTRIBUIDOR PRIMARIO EN MÉXICO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.				

 CIUDAD DE MÉXICO SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS	<b>FICHA TÉCNICA DE EQUIPO MÉDICO</b>		FOLIO DMTI. 058-2025
	IDENTIFICADOR DE FICHA:		NO. DE PARTIDA:3993
			VERSIÓN: 2 - 2025

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

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN			
NOMBRE:	UNIDAD MÓVIL	CANTIDAD:	3
DEFINICIÓN:	UNIDAD MÉDICA MÓVIL EN PRESTAMO PARA PROPORCIONAR EL SERVICIO DE COLPOSCOPIA	CLAVE SAICA:	NA

III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN				
ESPECIFICACIONES DEL BIEN	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	HIPERVÍNCULO (REFERENCIA A CATALOGOS, MANUALES, O CUALQUIER OTRO RECURSO QUE DESCRIBA EL BIEN OFERTADO)	PÁGINA DEL CATALOGO, MANUAL O FOLLETO DEL ARCHIVO PDF	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1. UNIDAD MÓVIL				
2. CAPACIDAD DE CARGA DE MÍNIMO 1500 KG				
3. MOTOR DE GASOLINA				

4. APERTURA DE PUERTAS TRASERAS Y UNA LATERAL.				
5. LOGO DE LA EMPRESA				
6. MÁXIMO DIEZ AÑOS DE ANTIGÜEDAD				
7. 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.				
8. DIMENSIONES MÍNIMAS:				
8.1. LARGO: 6.20 m				
8.2. ANCHO: 2 m				
8.3. ALTO 2.6 m				
8.4. ANCHO DE PUERTA LATERAL: 1.2 m				
INTERIOR:				
9. TARJA Y DEPOSITO DE AGUA				
10. MÓDULO DE ASEO DE MANOS				
11. VESTIDOR CON BAÑO				
12. PERCHERO PARA LA ROPA DE LA PACIENTE				
13. LUGAR PARA COLOCAR EQUIPO Y MOBILIARIO DESCRITO EN LAS FICHAS TÉCNICAS ANTERIORES				
14. LUGAR PARA COLOCAR LAS MUESTRAS DE PRUEBAS DE CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA Y VPH/AR.				
15. ACCESO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ, RAMPAS O ELEVADOR.				
16. MÍNIMO 3 TOMAS DE ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA.				

IV. RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA		
OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL OFERENTE	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1.- EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ REALIZAR EN LA INSTALACIÓN DEL BIEN LO SIGUIENTE:		
1.1.- LAS MANIOBRAS DE ACARREO HASTA EL LUGAR DE LA INSTALACIÓN, SERÁ RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR ADJUDICADO SIN GENERAR COSTO ADICIONAL PARA LA SECRETARÍA.		
1.2.- SI DURANTE LAS MANIOBRAS DE CARGA, DESCARGA, ENTREGA, RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN DEL BIEN LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA SUFRIERA ALGÚN DAÑO ESTE SERÁ CUBIERTO POR EL PROVEEDOR.		
1.3.- PRUEBAS DE CALIDAD DEL EQUIPO CONFORME A NORMATIVIDAD,		
1.4.- COLOCAR SIN COSTO ADICIONAL PARA LA CONVOCANTE LAS ETIQUETAS ESTABLECIDAS EN EL "ANEXO TÉCNICO".		

V. DOCUMENTACIÓN (REGISTRO SANITARIO, CERTIFICACIONES Y CARTA DE APOYO)				
PRESENTAR LO SIGUIENTE:	HIPERVÍNCULO (COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO)	NÚMERO DE DOCUMENTO	VIGENCIA	EVALUACIÓN
1.- LICENCIAS Y VERIFICACIONES				
1.1.- COPIA DE LA ÚLTIMA VERIFICACIÓN DEL AÑO ANTERIOR O LA MÁS RECIENTE:				
1.2.- COPIA DEL PAGO DE LA TENENCIA				
1.3.- COPIA DE CONSTANCIA DE REGISTRO REPUE:				

 CIUDAD DE MÉXICO SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS	<b>FICHA TÉCNICA DE EQUIPO MÉDICO</b>		FOLIO DMTI: 058-2025
	IDENTIFICADOR DE FICHA:		NO. DE PARTIDA: 3993
			VERSIÓN: 2 - 2025

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

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN			
NOMBRE:	EQUIPO DE APOYO Y REGISTRO	CANTIDAD:	VARIOS

DEFINICIÓN:	EQUIPO DE APOYO Y REGISTRO	CLAVE SAICA:	NA
-------------	----------------------------	--------------	----

**III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN**

ESPECIFICACIONES DEL BIEN	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	HIPERVÍNCULO (REFERENCIA A CATALOGOS, MANUALES, O CUALQUIER OTRO RECURSO QUE DESCRIBA EL BIEN OFERTADO)	PÁGINA DEL CATÁLOGO, MANUAL O FOLLETO DEL ARCHIVO PDF	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
<b>1.1. Escritorio (3)</b>				
<b>1.2. Banco giratorio de acero inoxidable. (6)</b>				
<b>1.3. Computadoras portátiles (7)</b>				
1.3.1. Sistema operativo windows diez home, incluye licencia perpetua				
1.3.2. Deberá contar como minimo con procesador Core i5 dúo minimo.				
1.3.3. Velocidad 1.6 Hz hasta 2.4 Ghz				
1.3.4. Motor gráfico intel HD graphics				
1.3.5. Memoria RAM: 4 GB mínimo				
1.3.6. Unidad de estado sólido de capacidad mínima de 500 GB.				
1.3.7. Pantalla 15.6 pulgadas				
1.3.7.3. Tipo LED				
1.3.7.2. Resolución de la pantalla 1366 x 768				
1.3.7.4. Conectividad via LAN y WIFI				
1.3.8. Conectividad HDMI, BLUETOOTH, USB 2.0, USB 3.0, Lector de tarjetas.				
1.3.9. Unidad optica CD/DVD RW +/-				
1.3.10. Paqueteria Office 2016 o superior, incluye licencia perpetua				
1.3.11. Una computadora portátil donde indique la JUD de Instrumentación de Proyectos.				
<b>1.4. Conexión a Internet. (7)</b>				
1.4.1. Seis computadoras portátiles de las unidades móviles y sedes fijas deberán contar con acceso a Internet mediante modem fijo y/o móvil.				
1.4.2. Una computadora portátil donde indique la JUD de Instrumentación de proyectos deberá contar con acceso a Internet mediante modem fijo.				
<b>1.5. Un multifuncional empresarial (1)</b>				
1.5.1. Multifuncional blanco y negro de alto rendimiento.				
1.5.2. Resolucion de como mínimo de 600x600 ppp (puntos por pulgada)				
1.5.3. Capacidad de escanear a color y blanco y negro.				
1.5.4. Capacidad de escanear a sobre cristal y en fajo, mazo o manojo de documentos de hasta 100 hojas de forma automática.				
1.5.5. Imprima al menos 50 ppm (páginas por minuto)				
1.5.6. Al menos 2 bandejas				
1.5.6.1. Capacidad para 500 y 150 hojas.				
1.5.6.2. Que acepte gramajes desde 52-300 g/m2				
1.5.7. Con al menos 1 dispositivo USB 2.0 de alta velocidad para leer y almacenar documentos escaneados de forma automática en formato PDF.				
1.5.8. Un puerto ethernet gigabit				
1.5.9. Conexión USB PRINT-PC				
1.5.10. Tóner compatible con la multifuncional con capacidad de al menos 26,000 páginas.				
1.5.11. El multifuncional se colocará donde indique la JUD de Instrumentación de Proyectos.				

158

1.5.12. Suministro de los tóner requeridos para las impresoras durante durante la prestación del servicio, cuando lo solicite la JUD de Instrumentación de Proyectos.				
1.6. Impresora láser a blanco y negro. (6)				
1.6.1. Suministro de los tóner requeridos durante la prestación del servicio.				

 CIUDAD DE MÉXICO SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS	<b>FICHA TÉCNICA DE SOFTWARE</b>		FOLIO DMTI: 058-2025
	IDENTIFICADOR DE FICHA:		NO. DE PARTIDA: 3993
			VERSIÓN: 2 - 2025

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

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN			
NOMBRE:	SOFTWARE CON ETIQUETADORA	CANTIDAD:	6
DEFINICIÓN:	SISTEMA DE CONTROL DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	CLAVE COMPENDIO:	NA

III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN				
ESPECIFICACIONES DEL BIEN	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	HIPERVINCULO (REFERENCIA A CATALOGOS, MANUALES, O CUALQUIER OTRO RECURSO QUE DESCRIBA EL BIEN OFERTADO)	PÁGINA DEL CATÁLOGO, MANUAL O FOLLETO DEL ARCHIVO PDF	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1. TIPO DE SISTEMA				
1.1. EL SISTEMA DEBE INSTALARSE EN LAS COMPUTADORAS DE LAS UNIDADES MÓVILES Y SEDES INDICADAS POR LA JUD DE INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS.				
1.2. DEBERÁ ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL.				
2. FUNCIONALIDAD DEL SISTEMA:				
2.1. DEBERÁ TENER LA CAPACIDAD DE REGISTRAR, GESTIONAR, IMPRIMIR Y CONVERTIR EN CÓDIGO DE BARRAS O CÓDIGO QR LOS SIGUIENTES DATOS				
2.1.1. NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE.				
2.1.2. FECHA DE NACIMIENTO DE LA PACIENTE.				
2.1.3. FECHA DE TOMA DE MUESTRA.				
2.1.4. NOMBRE DE LAS PRUEBAS A REALIZAR:				
2.1.4.1. CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA.				
2.1.4.2. VPH/AR.				
2.2. LAS ETIQUETAS DEBERÁN SER CAPACES DE RESISTIR LAS CONDICIONES EMPLEADAS EN LOS LABORATORIOS, SIN COMPROMETER SU LEGIBILIDAD.				
2.3. EL SISTEMA DEBE PERMITIR LA REIMPRESIÓN DE ETIQUETAS.				
3. HARDWARE				
3.1. IMPRESORA DE ETIQUETAS DE CÓDIGO DE BARRAS Y/O CÓDIGO QR.				

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



**ANEXO 1.4  
FICHA TÉCNICA DE INSUMOS**

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

Handwritten signature in green ink.

Handwritten mark in pink ink.



# ANEXO 1.4 FICHA TÉCNICA DE INSUMOS

**SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO**  
 SUBSECRETARÍA DE REGISTRO Y FARMACOVIGILANCIA  
 FOLIO DPTO: 004-2021  
 PARTIDA PRESUPUESTAL: 1913  
 VIGESIMOSÉPTIMA SECCIÓN

**FICHA TÉCNICA DE INSUMOS**  
 NOMBRE DEL OPERANTE: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_

II. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LOS BIENES SOLICITADOS Y OFERTADAS		CARACTERÍSTICAS OPERATIVAS				DOCUMENTOS, REFERENCIAS Y REFERENCIADOS				EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)		
No.	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	UNIDAD DE MEDIDA	PAÍS DE ORIGEN	MARCA	NOM DE COMERCIO O NOM DE LA REFERENCIA	REFERENCIA EN CATALOGOS MANUALES, O CATALOGOS OFICIALES DEL BIEN OFERTADO	PAGINA DEL CATALOGO, CARATULA, FOLLETO DEL ARCHIVO POP	CARTA DE APOYO POR LA PROPIEDAD POR LA COPEPRIS	REQUERIMIENTO DE REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA COPEPRIS O COPIA DE LA FOLIO OFICIAL DE LA FEDERACION	CESTICADO DE URSE, VENTA FOA O ELO JIS O EQUIVALENTE A SU PAIS DE ORIGEN	PARA BIENES DE ORIGEN EXTRANJERO CERTIFICADO FOS 2008-2014 Y NOM-243-SSA1-2012	PARA BIENES DE ORIGEN EXTRANJERO CERTIFICADO FOS 2008-2014 Y NOM-243-SSA1-2012
1	DESEA VITAMINA B12 EN SOLUCION ORAL	PEZA										
2	DESEA VITAMINA B12 EN SOLUCION ORAL	PEZA										
3	DESEA VITAMINA B12 EN SOLUCION ORAL	PEZA										
4	DESEA VITAMINA B12 EN SOLUCION ORAL	PEZA										
<b>NOT PARA FACILITAR</b>												
5	DESEA VITAMINA B12 EN SOLUCION ORAL	PEZA										
6	DESEA VITAMINA B12 EN SOLUCION ORAL	PEZA										
7	DESEA VITAMINA B12 EN SOLUCION ORAL	PEZA										
8	DESEA VITAMINA B12 EN SOLUCION ORAL	PEZA										
<b>INSUMOS DE BUREZA Y DESCRIPCION</b>												
9	DESEA VITAMINA B12 EN SOLUCION ORAL	PEZA										
10	DESEA VITAMINA B12 EN SOLUCION ORAL	PEZA										
11	DESEA VITAMINA B12 EN SOLUCION ORAL	PEZA										
12	DESEA VITAMINA B12 EN SOLUCION ORAL	PEZA										
13	DESEA VITAMINA B12 EN SOLUCION ORAL	PEZA										
<b>INSUMOS PARA COLONOSCOPIA</b>												
14	DESEA VITAMINA B12 EN SOLUCION ORAL	PEZA										
15	DESEA VITAMINA B12 EN SOLUCION ORAL	PEZA										
16	DESEA VITAMINA B12 EN SOLUCION ORAL	PEZA										
17	DESEA VITAMINA B12 EN SOLUCION ORAL	PEZA										

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_  
 FIRMA: \_\_\_\_\_  
 C.E. (COPIAR)

HS

X



### ANEXO 1.5 ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS

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

IDENTIFICADAS CON UNA ETIQUETA INDICANDO:

- NOMBRE DE LA EMPRESA.
- NÚMERO DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN.
- NÚMERO DE RENGLÓN Y DESCRIPCIÓN MARCA Y LUGAR DE PROCEDENCIA DEL INSUMO.

LA ETIQUETA DEBERÁ ESTAR PERFECTAMENTE ADHERIDA A LA MUESTRA, DERIVADO QUE EL ÁREA USUARIA NO SE HARÁ RESPONSABLE SI EN LA EVALUACIÓN NO SE ENCUENTRA IDENTIFICADA LA MUESTRA.

CON LA FINALIDAD DE VERIFICAR QUE LAS MUESTRAS CUMPLAN CON LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS, DICHAS MUESTRAS DEBERÁN INDICAR EN EL EMPAQUE PRIMARIO Y/O SECUNDARIO LAS CARACTERÍSTICAS CON LA FINALIDAD DE NO TENER QUE ABRIR LOS MISMOS.

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

#### RELACIÓN DE MUESTRAS

NO.	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN
1	UNIDAD MÓVIL EQUIPADA	PIEZA	1	
2	MESA DE EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA	PIEZA	1	
3	COLPOSCOPIO	PIEZA	1	
4	TERMÓMETRO INFRARROJO	PIEZA	1	
5	OXÍMETRO DE PULSO DE DEDO	PIEZA	1	
6	SET DE COLPOSCOPIA	PIEZA	1	
7	ESPEJOS VAGINALES GRAVES CHICO DESECHABLES	PIEZA	1	
8	ESPEJOS VAGINALES GRAVES MEDIANO-DESECHABLES	PIEZA	1	
9	ESPEJOS VAGINALES GRAVES GRANDE DESECHABLES	PIEZA	1	
10	PINZA RETRACTORA DE LA PARED VAGINAL	PIEZA	1	
11	BATA DESECHABLE PARA PACIENTE	PIEZA	1	
12	JUEGO DE SÁBANAS DESECHABLE PARA LA MESA DE EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA	PIEZA	1	
13	PAR DE GUANTES DE NITRIL O POLIBUTADINE ACRYLONITRIL, LIBRE DE LÁTEX, AMBIDIESTRO, DESECHABLE, NO ESTÉRIL	PIEZA	1	
14	CUBREBOCAS TRICAPA PLISADO Y TERMOSELLADO, O MASCARILLAS QUIRURGICAS CON FILTRACIÓN BACTERIANA DEL 99%	PIEZA	1	
15	GEL ANTISÉPTICO PARA MANOS QUE NO REQUIERE ENGUAJE, FORMULADO A BASE DE ALCOHOL ETÍLICO DE 60-80% W/W ADICIONADO CON HUMECTANTES Y EMOLIENTES, HIPOALERGÉNICO.	PIEZA	1	
16	ALCOHOL DESNATURALIZADO.	PIEZA	1	
17	GASA SECA CORTADA, DE ALGODÓN, LARGO 10 CM, ANCHO 10 CM.	PIEZA	1	
18	ALGODÓN EN TORUNDAS CON TORUNDERO.	PIEZA	1	

118

32





19	SOLUCION CONCENTRADA ESTERILIZANTE EN FRIO PARA PREPARAR GLUTARALDEHIDO AL 8.5%+0.5%, TENSIOACTIVO NO IONICO, NI CATIONICO, 2.0%+ 0.8% Y (PERFUME), SIN FORMOL. FRASCO CON UN LITRO Y DOSIFICADOR DE 20 ML INTEGRADO.	PIEZA	1	
20	YODO AL 2%	PIEZA	1	
21	ACIDO ACÉTICO AL 5%	PIEZA	1	
22	CEPILLO PARA ESTUDIO CITOLÓGICO (TOMA DE MUESTRA) DEL CANAL ENDOCERVICAL A BASE DE COLECTOR CELULAR, CON CERDAS SUAVES FIJADAS A UN MANGO ARISTADO. ESTÉRIL Y DESECHABLE	PIEZA	1	
23	FRASCO (VIAL) CON 15 ML DE SOLUCIÓN PARA FIJACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE CITOLOGÍA CERVICAL	PIEZA	1	
24	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DE DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN	PIEZA	3	
25	SOFTWARE CON ETIQUETADORA	PIEZA	1	

FIRMAS DE LOS EVALUADORES

NOMBRE DEL PERSONAL DE LA DGPSMU
FIRMA

NOMBRE DEL PERSONAL DE LA DMTI
FIRMA

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

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

*Handwritten signature in green ink.*

*Handwritten signature in pink ink.*



CIUDAD DE MÉXICO  
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

**ANEXO 1.6**  
**FORMATO PARA REPORTE DE INCIDENTES Y/O DESVIACIONES EN LA CALIDAD DE DISPOSITIVOS MÉDICOS.**

UNIDAD HOSPITALARIA:	(1)		
SERVICIO:	(2)		
FECHA:	(3)	FOLIO:	(4)
<b>DATOS DE QUIEN ELABORA EL REPORTE</b>			
NOMBRE COMPLETO:	(5)		
CARGO:	(6)		
E-MAIL:	(7)		
TELÉFONO DE CONTACTO:	(8)		
<b>DATOS DEL INSUMO PARA LA SALUD</b>			
TIPO DE REPORTE:	(9) INCIDENTE ADVERSO ( )	MALA CALIDAD ( )	
CLAVE INTERNA Y/O CLAVE COMPENDIO:	(10)		
DESCRIPCIÓN:	(11)		
MARCA:	(12)		
FECHA DE ENTRADA:	(13)		
NUMERO DE CONTRATO:	(14)		
PROVEEDOR:	(15)		
FECHA DE CADUCIDAD:	(16)		
LOTE:	(17)		
PAÍS DE FABRICACIÓN:	(18)		
CANTIDAD DE PIEZAS DEFECTUOSAS:	(19)	MUESTRA ADJUNTA Y/O EVIDENCIA FOTOGRÁFICA:	(20) SI ( ) NO ( )
(21) DESCRIPCIÓN DE LA DESVIACIÓN DE CALIDAD DEL INSUMO: (¿QUE PASÓ?):			
EL INSUMO CAUSO ALGÚN DAÑO EN EL PACIENTE:			
(22) SI: ( )			
INTERVENCIÓN MÉDICA ( )	DAÑO INDIRECTO ( )		
DEFICIENCIA PERMANENTE DE UNA FUNCIÓN CORPORAL ( )	DAÑO O MUERTE FETAL ( )		
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ( )	HOSPITALIZACIÓN ( )		
DAÑO PERMANENTE A UNA ESTRUCTURA CORPORAL ( )	(21)		
OTROS, ESPECIFIQUE:			
NO: ( )			
(23) ¿EL INSUMO FUE REPORTADO A OTRA AUTORIDAD? ( ) NO		( ) SI	
CUAL (ESPECIFIQUE):			
OBSERVACIONES:			

<b>VO. BO. DE LA AUTORIDAD RESPONSABLE</b>	
NOMBRE DEL DIRECTOR: (24)	FECHA: (25)
FIRMA: (26)	SELLO UNIDAD HOSPITALARIA (27)





INSTRUCTIVO PARA EL CORRECTO LLENADO DEL FORMATO "FORMATO PARA REPORTE DE INCIDENTES Y/O DESVIACIONES EN LA CALIDAD DE DISPOSITIVOS MÉDICOS", EL CUAL FUE ELABORADO CON EL FIN DE CONTAR CON INFORMACIÓN CONCISA RESPECTO A LOS INSUMOS PARA LA SALUD REPORTADOS POR MALA CALIDAD, LO CUAL PERMITIRÁ INFORMAR EN TIEMPO Y FORMA AL ÁREA CORRESPONDIENTE PARA DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LOS CONTRATOS, ASÍ COMO EL SEGUIMIENTO DEL REPORTE HASTA SU CONCLUSIÓN.

1. NOMBRE DE LA UNIDAD HOSPITALARIA QUE ELABORA EL REPORTE.
2. NOMBRE DEL SERVICIO QUE IDENTIFICA Y ELABORA EL REPORTE.
3. FECHA DE ELABORACIÓN DEL REPORTE.
4. FOLIO: EL NÚMERO DE FOLIO SERÁ ASIGNADO POR PERSONAL DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS UNA VEZ RECIBIDO EL REPORTE.
5. NOMBRE COMPLETO DE QUIEN ELABORA EL REPORTE.
6. CARGO DE QUIEN ELABORA EL REPORTE.
7. CORREO ELECTRÓNICO DE QUIEN ELABORA EL REPORTE.
8. NÚMERO TELEFÓNICO DE QUIEN ELABORA EL REPORTE.
9. INDICAR CON UNA "X" SI SE TRATA DE INCIDENTE ADVERSO O MALA CALIDAD DEL INSUMO.
10. ANOTAR CLAVE INTERNA Y/O CLAVE COMPENDIO DEL DISPOSITIVO MÉDICO REPORTADO.
11. DESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO MÉDICO TAL Y COMO ESTA EN COMPENDIO Y/O LISTADO INTERNO.
12. MARCA DEL DISPOSITIVO MÉDICO.
13. FECHA EN QUE SE ABASTECIÓ EL DISPOSITIVO MÉDICO A LA UNIDAD HOSPITALARIA
14. NUMERO DE CONTRATO BAJO EL CUAL SE ADQUIRIÓ EL DISPOSITIVO MÉDICO
15. NOMBRE DEL PROVEEDOR QUE ABASTECIÓ EL DISPOSITIVO MÉDICO.
16. INDICAR FECHA DE CADUCIDAD, LA CUAL SE ENCUENTRA IMPRESA EN EL ENVASE PRIMARIO O EN EL EMPAQUE SECUNDARIO.
17. EL NÚMERO DE LOTE, SE ENCUENTRA IMPRESO EN EL ENVASE PRIMARIO O EN EL EMPAQUE SECUNDARIO.
18. INDICAR EL PAÍS DE FABRICACIÓN.
19. SE DEBERÁ INDICAR EL NÚMERO DE PIEZAS DETECTADAS DEFECTUOSAS (1, 2, 3, ETC.).
20. ADJUNTAR MUESTRA FÍSICA DEL DISPOSITIVO MÉDICO Y/O EVIDENCIA FOTOGRÁFICA PARA EVALUACIÓN TÉCNICA Y/O CANJE CON EL PROVEEDOR.
21. EN ESTE NUMERAL LA UNIDAD HOSPITALARIA DEBERÁ INDICAR ESPECIFICAR LA PROBLEMÁTICA PRESENTADA CON EL USO DEL DISPOSITIVO MÉDICO.
22. SEÑALAR SI EL DISPOSITIVO MÉDICO CAUSO ALGÚN DAÑO EN EL PACIENTE Y EN QUÉ CONSISTIÓ.
23. EN ESTE NUMERAL LA UNIDAD HOSPITALARIA DEBERÁ INDICAR A QUE OTRA AUTORIDAD FUE REPORTADO EL DISPOSITIVO MÉDICO (COFEPRIS, CENTRO NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA Y/O TECNOVIGILANCIA).
24. SE DEBERÁ ANOTAR NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD RESPONSABLE DE LA UNIDAD HOSPITALARIA.
25. FECHA EN QUE SE ENVÍA EL REPORTE.
26. FIRMA DE LA AUTORIDAD DEL HOSPITAL.
27. SELLO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA



**ANEXO 1.7**  
**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**NOMBRE PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **AÑOS FECHA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
**CURP:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE:** \_\_\_\_\_

**1. ¿QUÉ ES LA COLPOSCOPÍA?**

LA COLPOSCOPÍA ES UN PROCEDIMIENTO GINECOLÓGICO QUE PERMITE OBSERVAR CON MAYOR DETALLE EL CUELLO UTERINO, LA VAGINA Y LA VULVA MEDIANTE UN INSTRUMENTO LLAMADO COLPOSCOPIO. ESTE ESTUDIO SE REALIZA GENERALMENTE CUANDO SE DETECTAN ALTERACIONES EN EL PAPANICOLAOU O PARA SEGUIMIENTO DE LESIONES CERVICALES.

**2. ¿QUÉ ES LA CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA?**

ES UN PROCEDIMIENTO MEDIANTE EL CUAL SE RECOLECTAN CÉLULAS DEL CUELLO UTERINO EN UN FRASCO CON LÍQUIDO PARA SU POSTERIOR ANÁLISIS.

**3. ¿QUÉ ES LA PRUEBA DEL VPH/AR?**

ES UNA PRUEBA DE LABORATORIO PARA DETECTAR LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) DE ALTO RIESGO (AR). ASÍ COMO LOS TIPOS DE VPH QUE PUEDEN CAUSAR CAMBIOS CELULARES EN EL CUELLO UTERINO QUE PODRÍAN DERIVAR EN CÁNCER, ESTA SE REALIZA A PACIENTES EN EL RANGO DE EDAD DE 35 A 64 AÑOS.

**4. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO**

EL OBJETIVO ES IDENTIFICAR LESIONES PRECANCEROSAS, INFECCIONES O ANOMALÍAS QUE REQUIERAN TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO.

**5. PROCEDIMIENTO**

PARA LA CORRECTA REALIZACIÓN DE ESTE EXAMEN, ES NECESARIO QUE LA PACIENTE CUMPLA CON LAS INDICACIONES DE PREPARACIÓN SUMINISTRADAS, EN LAS CUALES SE INCLUYE:

- EL NO USO DE CREMAS, ÓVULOS O DUCHAS VAGINALES.
- EVITE TENER RELACIONES SEXUALES EN LOS 3 DÍAS PREVIOS AL ESTUDIO.
- AUSENCIA DE SANGRADO, MÍNIMO DE 5 DÍAS POSTERIORES AL ÚLTIMO DÍA DEL PERIODO MENSTRUAL Y DURANTE LOS 5 DÍAS PREVIOS A LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN.

DURANTE EL EXAMEN, SE INTRODUCE A LA CAVIDAD VAGINAL UN ESPEJO ESTÉRIL. SE UTILIZAN LÍQUIDOS ESPECIALES QUE SE APLICAN EN EL CUELLO DEL ÚTERO; ESTOS PUEDEN ORIGINAR MOLESTIAS COMO ARDOR MOMENTÁNEO, QUE DESAPARECE A LOS POCO MINUTOS O A LO LARGO DEL DÍA, PARA LA CITOLOGÍA Y PRUEBA DE VPH/AR SE UTILIZA UN CEPILLO PARA RECOGER LAS CÉLULAS DEL CUELLO UTERINO PARA SU POSTERIOR EXAMINACIÓN EN LABORATORIO. EL EXAMEN EN SU TOTALIDAD TIENE UNA DURACIÓN DE APROXIMADAMENTE 20 MINUTOS. DURANTE EL PROCEDIMIENTO SE UTILIZA EQUIPO DE VIDEO O FOTOGRAFÍA PARA LA OBTENCIÓN DE IMÁGENES Y EL REPORTE DE LOS RESULTADOS.

EN EL 10 AL 15% DE LOS PACIENTES, PUEDE SER NECESARIO REPETIR EL PROCEDIMIENTO EN UNA NUEVA OCASIÓN. CUANDO ES ASÍ, LA CONDUCTA A SEGUIR DEPENDERÁ DE CADA CASO EN PARTICULAR, Y SE DISCUTIRÁ CON USTED CUAL ES LA SIGUIENTE CONDUCTA A SEGUIR.

**ANTECEDENTES**

ME HE REALIZADO PREVIAMENTE EL ESTUDIO	SI _____ NO _____
ME HE REALIZADO PAPANICOLAOU PREVIAMENTE	SI _____ NO _____
ESTOY EMBARAZADA O SOSPECHO ESTARLO	SI _____ NO _____
SOY ALÉRGICA AL YODURO DE LUGOL O DERIVADOS DE YODO	SI _____ NO _____

NO EXISTE CONTRAINDICACIÓN DE ESTE ESTUDIO EN EL EMBARAZO, SIN EMBARGO, ES IMPORTANTE CONOCER SU ESTADO PREVIO. POR FAVOR, PREGUNTE ACERCA DE CUALQUIER COSA QUE NO ENTIENDA.

Página 36



OCASIONALMENTE, CON MUY BAJA FRECUENCIA SE PUEDEN PRODUCIR ALGUNAS COMPLICACIONES COMO:

- DOLOR POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO, EL CUAL NORMALMENTE CEDE ESPONTÁNEAMENTE, O CON EL USO DE ANALGÉSICOS.
- SANGRADO POSTERIOR A LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.
- RARAMENTE, REACCIÓN VAGAL, QUE NORMALMENTE CEDE ESPONTÁNEAMENTE, O BIEN, CON ASISTENCIA MÉDICA. LAS REACCIONES VAGALES SE PRESENTAN COMO SUDORACIÓN, O SENSACIÓN DE DESMAYO.
- REACCIONES IDIOSINCRÁTICAS AL PROCEDIMIENTO O FÁRMACOS EMPLEADOS.

**6. BENEFICIOS**

- DETECCIÓN OPORTUNA DE LESIONES QUE PUEDEN PREVENIR EL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.
- ORIENTACIÓN PARA TRATAMIENTO ADECUADO.

**7. CONFIDENCIALIDAD**

TODA LA INFORMACIÓN OBTENIDA SERÁ TRATADA CON CONFIDENCIALIDAD CONFORME A LOS ARTICULOS 51 BIS 1 Y 51 BIS 2, DE LA LEY GENERAL DE SALUD, LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS DE LA CDMX Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

**8. CONSENTIMIENTO**

DECLARO QUE HE LEÍDO ATENTAMENTE Y RECIBIDO INFORMACIÓN CLARA, SUFICIENTE Y COMPRENSIBLE. HE TENIDO OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y TODAS HAN SIDO RESPONDIDAS SATISFACTORIAMENTE, ACLARANDO MIS DUDAS SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE COLPOSCOPIA Y LAS TOMAS DE MUESTRA DE CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA Y VPH/AR, ASI COMO LOS RIESGOS QUE CONLLEVA EL PROCEDIMIENTO Y LAS TOMAS DE MUESTRA.

DECLARO QUE CUMPLO CON EL RANGO DE LA EDAD DE 35 A 64 AÑOS ESTABLECIDO PARA REALIZARME LA PRUEBA DE VPH/AR. SI ( ) NO ( )

**AUTORIZO:** SI ( ) NO ( ) A DAR MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE EFECTÚE EL PROCEDIMIENTO DE COLPOSCOPIA Y LA TOMA DE MUESTRA POR LOS PROFESIONALES QUE PRECISEN. SOY CONSCIENTE DE LAS IMPLICACIONES DE MI DECISIÓN Y RECONOZCO QUE PUEDO RETIRAR EL PRESENTE CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO, INCLUSO DE MANERA VERBAL SIEMPRE QUE SEA ANTES DE LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO.

EN VIRTUD DE LO ANTERIOR, MANIFIESTO QUE ESTOY SATISFECHA CON LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA, COMPRENDO EL ALCANCE Y LOS RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO Y, BAJO ESTAS CONDICIONES, OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE EL PROCEDIMIENTO DE COLPOSCOPIA Y TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA Y/O VPH/AR (SI APLICA):

NOMBRE Y FIRMA PACIENTE	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO	NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA

IF



**ANEXO 1.8**  
**FORMATO DE RESULTADO DE COLPOSCOPIA**

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS



**ANEXO 1.8**  
**FORMATO DE RESULTADO DE COLPOSCOPIA**

Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Fecha de la consulta: \_\_\_\_\_ (Día/Mes/Año)  
Colposcopista: \_\_\_\_\_

**HALLAZGOS**

Colposcopia Adecuada Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Inadecuada Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
por: \_\_\_\_\_

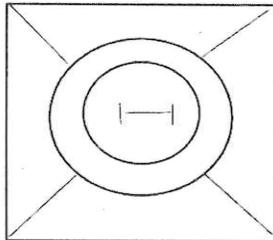
Unión escamo columnar:

Completamente visible Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Parcialmente visible Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
No visible Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Tipo de zona de transformación

Tipo 1   
Tipo 2   
Tipo 3

(Dibuje la UEC, epitelio acetoblancos, punteado, mosaico, vasos atípicos y demás lesión)



**EPITELIO ESCAMOSO ORIGINAL**

Maduro Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Atrófico Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**EPITELIO COLUMNAR**

ECTOPIA Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**EPITELIO ESCAMOSO METAPLÁSICO**

Quistes de naboth Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Aberturas glandulares y/o  
criptas glandulares Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS ANORMALES**

**GRADO 1**

Epitelio acetoblancos delgado Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Borde irregular Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Mosaico fino Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Puntillado fino Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

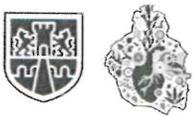
**GRADO 2**

Epitelio acetoblancos denso Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Orificios glandulares abiertos  
con bordes cornificados Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Mosaico grueso Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Puntillado grueso Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Bordes delimitados Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

118

T





CIUDAD DE MÉXICO  
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

**NO ESPECIFICADOS**

**SCHILLER POSITIVO NEGATIVO**

**VASOS NORMALES**

Red fina capilar Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Red aumentada (Colpitis) Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**ECTASIA**

Vasos dilatados con distribución normal Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**VASOS ATÍPICOS**

Horquilla Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Sacacorchos Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Cambios bruscos de dirección Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Vasos dilatados Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Con interrupciones bruscas Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**HALLAZGOS VARIOS**

Condiloma Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Pólipo Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS NORMALES**

\_\_\_\_\_ Inflamación Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Infección(especifique): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Leucoplasia Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Condiloma Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Pólipo Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ NIC de bajo grado Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ NIC de alto grado Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Carcinoma invasor (especificar ubicación): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Otros (especificar): \_\_\_\_\_

Otros hallazgos (marque con):

\_\_\_\_\_ La lesión afecta al endocérvix  
\_\_\_\_\_ Se induce fácilmente la hemorragia mucosa  
\_\_\_\_\_ Cervicitis  
\_\_\_\_\_ Flujo blanco grisáceo  
\_\_\_\_\_ Flujo amarillo  
\_\_\_\_\_ Flujo verdoso  
\_\_\_\_\_ Flujo hialino  
\_\_\_\_\_ Flujo blanco  
\_\_\_\_\_ Flujo hemático  
\_\_\_\_\_ Otros  
\_\_\_\_\_ (especificar): \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO COLPOSCÓPICO**

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

**Recomendaciones:**

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

Nombre completo del Colposcopista: \_\_\_\_\_

Cédula profesional: \_\_\_\_\_

Firma del Colposcopista: \_\_\_\_\_

Handwritten signature in green ink and a pink mark.





**CIUDAD DE MÉXICO**  
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

## ANEXO 1.9 FORMATO DE REGISTRO DE ESTUDIOS DE COLPOSCOPIA



SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS

SERVICIO INTEGRAL DE ESTUDIOS DE COLPOSCOPIAS  
PROGRAMA DE ATENCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO

REPORTE MENSUAL DE RESULTADOS DE COLPOSCOPIAS CON CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA Y VPH/AR

SEDE: \_\_\_\_\_  
ALCALDÍA: \_\_\_\_\_  
COLONIA: \_\_\_\_\_  
MÉDICO: \_\_\_\_\_  
ENFERMERA: \_\_\_\_\_

FECHA: 

DÍA (DD)	MES (MM)	AÑO (AAAA)
----------	----------	------------

CÉDULA MED: \_\_\_\_\_  
CÉDULA ENFER: \_\_\_\_\_

NO.	FOLIO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	ENTIDAD DE NACIMIENTO	SEXO	CURP	DOMICILIO	ALCALDÍA	2 TELÉFONOS O NÚMEROS DE CONTACTO	OCCUPACIÓN	GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS	FECHA DE ESTUDIO DE COLPOSCOPIA	DIAGNÓSTICO DE COLPOSCOPIA	DIAGNÓSTICO DE CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA	DIAGNÓSTICO DE VPH/AR (SI APLICA)	MÉDICO RESPONSABLE	RECOMENDACIONES A LA PACIENTE	FECHA DE ENTREGA DEL ESTUDIO	FECHA DE ENTREGA EN LA COORDINACIÓN DE MEDIBUSES		
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

NOMBRE DE QUIEN ENTREGA LA INFORMACIÓN: \_\_\_\_\_ NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN EN LA COORDINACIÓN DE MEDIBUSES: \_\_\_\_\_



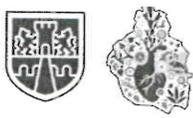
2026  
año de  
Margarita  
Maza



2026  
AÑO MUNDIALISTA

F

P



**ANEXO 1.10  
 LISTADO DE EQUIPO MÉDICO PROPUESTO**

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

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

NO.	EQUIPO MÉDICO	MARCA	MODELO	PLACA UNIDAD MÓVIL (SI APLICA)	AÑOS DE FABRICACIÓN	CERTIFICADO DE ORIGEN
1	MESA DE EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA			(6)		
2	COLPOSCOPIO EN UNIDAD MÓVIL					
3	MESA DE EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA					
4	COLPOSCOPIO EN UNIDAD MÓVIL					
5	MESA DE EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA					
6	COLPOSCOPIO EN UNIDAD MÓVIL					
7	COLPOSCOPIO EN SEDE					
8	COLPOSCOPIO EN SEDE					
9	COLPOSCOPIO EN SEDE					

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

*Handwritten signature in green ink.*

**INSTRUCTIVO DE LLENADO:**

1. SEÑALAR LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO.
2. INDICAR EL NÚMERO RESPECTIVO.
3. ANOTAR EL NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA PARTICIPANTE.
4. CITAR EL NOMBRE O RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DE LA EMPRESA PARTICIPANTE.
5. CARÁCTER DE LA CONTRATACIÓN.
6. COLOCAR EL NÚMERO DE PLACA SOLO EN EL CASO DE LAS UNIDADES MÓVILES.
7. ANOTAR EL NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA PARTICIPANTE.





ANEXO 19  
FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA

USAR EL FORMATO DE LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA 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 19**  
**FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA DEL SERVICIO DE ESTUDIOS DE COLPOSCOPIA**

**I. DATOS DEL OFERENTE**

EMPRESA:  
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

**II. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LOS BIENES SOLICITADOS Y OFERTADAS**

No.	DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS				CARACTERÍSTICAS OFERTADAS				EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
		UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO	UNIDAD DE MEDIDA OFERTADA	CANT. OFERTADA	MARCA	NÚM. DE CATALOGO, NÚM DE PARTE O NÚM. DE REFERENCIA	PAÍS DE ORIGEN	
1	MESA DE EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA	EQUIPO	3							
2	COLPOSCOPIO	EQUIPO	6							
4	TERMOMETRO INFRARROJO	EQUIPO	3							
5	OXÍMETRO DE PULSO	EQUIPO	3							
6	SET DE COLPOSCOPIA	INSTRUMENTAL	6							
7	CUBETA DE PATADA CON PORTACUBETA	MOBILIARIO	3							
8	UNIDAD MÓVIL	UNIDAD MÓVIL	3							
9	ESCRITORIO	EQUIPO	3							
10	BIANCO GIRATORIO	EQUIPO	6							
11	COMPUTADORAS PORTÁTILES	EQUIPO	7							
12	CONEXION A INTERNET	EQUIPO	7							
13	MULTIFUNCIONAL EMPRESARIAL	EQUIPO	1							
14	IMPRESORA LASER A BLANCO Y NEGRO	CONEXIÓN	6							
15	SOFTWARE CON ETIQUETADORA	SOFTWARE / EQUIPO	6							
16	ESPEJO VAGINAL GRAVES CHICO DE 75x20 mm DESECHABLE	PIEZA	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO							
17	ESPEJO VAGINAL GRAVES MEDIANO DE 95x35 mm DESECHABLE	PIEZA	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO							
18	ESPEJO VAGINAL GRAVES GRANDE DE 115x35 mm DESECHABLE	PIEZA	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO							
19	PIEZA RETRACTORA DE LA PARED VAGINAL	PIEZA	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO							
<b>KIT PARA PACIENTE</b>										
20	BATA DESECHABLE PARA PACIENTE ELABORADA EN TELA NO TEJIDA DE POLIPROPILENO DE AL MENOS CUATRO PINES (6mm) DE AL MENOS 38 GR/M2 CON MANGA CORTA, CON DOS CINTAS DE AVANAR EN LA PARTE DEL ANTEBRAZO, RESISTENTE A LA PENETRACION POR IMPACTO DE FLUIDOS, RESISTENTE A LA RESION POR FROTAMIENTO, RESISTENTE A LA TENSION, PRODUCTO DESECHABLE Y DE UN SOLO USO, NO ESTERIL, CON CAPA PROTECTORA ANTIBACTERIAL, MEDIDAS UNITALLA ENVOLVENCIA DE 147 +/-3CM X 117 +/-3 CM (?)	PIEZA	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO							
21	JUEGO DE SABANAS DESECHABLE PARA LA MESA DE EXPLORACION GINECOLOGICA (?)	PIEZA	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO							
22	PAR DE GUANTES DE NITRILLO O POLIBUTADIENE AGRY/LONTRILLO LIBRE DE LATEX, AMBIDIESTRO, DESECHABLE, NO ESTERIL PARA EL MEDICO (?)	PIEZA	LAS NECESARIAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO							

HS





1. EL OFERENTE DEBERA PRESENTAR COPIA SIMPLE DE ALTA DE LA UNIDAD Y/O RESPONSABLE A NOMBRE DEL OFERENTE.		
2. EL OFERENTE DEBERA PRESENTAR COPIA SIMPLE DE ALTA DE LA UNIDAD Y/O RESPONSABLE A NOMBRE DEL LABORATORIO CLINICO.		
21. NOTIFICACION DE INCIDENTES ADVERSOS	HIPERVINCULO	EVALUACION (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1. EL OFERENTE DEBERA PRESENTAR EL PROCEDIMIENTO DE ACUERDO CON EL ANEXO TECNICO.		
22. POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL	HIPERVINCULO	EVALUACION (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1. EL OFERENTE DEBERA PRESENTAR CARTA FIRMADA SU REPRESENTANTE LEGAL DE ACUERDO CON EL ANEXO TECNICO.		
23. AVISO DE FUNCIONAMIENTO	HIPERVINCULO	EVALUACION (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1. EL OFERENTE DEBERA PRESENTAR COPIA SIMPLE DEL AVISO DE FUNCIONAMIENTO DEL OFERENTE.		
2. EL OFERENTE DEBERA PRESENTAR COPIA SIMPLE DEL AVISO DE FUNCIONAMIENTO DEL LABORATORIO CLINICO.		
3. COPIA DEL RESPONSABLE SANITARIO DEL LABORATORIO CLINICO.		
24. DESVIOS DE LA CALIDAD DE INSUMOS	HIPERVINCULO	EVALUACION (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1. EL OFERENTE DEBERA PRESENTAR CARTA FIRMADA SU REPRESENTANTE LEGAL DE ACUERDO CON EL ANEXO TECNICO.		

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