

**ANEXO TÉCNICO PARA
LA ADQUISICIÓN DE MATERIAL DE CURACIÓN
(BOLSAS PARA ILEOSTOMIA Y ALGODÓN EN TORUNDAS)**

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	
ÁREA REQUIRIENTE: DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS LEGALES Y EN CENTROS DE READAPTACIÓN SOCIAL.	PARTIDA FEDERAL: 25401
	PARTIDA ESTATAL: 2541

ÍNDICE DE ANEXO TÉCNICO

ANEXO 1.1	FICHAS TÉCNICAS	
ANEXO 1.2	ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS	
ANEXO 1.3	FORMATO PARA SEGUIMIENTO A REPORTE DE DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA SALUD	1
ANEXO 1.4	CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO	
ANEXO 1.5	CARTA DE APOYO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO	
ANEXO 1.6	CARTA DE APOYO SOLIDARIO	
ANEXO 1.7	CARTA DE TRAZABILIDAD	
ANEXO 19	FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS	

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA FEDERAL: 25401
	PARTIDA PRESUPUESTAL: 2541
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 055-2026

1. DESCRIPCIONES DE LOS BIENES:

LA DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DE LOS BIENES SE DEBERÁ AJUSTAR A LAS CARACTERÍSTICAS QUE SE DETALLA EN EL **ANEXO 1.1 "FICHAS TÉCNICAS"**, EL CUAL FORMA PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE ANEXO; ASÍ MISMO SE DEBERÁ AJUSTAR A LOS REQUERIMIENTOS QUE A CONTINUACIÓN SE ENLISTAN:

1. LOS BIENES REQUERIDOS DEBERÁN DE SER DE IGUALES O DE CARACTERÍSTICAS SUPERIORES CONFORME A LAS ESPECIFICACIONES DESCRITAS EN EL **ANEXO 1.1 "FICHAS TÉCNICAS"**, DEBIENDO, ADEMÁS, CONSIDERAR LAS ACLARACIONES REALIZADAS EN TODAS LAS JUNTAS DE ACLARACIONES, EN CASO DE QUE HUBIERA.

2. VIGENCIA DEL CONTRATO:

A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE LA EMISIÓN DEL FALLO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2026.

3. LUGARES Y CONDICIONES DE ENTREGA:

3.1. LUGAR DE ENTREGA:
 ALMACÉN CENTRAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, UBICADO EN CALLE DEL FRESNO # 408, COLONIA ATLAMPA, ALCALDÍA CUAUHTÉMOC, C.P. 06450, CDMX.

SE ENTREGARÁ LA TOTALIDAD DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS EN UN PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL FALLO EN UN HORARIO DE 9:00 A 14:00 HORAS Y/O DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

3.2. CONDICIÓN DE ENTREGA:
 EL PARTICIPANTE DEBERÁ ENTREGAR LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS ADJUDICADOS EN CONDICIONES DE SEGURIDAD E HIGIENE CUMPLIENDO CON LAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y LA NORMA OFICIAL MEXICANA **NOM-137-SSA1-2025 ETIQUETADO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS**.

3.3. CADUCIDAD DEL BIEN:
 COMO MÍNIMO DIECIOCHO MESES AL MOMENTO DE LA ENTREGA.

4. GARANTÍA DE LOS BIENES:

EL PARTICIPANTE DEBERÁ PRESENTAR COMO PARTE DE LA PROPUESTA TÉCNICA, **CARTA EN PAPEL MEMBRETADO**, FIRMADA **BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD** POR EL REPRESENTANTE LEGAL, MEDIANTE LA CUAL SE GARANTICE QUE LOS BIENES OBJETO DEL PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN SE ENCUENTRAN **LIBRES DE DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS** QUE PUEDAN IMPEDIR SU CORRECTO USO Y DESEMPEÑO **DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO** A PARTIR DE SU ENTREGA Y **A ENTERA SATISFACCIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO**.

5. REPOSICIÓN DE LOS BIENES:

UNA VEZ REALIZADA LA ENTREGA DE LOS BIENES, Y EN CASO DE QUE SE PRESENTEN **REPORTES POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, VICIOS OCULTOS O RECHAZO DE LOS MISMOS**, EL PARTICIPANTE SE OBLIGA A REPONERLOS CON BIENES DE LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES SOLICITADAS, DENTRO DE UN PLAZO MÁXIMO **48 HORAS** CONTADAS A PARTIR DEL DÍA Y HORA EN QUE RECIBA LA NOTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE POR PARTE DEL PERSONAL DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS LEGALES Y EN CENTROS DE READAPTACIÓN SOCIAL Y/O PERSONAL DEL ALMACÉN CENTRAL, SIN CARGO ADICIONAL NI RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA FEDERAL: 25401
	PARTIDA PRESUPUESTAL: 2541
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 055-2026

EN CASO DE NO CUMPLIR CON ESTA OBLIGACIÓN, EL PARTICIPANTE SE SUJETARÁ A LAS PENAS CONVENCIONALES POR RETRASO EN LA ENTREGA DEL BIEN, ASÍ COMO A LAS CONSECUENCIAS JURÍDICAS ESTABLECIDAS, INCLUIDAS LAS QUE LE RESTITUYAN A "LA CONVOCANTE" LOS DAÑOS Y PERJUICIOS CAUSADOS, A PARTIR DEL DÍA EN QUE EL PROVEEDOR RECIBA EL AVISO DE RECHAZO MEDIANTE ESCRITO Y/O CORREO ELECTRÓNICO, POR PARTE DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS LEGALES Y EN CENTROS DE READAPTACIÓN SOCIAL Y/O PERSONAL DEL ALMACÉN CENTRAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

6. MUESTRAS:

EL PARTICIPANTE DEBERÁ PRESENTAR MUESTRAS FÍSICAS ÚTILES, NO CADUCAS DE LOS RENGLONES SEÑALADOS EN LA TABLA "**RELACIÓN DE MUESTRAS**", EN UN HORARIO DE 10:00 A 12:00 HRS. EN TORRE INSIGNIA PISO 21, EN LA JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE MATERIAL DE CURACIÓN, EL DÍA DESIGNADO EN EL PROCESO DE ADQUISICIÓN. POSTERIOR A ESTE HORARIO, NO SE PERMITIRÁ EL ACCESO. LA FALTA DE PRESENTACIÓN DE LAS MUESTRAS SERÁ MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN.

ES REQUISITO INDISPENSABLE PRESENTAR IMPRESO EL **ANEXO 1.2 ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS**, EN ORIGINAL Y COPIA PARA SU FIRMA Y SELLO POR PARTE DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS. EL ORIGINAL DE ESTE ANEXO DEBERÁ INTEGRARSE EN LA PROPUESTA TÉCNICA, LA OMISIÓN DE ESTE DOCUMENTO SERÁ MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN.

CONDICIONES DE EVALUACIÓN Y PRESENTACIÓN:

CARÁCTER DE LA MUESTRA: LAS MUESTRAS SE PRESENTAN BAJO LA MODALIDAD DE DEVOLUCIÓN. SERÁN EVALUADAS EN EL MOMENTO Y SE REGRESARÁN AL PARTICIPANTE AL CONCLUIR LA REVISIÓN.

ASISTENCIA TÉCNICA: PARA LA DEMOSTRACIÓN Y EVALUACIÓN, SERÁ OBLIGATORIA LA ASISTENCIA DEL ESPECIALISTA(S) DEL (LOS) DISPOSITIVOS MÉDICOS OFERTADOS POR EL PARTICIPANTE.

IDENTIFICACIÓN DE LA MUESTRA: CADA MUESTRA DEBERÁ ESTAR DEBIDAMENTE ETIQUETADA PARA SU IDENTIFICACIÓN, INDICANDO EL NOMBRE DEL PARTICIPANTE, CLAVE, DESCRIPCIÓN, MARCA, MODELO O CATÁLOGO, NÚMERO DE SERIE (CUANDO APLIQUE) Y LUGAR DE PROCEDENCIA DEL DISPOSITIVO MÉDICO.

PRUEBAS Y METODOLOGÍA PARA EVALUARLAS:

- a) COINCIDENCIA CON FICHA TÉCNICA
- b) INTEGRIDAD DEL EMPAQUE
- c) IDENTIFICACIÓN DE MARCA
- d) AUSENCIA DE DEFECTOS VISIBLES
- e) CALIDAD DEL MATERIAL

LAS MUESTRAS SERÁN EVALUADAS POR PROFESIONALES DE LA SALUD DESIGNADOS POR LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS LEGALES Y EN CENTROS DE READAPTACIÓN SOCIAL.

LA EVALUACIÓN TÉCNICA SE REALIZARÁ BAJO EL CRITERIO DE **CUMPLE O NO CUMPLE** RESPECTO DE LAS ESPECIFICACIONES ESTABLECIDAS.

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

EL REGISTRO DE LOS PARTICIPANTES 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.

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA FEDERAL: 25401
	PARTIDA PRESUPUESTAL: 2541
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 055-2026

EL PERSONAL DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS ASIGNADO, DARÁ ACCESO EN EL ORDEN EN QUE SE HAYAN REGISTRADO LOS PARTICIPANTES, EL ACCESO SERÁ DE UN PARTICIPANTE A LA VEZ.

7. PROPUESTA TÉCNICA:

LA PROPUESTA TÉCNICA SERA MIXTA; IMPRESA Y ELECTRÓNICA: EL PARTICIPANTE DEBERÁ PRESENTAR LOS SIGUIENTES ANEXOS: **ANEXO 19 FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS**, ASÍ COMO: **ANEXO 1.1 FICHAS TÉCNICAS**. EN FORMATO ELECTRÓNICO EXCEL EDITABLE, PDF E IMPRESO EN PAPEL MEMBRETADO DEL PARTICIPANTE, Y FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL. EL NO PRESENTARLOS SERÁ MOTIVO DE DESECHAMIENTO DE SU PROPUESTA.

SE VERIFICARÁ QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LOS ANEXOS: **ANEXO 19 FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS** SEA LA MISMA EN LOS TRES FORMATOS (EXCEL, PDF E IMPRESO) ASÍ COMO EL **ANEXO 1.1 FICHAS TÉCNICAS**.

EL **ANEXO 19 FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA DE INSUMOS**, DEBERÁ REQUISITARSE CONFORME A SU INSTRUCTIVO DE LLENADO Y EN CUMPLIMIENTO CON LOS ANEXOS: **ANEXO 1.1 FICHAS TÉCNICAS**.

- **PARA LA PRESENTACIÓN PROPUESTA TÉCNICA ELECTRÓNICA:**

EL PARTICIPANTE DEBERÁ PRESENTAR EN UNA USB SOLAMENTE LA PROPUESTA ELECTRÓNICA HIPERVINCULADA EN EL **ANEXO 1.1 FICHAS TÉCNICAS Y ANEXO 19 FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS**. EN FORMATO EXCEL EDITABLE Y PDF.

PARA EL **ANEXO 19 "FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS"** EN EL APARTADO **III DOCUMENTACIÓN** LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, DEBERÁN ESTAR HIPERVINCULADOS EN EL DOCUMENTO EN EXCEL EDITABLE

PARA LAS FICHAS TÉCNICAS:

CADA PUNTO DE LA DESCRIPCIÓN DEL BIEN 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, DONDE SE ESTÁ REFERENCIANDO EL PUNTO (NUMERAL) DE LO SOLICITADO EN EL **ANEXO 1.1 FICHAS TÉCNICAS Y ANEXO 19 FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS**, 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.

TODOS LOS DOCUMENTOS QUE RESPALDEN LO SOLICITADO EN LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS EN ELECTRÓNICO DEBEN ESTAR COMPLETOS, SER ORIGINALES Y EMITIDOS POR EL FABRICANTE.

LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS EN EL APARTADO "**DOCUMENTOS HIPERVINCULADOS Y REFERENCIADOS**" 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, DEBERÁN ESTAR HIPERVINCULADOS Y REFERENCIADOS EN LOS ANEXOS; **ANEXO 1.1 FICHAS TÉCNICAS**.

NOTA: LA SECRETARÍA NO SE HACE RESPONSABLE SI: LA USB TIENE VIRUS, NO SE PUEDEN ABRIR LOS ARCHIVOS, ESTA VACÍA, CONTIENE INFORMACIÓN INCOMPLETA.

- **PARA LA PRESENTACIÓN PROPUESTA TÉCNICA IMPRESA:**

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA FEDERAL: 25401 PARTIDA PRESUPUESTAL: 2541
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 055-2026

PROPUESTA TÉCNICA IMPRESA:
 SE ENTREGARÁ IMPRESO EL ANEXO 19 "FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS" Y SIGNADO AUTOGRAFAMENTE POR SU REPRESENTANTE LEGAL, SE DEBERÁN ADJUNTAR LOS DOCUMENTOS MENCIONADOS EN EL ANEXO 19 EN COPIA SIMPLE U ORIGINALES SEGÚN APLIQUE, FIRMADOS AUTOGRAFAMENTE POR EL REPRESENTANTE LEGAL

FICHAS TÉCNICAS IMPRESAS:
 LOS ANEXOS 1.1 FICHAS TÉCNICAS Y ANEXO 19 FORMATO DE LA PROPUESTA TÉCNICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS. DEBERÁN IMPRIMIRSE DE LA PROPUESTA ELECTRÓNICA EN FORMATO PDF Y SIGNARSE AUTOGRAFAMENTE POR SU REPRESENTANTE LEGAL.

SOLO SE IMPRIMIRÁN 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.

PARA EL ANEXO 1.1 FICHAS TÉCNICAS, DEBERÁN 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.

SE PRESENTARÁN COPIA SIMPLE DE LOS REGISTROS SANITARIOS, PRORROGAS, COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHOS, CARTA DE NO REQUERIMIENTO DE REGISTRO SANITARIO O COPIA DEL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, CERTIFICADOS, LA CARTA DE APOYO SE INTEGRA EN ORIGINAL, ASÍ COMO LOS DOCUMENTOS DE SOPORTE SOLICITADOS EN EL PUNTO 7.4 CARTA DE APOYO DE FABRICANTE SEGÚN LE APLIQUE.

DOCUMENTACIÓN TÉCNICA

8. NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES:
 EL PARTICIPANTE DEBERÁ PRESENTAR EN SU PROPUESTA TÉCNICA CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, EN LA QUE MANIFIESTE QUE EL BIEN OFERTADO SE APEGUE A LAS SIGUIENTES NORMAS:

- 8.1. **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-137-SSA1-2025** ETIQUETADO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS.
- 8.2. **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-240-SSA1-2012**, INSTALACIÓN Y OPERACIÓN DE LA TECNOVIGILANCIA.
- 8.3. **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-241-SSA1-2025**, BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS.

9. CERTIFICADOS APLICABLES:
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:

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA FEDERAL: 25401 PARTIDA PRESUPUESTAL: 2541
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 055-2026
a. COPIA SIMPLE DEL REGISTRO SANITARIO SOMETIDO A PRÓRROGA. b. COPIA SIMPLE DE LA CONSTANCIA DE PRORROGA DEL REGISTRO SANITARIO EXPEDIDO POR LA COFEPRIS. NOTA: LOS REGISTROS SANITARIOS DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS DEBERÁN PERMANECER VIGENTE DURANTE EL CONTRATO. III. CUANDO LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS 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 ACUERDO POR EL QUE SE DAN A CONOCER LOS LISTADOS DE DISPOSITIVOS MÉDICOS CONSIDERADOS COMO DE BAJO RIESGO QUE REQUIEREN REGISTRO SANITARIO, LOS QUE NO REQUIEREN REGISTRO SANITARIO, Y DE AQUELLOS PRODUCTOS QUE, POR SU NATURALEZA, CARACTERÍSTICAS PROPIAS Y USO NO SE CONSIDERAN COMO DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA SALUD Y POR ENDE NO REQUIEREN REGISTRO SANITARIO. EL CUAL DEBERÁ CORRESPONDER JUSTA, EXACTA Y CABALMENTE A LA DESCRIPCIÓN DEL BIEN OFERTADO MISMO QUE DEBERÁ SER REFERENCIADO EN EL LISTADO PUBLICADO. 10. OBLIGACIONES DE LA ADQUISICIÓN: ESCRITO FIRMADO POR EL PARTICIPANTE O SU REPRESENTANTE LEGAL EN EL QUE SE COMPROMETE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A: 1) LA CADUCIDAD MÍNIMA DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS AL MOMENTO DE SU ENTREGA DEBERÁ SER DE DIECIOCHO MESES. EL PARTICIPANTE SE COMPROMETE, MEDIANTE CARTA FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, A SUSTITUIR SIN COSTO CUALQUIER DISPOSITIVO MÉDICO QUE NO SE HAYA CONSUMIDO Y QUE SE ENCUENTRE PRÓXIMO A SU FECHA DE CADUCIDAD, CON AL MENOS DIEZ DÍAS NATURALES A DICHA FECHA. LA REPOSICIÓN DEBERÁ REALIZARSE CON DISPOSITIVOS MÉDICOS QUE CUENTEN CON UNA CADUCIDAD MÍNIMA DE DOCE MESES POSTERIORES, DENTRO DE UN PLAZO NO MAYOR A CINCO DÍAS HÁBILES, CONTADOS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN REALIZADA POR PERSONAL DE ESTA SECRETARÍA. 2) A PROPORCIONAR TALLERES DE APLICACIONES EN CASO DE QUE CUALQUIER UNIDAD MÉDICA LO SOLICITE, EL CUAL DEBERÁ SER IMPARTIDA POR PERSONAL ESPECIALIZADO Y CERTIFICADO EN LA MATERIA, EL TALLER DE APLICACIONES SE REALIZARÁ PREVIA COORDINACIÓN, LAS VECES QUE SE REQUIERA EN LOS DÍAS Y HORARIOS QUE LA UNIDAD MÉDICA LO NECESITE, DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO SIN COSTO ADICIONAL PARA LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO. 3) A PROPORCIONAR CAPACITACIÓN DE TECNOVIGILANCIA AL PERSONAL USUARIO SOBRE EL PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES ADVERSOS DE DISPOSITIVOS MÉDICOS ASÍ CON EL GESTIÓN DE MINIMIZACIÓN DE RIESGOS POR EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE TECNOVIGILANCIA DEL PARTICIPANTE ADJUDICADO. 11. CARTA DE APOYO SOLIDARIO: EL PARTICIPANTE DEBERÁ PRESENTAR EN SU PROPUESTA TÉCNICA CARTA O CARTAS SEGÚN APLIQUE DE ACUERDO A LO SIGUIENTE: 11.1. CUANDO EL PARTICIPANTE ES TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO: CARTA EMITIDA Y SUSCRITA POR EL FABRICANTE, ELABORADA EN PAPEL MEMBRETADO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ANEXO 1.4 'CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE', PARA EL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN.	

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	PARTIDA FEDERAL: 25401
	PARTIDA PRESUPUESTAL: 2541
ANEXO TÉCNICO	FOLIO DMTI: 055-2026

11.2. CUANDO EL PARTICIPANTE ADQUIERE DIRECTAMENTE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS AL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO:

11.2.1. CARTA DE APOYO EN PAPEL MEMBRETADO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DONDE RESPALDE LA PROPUESTA TÉCNICA PARA EL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN, **ANEXO 1.5 CARTA DE APOYO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.**

11.3. EN CASO DE QUE EL PARTICIPANTE ADQUIERA LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS A TRAVÉS DE UN DISTRIBUIDOR SECUNDARIO, QUIEN A SU VEZ LOS ADQUIERA DE UN DISTRIBUIDOR PRIMARIO AUTORIZADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO:

11.3.1. CARTA DEL DISTRIBUIDOR PRIMARIO **ANEXO 1.6 CARTA DE APOYO SOLIDARIO,**

Y

11.3.2. CARTA ELABORADA EN PAPEL MEMBRETADO DONDE CONSTE QUE ES DISTRIBUIDOR AUTORIZADO DEL FABRICANTE O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO **ANEXO 1.7 CARTA DE TRAZABILIDAD.**

SE DEBE ANEXAR UNA CARTA DE APOYO POR MARCA

12. EXPERIENCIA DE LA EMPRESA:

EL PARTICIPANTE DEBERÁ PRESENTAR AL MENOS UN CONTRATO OBJETO DE ESTE PROCEDIMIENTO EN FORMATO PDF, QUE SE HAYA CELEBRADO CON INSTITUCIONES PERTENECIENTES AL SECTOR PÚBLICO, PRIVADO Y/O SOCIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, CON UN PERÍODO NO MAYOR A DOS AÑOS. NO SE ACEPTAN CONTRATOS EN LO QUE LOS BIENES HAYAN SIDO ENTREGADOS POR UN TERCERO.

13. TECNOVIGILANCIA:

COPIA SIMPLE DE ALTA DE UNIDAD Y/O RESPONSABLE DE TECNOVIGILANCIA A NOMBRE DEL PARTICIPANTE EMITIDO POR LA COFEPRIS, POR SER PARTE DE LA CADENA DE DISTRIBUCIÓN DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS, DICHO DOCUMENTO DEBERÁ ESTAR Y SERVIRÁ PARA ACREDITAR QUE DA CUMPLIMIENTO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA **NOM-240-SSA1-2012, "INSTALACIÓN Y OPERACIÓN DE LA TECNOVIGILANCIA".**

14. NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES ADVERSOS:

LOS PARTICIPANTES DEBERÁN PRESENTAR LOS PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN A QUEJAS Y SEGUIMIENTO DE INCIDENTES ADVERSOS PARA CADA UNA DE LAS MARCAS DE DISPOSITIVOS MÉDICOS OFERTADOS.

15. AVISO DE FUNCIONAMIENTO:

EL PARTICIPANTE DEBERÁ ENTREGAR COPIA CERTIFICADA DEL AVISO DE FUNCIONAMIENTO A NOMBRE DEL PARTICIPANTE COMO DISTRIBUIDOR PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS, EXPEDIDO POR COFEPRIS.

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO		PARTIDA FEDERAL: 25401
		PARTIDA PRESUPUESTAL: 2541
ANEXO TÉCNICO		FOLIO DMTI: 055-2026

16. CADUCIDAD Y DESVÍOS DE CALIDAD:

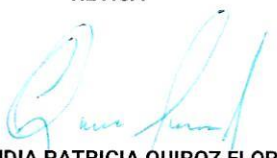
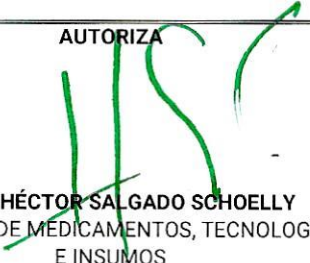
CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN DONDE SE COMPROMETE A QUE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS TENDRÁN UNA CADUCIDAD NO MENOR A 18 MESES, ASIMISMO QUE ESTARÁN GARANTIZADOS CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN, VICIOS OCULTOS Y DEFICIENCIAS EN LA CALIDAD QUE IMPIDAN SU USO Y/O CONSUMO, SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS MISMOS POR UN PERIODO DE 18 MESES POSTERIORES, CONTADOS A PARTIR DE SU RECEPCIÓN FORMAL.

EL PARTICIPANTE DEBERÁ PRESENTAR LOS DATOS DE CONTACTO DIRECTO DE LA(S) PERSONA(S) QUE RECIBIRÁN LOS REPORTES POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN, VICIOS OCULTOS Y DESVÍOS DE CALIDAD CONTENIENDO NOMBRES COMPLETOS, CORREOS ELECTRÓNICOS Y NÚMEROS TELEFÓNICOS DISPONIBLES Y EN LOS CUALES ATIENDAN LAS 24 HORAS DEL DÍA MEDIANTE LOS CUALES RECIBIRÁN Y BRINDARÁN ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS REPORTES POR MALA CALIDAD.

QUE EN CASO DE QUE SE PRESENTEN REPORTES DE DESVÍO DE CALIDAD O VICIOS OCULTOS RECURRENTES (MAS DE 3 REPORTES EN UN MES), A QUE LA SEDESA PODRÁ SOLICITAR EL CAMBIO FÍSICO DEL BIEN O DEL LOTE EN UN PLAZO NO MAYOR A 24 HORAS, PREVIA NOTIFICACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS, UNA VEZ AUTORIZADO EL CANJE O SUSTITUCIÓN EL PARTICIPANTE DEBERÁ REQUISITAR EL **ANEXO 1.3 "FORMATO PARA SEGUIMIENTO A REPORTE DE DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA SALUD"**, OBTENIENDO EL VISTO BUENO POR PARTE DE LA UNIDAD MÉDICA Y DEBERÁ ENVIARLO A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS EN UN PLAZO NO MAYOR A 10 DÍAS NATURALES DEBIDAMENTE REQUISITADO, SEÑALANDO EL NUMERO DE OFICIO O REPORTE DE MALA CALIDAD.

17. SUPERVISIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO:

DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS LEGALES Y EN CENTROS DE READAPTACIÓN SOCIAL A TRAVÉS DE LA JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE SERVICIOS MÉDICOS EN CENTROS DE READAPTACIÓN SOCIAL.

ELABORA  T.R. MOISÉS GONZÁLEZ MARTÍNEZ J.U.D. DE MATERIAL DE CURACIÓN	REvisa  I.B. CLAUDIA PATRICIA QUIROZ FLORES SUBDIRECTORA DE TECNOLOGÍA E INSUMOS	AUTORIZA  Q. F. B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY DIRECTOR DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS
---	---	---

PENAS CONVENCIONALES

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE DE REPORTAR INCUMPLIMIENTO A DRMAS	PORCENTAJE A APLICAR
CUANDO LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS NO SE LLEVE A CABO EN EL PERIODO DE ENTREGA ESTIPULADO EN EL CONTRATO.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PERIODO DE ENTREGA ESTABLECIDO EN EL ANEXO TÉCNICO.	DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS LEGALES Y EN CENTROS DE READAPTACIÓN SOCIAL.	1% SOBRE EL COSTO DE LOS BIENES NO ENTREGADOS O RECHAZADOS.
CUANDO LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS NO CORRESPONDAN CON LOS DISPOSITIVOS ADJUDICADO.	POR CADA EVENTO	DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS LEGALES Y EN CENTROS DE READAPTACIÓN SOCIAL.	1% SOBRE EL COSTO DE LOS BIENES NO ENTREGADOS O RECHAZADOS.
POR NO LLEVAR A CABO EL REPLAZO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS REPORTADOS POR MALA CALIDAD O NO CORRESPONDIENTES	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO, A PARTIR DE QUE SE EXCEDAN LAS 48 HORAS PREVIA NOTIFICACIÓN POR PARTE DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.	DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS LEGALES Y EN CENTROS DE READAPTACIÓN SOCIAL.	1% SOBRE EL COSTO DE LOS BIENES NO ENTREGADOS O RECHAZADOS.

9

LAS PENAS CONVENCIONALES FORMAN PARTE INTEGRAL DEL ANEXO TÉCNICO.

11.9

✓

T

ANEXO 1.1 FICHA TÉCNICA

**USAR EL FORMATO FICHAS TÉCNICAS DE
DISPOSITIVOS MÉDICOS 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 1.2 ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS

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

IDENTIFICAR LAS MUESTRAS 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 DE LOS BIENES, ARRENDAMIENTOS, O SERVICIOS SOLICITADOS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN
1	PARA ILEOSTOMÍA O COLOSTOMÍA. TAMAÑO ADULTO. AUTOADHERIBLE, DE PLÁSTICO GRADO MÉDICO, SUAVE, TRANSPARENTE, A PRUEBA DE OLO, DRENABLE, EN FORMA DE BOTELLA DE 30 X 15 CM ABIERTA EN SU PARTE MÁS ANGOSTA, CON CUELLO DE 6 A 9 CM DE ANCHO Y 3.0 A 6.2 CM DE LARGO, CON PINZA DE SEGURIDAD O MECANISMO DE CIERRE, CON PROTECTOR DE PIEL INTEGRADO A BASE DE CARBOXIMETILCELULOSA SÓDICA, CON ADHESIVO, CON GUÍA RECORTABLE QUE PERMITA ABRIR ORIFICIO PARA EL ESTOMA A DIFERENTES MEDIDAS QUE VAN DE 25 A 60 MM, LA CARA INTERNA DEBERÁ TENER UN PROTECTOR QUE EVITE LA IRRITACIÓN DE LA PIEL.	PIEZA	1	
2	PARA ILEOSTOMÍA O COLOSTOMÍA. EQUIPO COMPUESTO DE: CUATRO BOLSAS DE PLÁSTICO GRADO MÉDICO, SUAVE, TRANSPARENTE, A PRUEBA DE OLO, DRENABLE EN FORMA DE BOTELLA DE 30 X 15 CM ABIERTA EN SU PARTE MÁS ANGOSTA, CON CUELLO DE 6 A 9 CM DE ANCHO Y DE LARGO 3.0 A 6.2 CM, CON SISTEMA DE ENSAMBLE HERMÉTICO PARA LA PLACA PROTECTORA Y QUE PERMITA INSERTAR UN CINTURÓN ELÁSTICO, CON PINZA DE SEGURIDAD O MECANISMO DE CIERRE. LA CARA INTERNA DE LA BOLSA DEBERÁ TENER PROTECTOR QUE EVITE LA IRRITACIÓN DE LA PIEL. CUATRO PLACAS PROTECTORAS DE LA PIEL A BASE DE CARBOXIMETILCELULOSA SÓDICA CON ADHESIVO Y SISTEMA DE ARO DE ENSAMBLE HERMÉTICO DE 55 A 70 MM DE DIÁMETRO, CON ORIFICIO INICIAL PARA EL ESTOMA Y GUÍA QUE PERMITA ABRIRLO DE 25 MM HASTA 60 MM SEGÚN EL DIÁMETRO DEL ARO DEL ENSAMBLE CORRESPONDIENTE.	EQUIPO	1	
3	ALGODÓN EN TORUNDAS	BOLSA CON 500 G.	1	

11

ANEXO 1.3 SEGUIMIENTO A REPORTE DE DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA SALUD

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

(16)
 NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

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

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

"SEGUIMIENTO A REPORTE DE DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA SALUD"

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

ANEXO 1.4

CARTA DE APOYO DEL FABRICANTE

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

EL QUE SUSCRIBE, (**NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL**), EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA (**RAZÓN SOCIAL DEL FABRICANTE**), MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD LO SIGUIENTE EN RELACIÓN CON LA(S) PARTIDA (S) QUE A CONTINUACION SE MENCIONAN:

(EJEMPLO)

No.	CLAVE	DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES, ARRENDAMIENTOS, O SERVICIOS SOLICITADOS	UNIDAD DE MEDIDA
22	060.088.S205	APÓSITO DE HIDROBALANCE, EN TIRAS DE CELULOSA, AGUA Y GLUCONATO DE CLOREXIDINA COMO CONSERVADOR TAMAÑO 9X9 CM.	CAJA CON 5 PIEZAS.
23	060.088.S054	APÓSITO DE HIDROBALANCEANTIMICROBIANO PARA HERIDAS, DE CELULOSA, AGUA Y 0.3% DE POLIHEXIMETILENO BIGUANIDA (PHMB/POLIXANIDA) TAMAÑO 9 X9 CM	CAJA CON 5 PIEZAS.
24	060.088.0010	APÓSITO ESTERIL ABSORBENTE DE HIDROFIBRAS CON ALGINATO DE CALCIO, ANTIMICROBIANO ALTAMENTE ABSORBENTE PARA HERIDAS DE ESESOR PARCIAL,10X10CM	CAJA CON 10 PIEZAS
26	060.088.0900	APOSITO HIDROCELULAR DE POLIURETANO, SIN ADHESIVO, PARA EL TALON. ESTERIL Y DESECHABLE.	PIEZA
27	060.088.0876	APOSITO HIDROCELULAR DE POLIURETANO SIN ADHESIVO PARA EL TRATAMIENTO DE HERIDAS. ESTERIL Y DESECHABLE. 10 X 10 CM. PIEZA	PIEZA
28	060.088.0892	APOSITO HIDROCELULAR DE POLIURETANO, CON ADHESICO, PARA EL SACRO. ESTÉRIL Y DESECHABLE. PIEZA	PIEZA

14

DE LAS BASES DE LICITACIÓN DE REFERENCIA (**NOMBRE Y NÚMERO DEL PROCEDIMIENTO**); QUE, EN VIRTUD DE QUE LA EMPRESA (**RAZÓN SOCIAL DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO**) PARTICIPA EN ESTE PROCEDIMIENTO, GARANTIZAMOS DE MANERA DIRECTA, ABSOLUTA Y SOLIDARIA EL ABASTO OPORTUNO, LA CALIDAD, SEGURIDAD, EFICACIA Y VIGENCIA DE CADUCIDAD DE LOS BIENES OFERTADOS, CUMPLIENDO ESTRICTAMENTE CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS EN LAS BASES DE ESTA LICITACIÓN.

ATENTAMENTE

[NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL]

[NOMBRE DEL FABRICANTE]

CARGO

FIRMA

ANEXO 1.5

CARTA DE APOYO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO

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

(**NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO**) EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA DENOMINADA (**NOMBRE DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO**) MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE SOMOS **TITULARES DEL REGISTRO SANITARIO** Y QUE BRINDAMOS NUESTRO RESPALDO A (**NOMBRE DEL PARTICIPANTE**) QUIEN ES NUESTRO **DISTRIBUIDOR AUTORIZADO** PARA QUE PARTICIPE EN EL PRESENTE PROCEDIMIENTO (**NOMBRE Y NÚMERO DEL PROCEDIMIENTO**), TANTO EN EL SUMINISTRO Y ENTREGA DE LOS BIENES PROPUESTOS, EN LOS TERMINOS ESTABLECIDOS EN LA CONVOCATORIA, ASI COMO DE LA CALIDAD Y CANTIDAD OFERTADA, YA QUE CONTAMOS CON CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN Y/O EXISTENCIAS SUFICIENTES, RESPECTO A LAS PARTIDAS QUE A CONTINUACIÓN SE MENCIONAN:

(EJEMPLO)

No.	CLAVE	DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES, ARRENDAMIENTOS, O SERVICIOS SOLICITADOS	UNIDAD DE MEDIDA
22	060.088.S205	APÓSITO DE HIDROBALANCE, EN TIRAS DE CELULOSA, AGUA Y GLUCONATO DE CLOREXIDINA COMO CONSERVADOR TAMAÑO 9X9 CM.	CAJA CON 5 PIEZAS.
23	060.088.S054	APÓSITO DE HIDROBALANCEANTIMICROBIANO PARA HERIDAS, DE CELULOSA, AGUA Y 0.3% DE POLIHEXIMETILENO BIGUANIDA (PHMB/POLIECANIDA) TAMAÑO 9 X9 CM	CAJA CON 5 PIEZAS.
24	060.088.0010	APÓSITO ESTERIL ABSORBENTE DE HIDROFIBRAS CON ALGINATO DE CALCIO, ANTIMICROBIANO ALTAMENTE ABSORBENTE PARA HERIDAS DE ESOR PARCIAL,10X10CM	CAJA CON 10 PIEZAS
26	060.088.0900	APOSITO HIDROCELULAR DE POLIURETANO, SIN ADHESIVO, PARA EL TALON. ESTERIL Y DESECHABLE.	PIEZA
27	060.088.0876	APOSITO HIDROCELULAR DE POLIURETANO SIN ADHESIVO PARA EL TRATAMIENTO DE HERIDAS. ESTERIL Y DESECHABLE. 10 X 10 CM. PIEZA	PIEZA
28	060.088.0892	APOSITO HIDROCELULAR DE POLIURETANO, CON ADHESIVO, PARA EL SACRO. ESTÉRIL Y DESECHABLE. PIEZA	PIEZA

ATENTAMENTE

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

[NOMBRE DEL DISTRIBUIDOR PRIMARIO]

CARGO

FIRMA

ANEXO 1.6

CARTA DE APOYO SOLIDARIO DEL DISTRIBUIDOR PRIMARIO

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

EL QUE SUSCRIBE, **[NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL DISTRIBUIDOR PRIMARIO]**, EN REPRESENTACIÓN DE **[NOMBRE DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA PRIMARIA]**, MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE MI REPRESENTADA CUENTA CON LA AUTORIZACIÓN FORMAL, COMERCIAL Y REGULATORIA POR PARTE DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO PARA LA DISTRIBUCIÓN Y VENTA DE LOS BIENES CORRESPONDIENTES A ESTE PROCEDIMIENTO (**NOMBRE Y NÚMERO DE PROCEDIMIENTO**), PARTIDA(S) QUE A CONTINUACION SE MENCIONAN:

(EJEMPLO)

No.	CLAVE	DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES, ARRENDAMIENTOS, O SERVICIOS SOLICITADOS	UNIDAD DE MEDIDA
22	060.088.S205	APÓSITO DE HIDROBALANCE, EN TIRAS DE CELULOSA, AGUA Y GLUCONATO DE CLOREXIDINA COMO CONSERVADOR TAMAÑO 9X9 CM.	CAJA CON 5 PIEZAS.
23	060.088.S054	APÓSITO DE HIDROBALANCEANTIMICROBIANO PARA HERIDAS, DE CELULOSA, AGUA Y 0.3% DE POLIHEXIMETILENO BIGUANIDA (PHMB/POLIXANIDA) TAMAÑO 9 X9 CM	CAJA CON 5 PIEZAS.
24	060.088.0010	APÓSITO ESTERIL ABSORBENTE DE HIDROFIBRAS CON ALGINATO DE CALCIO, ANTIMICRBIANO ALTAMENTE ABSORBENTE PARA HERIDAS DE ESOSOR PARCIAL,10X10CM	CAJA CON 10 PIEZAS

16

POR MEDIO DE ESTE CONDUCTO, OTORGAMOS NUESTRO TOTAL APOYO COMERCIAL Y SOLIDARIO A LA EMPRESA **[NOMBRE DE LA EMPRESA PARTICIPANTE]** PARA QUE PRESENTE PROPUESTA TÉCNICA DE LOS CITADOS BIENES EN LA PRESENTE LICITACIÓN.

ASIMISMO, GARANTIZAMOS DE MANERA INCONDICIONAL EL ABASTO OPORTUNO Y SUFICIENTE DE LOS VOLÚMENES REQUERIDOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO RESPECTIVO, RESPALDANDO AL LICITANTE CON LA GARANTÍA TÉCNICA, DE CALIDAD Y DE ORIGEN DE FÁBRICA QUE NOS HA SIDO CONFERIDA DIRECTAMENTE POR EL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.

ATENTAMENTE

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

[NOMBRE DEL DISTRIBUIDOR PRIMARIO]

CARGO

FIRMA

ANEXO 1.7

CARTA DE TRAZABILIDAD

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

POR MEDIO DE LA PRESENTE, LA EMPRESA **[NOMBRE DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO]**, EN MI CARÁCTER DE TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO NÚMERO **[NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO]** EMITIDO POR LA COFEPRIS, MANIFIESTO QUE LA EMPRESA **[NOMBRE DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA PRIMARIA]** ES UN DISTRIBUIDOR PRIMARIO MERCANTIL AUTORIZADO Y COMERCIALIZADOR DE NUESTROS PRODUCTOS PARA EL TERRITORIO NACIONAL.

POR LO ANTERIOR, **[NOMBRE DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO]** EXTIENDE SU APOYO SOLIDARIO, RESPALDO TÉCNICO Y GARANTÍA DE ABASTO RESPECTO A LOS BIENES QUE SEAN COMERCIALIZADOS POR DICHO DISTRIBUIDOR. NOS COMPROMETEMOS A RESPONDER POR LA CALIDAD, SEGURIDAD, EFICACIA Y VIGENCIA DE CADUCIDAD DE LOS LOTES DEDISPOSITIVOS MÉDICOS COMERCIALIZADOS BAJO NUESTRA LICENCIA,

ESTE DOCUMENTO TIENE UNA VIGENCIA A PARTIR DE SU FECHA DE EMISIÓN Y HASTA EL **[DÍA]** DE **[MES]** DE **[AÑO DE VIGENCIA]**.

17

ATENTAMENTE

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

[NOMBRE DEL DISTRIBUIDOR PRIMARIO]

CARGO

FIRMA

ANEXO 19

PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

USAR EL FORMATO PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA EN EXCEL EDITABLE, PROPORCIONADA POR LA CONVOCANTE RESPETANDO EL FORMATO.

PARA LA ELABORACIÓN DE SU PROPUESTA TÉCNICA, DEBERÁ USAR EL MISMO ARCHIVO ENTREGADO A SU REPRESENTADA.

DEBERÁ ATENDER LO SOLICITADO EN EL ANEXO 1, "ANEXO TÉCNICO".

18

ANEXO 19 PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA

 SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INSUMOS		FOLIO DMTI: 055-2026 PARTIDA PRESUPUESTAL: 2541 VERSIÓN 2 - 2026	
PROPUESTA TÉCNICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS			

I. DATOS DEL OFERENTE

EMPRESA	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	

II. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS Y OFERTADAS DE LOS BIENES

CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS					CARACTERÍSTICAS OFERTADAS					EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)		
Nº PARTIDA A	CLAVE COMPENDIO	CLAVE CUCOP	CODIGO CABMSDF	CLAVE INTERNA	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	UNIDAD DE MEDIDA		PAÍS DE ORIGEN	MARC A
1	060.125.0582	25400065	2541000162	060.125.0582	PARA ILEOSTOMÍA O COLOSTOMÍA. TAMAÑO ADULTO. AUTOADHERIBLE, DE PLÁSTICO GRADO MÉDICO, SUAVE, TRANSPARENTE, A PRUEBA DE OLORES, DRENABLE, EN FORMA DE BOTELLA DE 30 X 15 CM ABIERTA EN SU PARTE MÁS ANGOSTA, CON CUELLO DE 6 A 9 CM DE ANCHO Y 3.0 A 6.2 CM DE LARGO, CON PINZA DE SEGURIDAD O MECANISMO DE CIERRE, CON PROTECTOR DE PIEL INTEGRADO A BASE DE CARBOXIMETILCELULOSA SÓLICA, CON ADHESIVO, CON GUÍA RECORTABLE QUE PERMITA ABRIR ORIFICIO PARA EL ESTOMA A DIFERENTES MEDIDAS QUE VAN DE 25 A 60 MM. LA CARA INTERNA DEBERÁ TENER UN PROTECTOR QUE EVITE LA IRRITACIÓN DE LA PIEL.	PIEZA	6,160					
	060.125.0590	25400074	2541000162	060.125.0590	PARA ILEOSTOMÍA O COLOSTOMÍA. EQUIPO COMPUERTO DE CUATRO BOLSAS DE PLÁSTICO GRADO MÉDICO, SUAVE, TRANSPARENTE, A PRUEBA DE OLORES, DRENABLE, EN FORMA DE BOTELLA DE 30 X 15 CM ABIERTA EN SU PARTE MÁS ANGOSTA, CON CUELLO DE 6 A 9 CM DE ANCHO Y DE LARGO 3.0 A 6.2 CM, CON SISTEMA DE ENSAMBLE HERMÉTICO PARA LA PLACA PROTECTORA Y QUE PERMITA INSERTAR UN CINTURÓN ELÁSTICO, CON PINZA DE SEGURIDAD O MECANISMO DE CIERRE, LA CARA INTERNA DE LA BOLSA DEBERÁ TENER PROTECTOR QUE EVITE LA IRRITACIÓN DE LA PIEL. CUATRO PLACAS PROTECTORAS DE LA PIEL A BASE DE CARBOXIMETILCELULOSA SÓLICA CON ADHESIVO Y SISTEMA DE ARO DE ENSAMBLE HERMÉTICO DE 55 A 70 MM DE DIÁMETRO, CON ORIFICIO INICIAL PARA EL ESTOMA Y GUÍA QUE PERMITA ABRIRLO DE 25 MM HASTA 60 MM SEGÚN EL DIÁMETRO DEL ARO DEL ENSAMBLE CORRESPONDIENTE.	EQUIPO.	665					
3	060.904.0100	25403764	2541000080	060.904.0100	ALGODÓN EN TORUNDAS	BOLSA CON 500 G.	963					

III. DOCUMENTACIÓN TÉCNICA

4. GARANTÍA DE LOS BIENES	HIPERVÍNCULO	REFERENCIA A LA JUNTA DE ACLARACIONES (HIPERVÍNCULO PÁGINA DEL ACTA CORRESPONDIENTE Y SUBRAYAR EL PUNTO REFERIDO EN CASO DE APLICAR)	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.			
6. MUESTRAS	HIPERVÍNCULO	REFERENCIA A LA JUNTA DE ACLARACIONES (HIPERVÍNCULO PÁGINA DEL ACTA CORRESPONDIENTE Y SUBRAYAR EL PUNTO REFERIDO EN CASO DE APLICAR)	EVALUACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR LA CONSTANCIA DE EVALUACIÓN DE MUESTRAS ANEXO 1.2 ENTREGA Y EVALUACIÓN DE MUESTRAS, DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO.			

[Handwritten signature]

8. NORMAS DE REFERENCIA APLICABLES	HIPERVINCULO	REFERENCIA A LA JUNTA DE ACLARACIONES (HIPERVINCULAR PAGINA DEL ACTA CORRESPONDIENTE Y SUBRAYAR EL PUNTO REFERIDO EN CASO DE APLICAR)	EVALUACION (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1. EL OFERENTE DEBERA PRESENTAR CARTA FIRMADA SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TECNICO.			
10. OBLIGACIONES DE LA ADQUISICION	HIPERVINCULO	REFERENCIA A LA JUNTA DE ACLARACIONES (HIPERVINCULAR PAGINA DEL ACTA CORRESPONDIENTE Y SUBRAYAR EL PUNTO REFERIDO EN CASO DE APLICAR)	EVALUACION (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1. EL OFERENTE DEBERA PRESENTAR CARTA FIRMADA SU REPRESENTANTE LEGAL, DE ACUERDO CON EL ANEXO TECNICO.			
12. EXPERIENCIA DE LA EMPRESA	HIPERVINCULO	REFERENCIA A LA JUNTA DE ACLARACIONES (HIPERVINCULAR PAGINA DEL ACTA CORRESPONDIENTE Y SUBRAYAR EL PUNTO REFERIDO EN CASO DE APLICAR)	EVALUACION (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1. EL OFERENTE DEBERA PRESENTAR UN CONTRATO OBJETO DEL PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION			
11. TECNOMIGILANCIA	HIPERVINCULO	REFERENCIA A LA JUNTA DE ACLARACIONES (HIPERVINCULAR PAGINA DEL ACTA CORRESPONDIENTE Y SUBRAYAR EL PUNTO REFERIDO EN CASO DE APLICAR)	EVALUACION (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1. EL OFERENTE DEBERA PRESENTAR COPIA SIMPLE DE ALTA DE UNIDAD Y/O RESPONSABLE DE TECNOMIGILANCIA, DE ACUERDO CON EL ANEXO TECNICO.			
14. NOTIFICACION DE INCIDENTES ADVERSOS	HIPERVINCULO	REFERENCIA A LA JUNTA DE ACLARACIONES (HIPERVINCULAR PAGINA DEL ACTA CORRESPONDIENTE Y SUBRAYAR EL PUNTO REFERIDO EN CASO DE APLICAR)	EVALUACION (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1. EL OFERENTE DEBERA PRESENTAR LOS PROCEDIMIENTOS DE ATENCION A QUEJAS Y SEGUIMIENTO DE INCIDENTES ADVERSOS, DE ACUERDO CON EL ANEXO TECNICO.			
15. AVISO DE FUNCIONAMIENTO	HIPERVINCULO	REFERENCIA A LA JUNTA DE ACLARACIONES (HIPERVINCULAR PAGINA DEL ACTA CORRESPONDIENTE Y SUBRAYAR EL PUNTO REFERIDO EN CASO DE APLICAR)	EVALUACION (USO EXCLUSIVO DEL CONVOCANTE)
1. EL OFERENTE DEBERA PRESENTAR COPIA SIMPLE DEL AVISO DE FUNCIONAMIENTO A NOMBRE DEL PROVEEDOR COMO DISTRIBUIDOR PARA DISPOSITIVOS MEDICOS, DE ACUERDO CON EL ANEXO TECNICO.			
16. CADUCIDAD Y DESVIOS DE CALIDAD	HIPERVINCULO	REFERENCIA A LA JUNTA DE ACLARACIONES (HIPERVINCULAR PAGINA DEL ACTA CORRESPONDIENTE Y SUBRAYAR EL PUNTO REFERIDO EN CASO DE APLICAR)	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
CEDULA
R.F.C. DEL OFERENTE

Av. Insurgentes Norte 423, Piso 21, Nonoalco-Tlatelolco, Cuauhtémoc, 06900, Ciudad de México, SS 51321200 ext. 1373

