



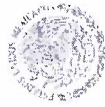
GOBIERNO DE  
MÉXICO



IMSS  
BIENESTAR

SERVICIOS DE SALUD DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR

# **TÉRMINOS Y CONDICIONES PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES PARA EL PROGRAMA DE INVERSIÓN DENOMINADO SUSTITUCIÓN DE EQUIPAMIENTO EN UNIDADES MÉDICAS HOSPITALARIAS EN LA CIUDAD DE MÉXICO**



## 1. GLOSARIO

Para efectos de los presentes términos y condiciones para la adquisición de bienes se entenderá por:

- **ACCESORIO:** Elemento auxiliar cuyo objetivo es apoyar o incrementar las funciones, productividad o seguridad de un dispositivo médico. \*
- **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO:** Persona servidora pública en quien recae la responsabilidad de dar seguimiento y verificar el cumplimiento de las obligaciones del proveedor establecidas en el contrato, la cual para tal efecto se auxilia del Supervisor del contrato.
- **ÁREA REQUIRENTE:** Área del IMSS-BIENESTAR que solicite o requiera formalmente la adquisición o arrendamiento de bienes o la prestación de servicios, o bien aquélla que los utilizará.
- **ÁREA TÉCNICA:** Persona del IMSS-BIENESTAR encargada de realizar la liberación técnica de los bienes adquiridos, asimismo es el responsable de evaluar las proposiciones del equipamiento solicitado que será objeto de contratación en conjunto con el Evaluador Técnico.
  - Responderá en la(s) junta(s) de aclaraciones las preguntas que realicen los licitantes sobre aspectos técnicos observando el último párrafo de fracción V del artículo 46 del RLAAASP en conjunto con el Evaluador Técnico.
  - Elaborará la evaluación técnica de las proposiciones y el dictamen técnico correspondiente en conjunto con el Evaluador Técnico.
- **CONSUMIBLE DE EQUIPO MÉDICO:** Producto o material necesario para la operación de un equipo médico que no es reusable, de uso frecuente y repetitivo y que no puede funcionar por sí mismo. Los consumibles no son accesorios de equipo médico. \*
- **EQUIPO MÉDICO:** Dispositivo que se utiliza para propósitos específicos de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de una enfermedad o lesión; puede ser utilizado solo o en combinación con algún accesorio, consumible, u otro equipo médico. Requieren, mantenimiento, calibración, reparación, capacitación al usuario y retirada del servicio; actividades usualmente gestionadas por ingenieros biomédicos. \*
- **EVALUADOR TÉCNICO:** Persona encargada de evaluar las proposiciones del equipamiento solicitado en conjunto con el Área Técnica que será objeto de contratación.
  - Coadyuvar en la(s) junta(s) de aclaraciones las preguntas que realicen los licitantes sobre aspectos técnicos observando el último párrafo de fracción V del artículo 46 del RLAAASP.
  - Coadyuvar la evaluación técnica de las proposiciones y elaborar el dictamen técnico correspondiente.
- **INSTALACIÓN:** Proceso de ensamble, ajuste físico y configuración de los equipos o bienes en el área designada para su uso, con el objetivo de que el bien requerido funcione correctamente. Esto incluye todas las adecuaciones necesarias, tales como desinstalación de equipo existente (en caso de ser requerido), instalaciones eléctricas, hidrosanitarias, y cualquier otro tipo de adecuación a la infraestructura conforme a los requerimientos técnicos y guías proporcionadas por el fabricante.
- **MOBILIARIO MÉDICO:** Objeto diseñado con el propósito de mantener en posición cómoda a los pacientes durante un proceso de exploración o de atención médica; de resguardar, sostener, organizar y movilizar insumos médicos o de facilitar al personal médico y paramédico el desempeño de sus funciones. \*
- **PUESTA EN MARCHA:** Verificación y validación del correcto funcionamiento de los bienes. Implica realizar pruebas de funcionamiento y rutinas de calibración para asegurarse de que los bienes operen correctamente, así como, la revisión de software, configuración de idioma y periféricos necesarios (en caso de aplicar) de acuerdo a las especificaciones del fabricante, mismo que se acompañará de una orden de servicio que acredite que todo el equipo está en condiciones óptimas de operación y bajo la supervisión de personal capacitado.
- **REFACCIÓN:** Las partes o piezas de un equipo o dispositivo médico que son necesarias para su operación e independientes del consumible; y que deben ser sustituidas, garantizando la compatibilidad con el dispositivo médico, en función de su desgaste, rotura, sustracción o falla, derivados del uso. \*



- **RESPONSABLES DESIGNADOS PARA LA VERIFICACIÓN DE LOS BIENES:** Al momento de la entrega, instalación o capacitación en la unidad médica:
  - Serán responsables de verificar los bienes que los proveedores adjudicados pretendan entregar y, en su caso, llevar a cabo la recepción e inspección material de los mismos. Uno de estos servidores será el Supervisor del contrato, mientras que el otro deberá tener la capacidad de verificar las especificaciones técnicas y calidad de los bienes a recibirse (Personal Técnico).
  - Validará la recepción de los bienes a través de la orden de surtimiento correspondiente.
  - Validará la documentación del expediente completo para pago presentada por los proveedores, confirmando la realización de los procesos de los bienes una vez validados.
- **SUPERVISOR DEL CONTRATO:** Personas servidoras públicas designadas por el Titular del Área Solicitante o beneficiaria del apoyo otorgado, para dar seguimiento del cumplimiento de las obligaciones a cargo de los proveedores y/o prestadores de servicios adjudicados, estipuladas en los contratos respectivos en conjunto con el administrador del contrato. Dicha designación deberá realizarse por cada establecimiento de salud indicado en el **Apéndice No. 2 "DIRECTORIO DE LOS PUNTOS DE ENTREGA"** y deberá recaer en servidores públicos con un nivel jerárquico de al menos Jefe de Departamento o su equivalente. Tratándose de contratos que se celebren para cumplir con los apoyos autorizados con cargo a los recursos del Fondo, así como respecto de los contratos que se celebren para efectuar la entrega en especie de bienes a las entidades federativas en los términos previstos en la fracción III del artículo 77 bis 15 de la Ley General de Salud.

\* Glosario de Gestión de Equipo Médico. México: Secretaría de Salud, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2016.

## 2. VISITAS A LAS INSTALACIONES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Cuando el **LICITANTE** participe en el procedimiento de contratación ofertando alguno de los bienes señalados en el **Apéndice No. 3 "LISTADO DE REQUERIMIENTOS TÉCNICOS"** con **VISITA OBLIGATORIA**, ésta deberá realizarse **previa a la presentación de las propuestas y posterior a la junta de aclaraciones** a las áreas de instalación del equipo ofertado del lugar establecido en el **Apéndice No. 2 "DIRECTORIO DE LOS PUNTOS DE ENTREGA"**, con la finalidad de que conozca las condiciones actuales de las áreas y considere en su propuesta las adecuaciones necesarias para la instalación y/o puesta en marcha de los bienes.

La cita de las visitas deberá programarse al menos con tres días hábiles de anticipación al correo: [admon.egmed@imssbienestar.gob.mx](mailto:admon.egmed@imssbienestar.gob.mx), especificando nombre del **LICITANTE**, nombre del personal que acudirá al establecimiento de salud, así como una propuesta de horario de visita.

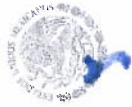
La cita será confirmada por correo electrónico al menos con un día de anticipación a la fecha de la visita, la cual se desarrollará en apego al "Protocolo de actuación en materia de contrataciones públicas, otorgamiento y prórroga de licencias, permisos, autorizaciones y concesiones".

## 3. CRITERIO DE EVALUACIÓN Y ADJUDICACIÓN

La evaluación de las propuestas se sugiere realizar a través del criterio de evaluación establecido en el **Apéndice No. 4 "CRITERIO DE EVALUACIÓN"**, conforme a lo dispuesto en el artículo 36 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 51 de su Reglamento.

La **adjudicación será por partida y tipo de bienes** conforme al documento denominado **Apéndice No. 1 "DEMANDA"** al LICITANTE cuya oferta resulte solvente porque cumple, conforme al criterio de evaluación establecido.

2



Se formalizará 1 (un) contrato por cada tipo de bien adjudicado conforme a la clasificación señalada en el **Apéndice No. 1 "DEMANDA"**

**4. VIGENCIA DE LA CONTRATACIÓN**

La vigencia de los contratos será a partir de la **notificación de la adjudicación y 270 días hábiles posteriores a la misma**, en términos de lo dispuesto en el artículo 46 de la LAASSP y 84 de su Reglamento.

**5. ADMINISTRADOR DEL CONTRATO Y ÁREA TÉCNICA**

El **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO** es el Titular de la División de Integración y Seguimiento de Equipamiento:

NOMBRE	CARGO
Q.F.B. Angel Antonio Zavala Martínez	Titular de la División de Integración y Seguimiento de Equipamiento

El cual será responsable de verificar el seguimiento al cumplimiento de las obligaciones contractuales.

El nombre y cargo del **SUPERVISOR DEL CONTRATO** es:

NOMBRE	CARGO	CONTACTO
Dr. Víctor Fernando González Romero	Director General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias (Of. No. SSCDMX/057/2024)	Teléfono: (55) 5132 1200 Ext. 1357 Correo electrónico: <a href="mailto:dapsmu.copias@gmail.com">dapsmu.copias@gmail.com</a>

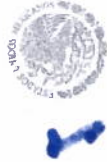
El cual dará seguimiento al cumplimiento de las obligaciones a cargo del **LICITANTE** adjudicados en conjunto con el **ADMINISTRADOR DE CONTRATO**.

El **Área Técnica y Evaluador Técnico** son:

ÁREA	NOMBRE	CARGO
Área Técnica	Dr. Marcos Alonso López Terrones	Titular de la División de Gestión Técnica de Equipamiento
Evaluador Técnico	Q.F.B. Héctor Salgado Schoelly	Director de Medicamentos, Tecnología e Insumos (Of. No. SSCDMX/057/2024)

Los cuáles serán responsables de realizar la evaluación y liberación técnica de los bienes solicitados.





6. PLAZOS, LUGARES DE ENTREGA Y CONDICIONES DE ENTREGA DE LOS BIENES.

6.1 Plazos

NO.	TIPO DE PLAZO	PLAZO	CONSIDERACIONES ADICIONALES
1	Plazo de entrega	El tiempo establecido en el <b>Apéndice 3.</b> LISTADO DE <b>REQUERIMIENTOS TÉCNICOS</b> ", contados a partir de la Notificación del Acto de Fallo.	
2	Instalación y/o puesta en marcha	<p>Se contará con <b>10 días hábiles</b> adicionales a los señalados en el plazo de entrega.</p> <p>En el caso de que en el <b>Apéndice 3 "LISTADO DE REQUERIMIENTOS TÉCNICOS</b>, señale equipos de <b>Alta Tecnología</b>, estos contarán con un plazo máximo de <b>15 días hábiles</b> posteriores a la fecha límite de entrega.</p> <p>Deberá impartir la primera capacitación dentro de los <b>10 días hábiles</b> siguientes a la instalación o en su caso puesta en marcha de los bienes.</p>	<p>Los bienes que requieran instalación y puesta en marcha se establecen en el <b>Apéndice 3 "LISTADO DE REQUERIMIENTOS TÉCNICOS"</b>.</p> <p>Se contabiliza a partir del día hábil siguiente al término del plazo de entrega.</p>
3	Capacitación	Para equipos de <b>Alta Tecnología</b> , el <b>LICITANTE</b> adjudicado tendrá <b>5 días hábiles</b> adicionales para llevar a cabo la capacitación al personal usuario después de finalizar la instalación y puesta en marcha.	<p>Los bienes que requieran capacitación se establecen en el <b>Apéndice 3 "LISTADO DE REQUERIMIENTOS TÉCNICOS"</b>.</p> <p>El <b>LICITANTE</b> adjudicado deberá proporcionar las capacitaciones necesarias que requiera el establecimiento de salud o el IMSS-BIENESTAR, durante la vigencia de la garantía del contrato.</p>
4	Calendario de Mantenimientos Preventivos	Para los bienes que, en el <b>Apéndice 3 "LISTADO DE REQUERIMIENTOS TÉCNICOS"</b> , se establezca que se requiere de Mantenimiento, el <b>LICITANTE</b> adjudicado deberá dentro de los primeros <b>10 días naturales</b> posteriores a la instalación o en su caso puesta en marcha, entregar al supervisor del contrato y enviar correo electrónico a la dirección equipo.mantenimiento@imssbienestar.gob.mx el <b>FORMATO G. CALENDARIO DE MANTENIMIENTOS</b> , con la propuesta de la(s) fecha(s) en que llevará a cabo	



NO.	TIPO DE PLAZO	PLAZO	CONSIDERACIONES ADICIONALES
		el mantenimiento preventivo, considerando la fecha de instalación.	
5	Mantenimiento preventivo	<p>La periodicidad se establece en el <b>Apéndice 3 "LISTADO DE REQUERIMIENTOS TÉCNICOS"</b> columna "Periodicidad de mantenimiento preventivo" y deberán realizarse dentro de los <b>15 días naturales</b> siguientes al plazo ahí establecido.</p> <p>Se deberá atender y solucionar la falla en un tiempo máximo de <b>15 días hábiles</b> que se distribuirán de acuerdo con la siguiente secuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>2 días</b> hábiles para responder a la notificación del establecimiento de salud.</li><li>• <b>3 días</b> hábiles para realizar el diagnóstico de la falla.</li><li>• <b>10 días</b> hábiles para el reemplazo de refacciones y las calibraciones del equipo.</li></ul> <p>En caso de que no sea posible atender el desperfecto a entera satisfacción del establecimiento de salud, el <b>LICITANTE</b> adjudicado dispondrá de un plazo máximo de <b>30 días naturales</b> para reemplazarlos por bienes nuevos.</p> <p>Si la reparación y/o reemplazo de los bienes supera los tiempos máximos establecidos en este apartado, el <b>LICITANTE</b> adjudicado, dentro de los <b>10 días hábiles</b> siguientes a los plazos señalados deberá proporcionar en calidad de préstamo al IMSS-BIENESTAR un equipo sustituto con las mismas funciones y/o características y presentar en su caso, los respectivos registros sanitarios y certificados que correspondan.</p>	<p>El plazo "Periodicidad de mantenimiento preventivo" comenzará a correr a partir del día siguiente a la entrega o en su caso, instalación o puesta en marcha de los bienes</p> <p>Los plazos iniciarán a partir de la fecha en que el IMSS-BIENESTAR realizó la notificación electrónica al <b>LICITANTE</b> adjudicado.</p> <p>En caso de que se asigne un equipo sustituto, permanecerá en la unidad hasta que concluya la reparación o atención de fallas, todos los gastos incluyendo los consumibles y otros conceptos generados por la operación de dicho equipo, correrán por cuenta del <b>LICITANTE</b> adjudicado.</p> <p>El mantenimiento correctivo no será aplicable cuando la falla se origine por una incorrecta operación del equipo por el personal del establecimiento de salud, debidamente comprobado por el <b>LICITANTE</b> adjudicado mediante dictamen técnico del fabricante el cual deberá entregar al supervisor del contrato y al Personal Técnico.</p>
6	Mantenimiento correctivo		

## 6.2 Lugar de entrega de los bienes

La distribución de los bienes se realizará conforme al **Apéndice No. 1 "DEMANDA"** en los lugares señalados en el **Apéndice No. 2 "DIRECTORIO DE PUNTOS DE ENTREGA"**.

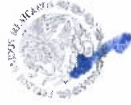
El IMSS-BIENESTAR en caso de requerirlo, podrá efectuar el cambio de los puntos de entrega, lo cual notificará por escrito o correo electrónico al LICITANTE adjudicado, con al menos 24 horas de anticipación, dicho cambio será sin costo alguno para el IMSS-BIENESTAR.

6.3 Condiciones de Entrega

- El LICITANTE adjudicado deberá acordar con el supervisor del contrato el calendario de entrega, instalación y/o puesta en marcha y capacitación **(FORMATO A. CALENDARIO DE ENTREGA, CAPACITACIÓN E INSTALACIÓN Y/O PUESTA EN MARCHA) en un período menor a 20 días hábiles posteriores a la formalización del contrato o 10 días previo a la entrega (lo que suceda antes)**; la cual deberá incluir la designación de la persona capacitada para llevar a cabo dichos procesos, así como otra información adicional que consideren de relevancia en la planeación de la entrega, verificando para aquéllos bienes que requieran guía mecánica o que, por sus dimensiones y/o construcción excedan las dimensiones convencionales de puertas y vanos las rutas de arrastre de los equipos del área de descarga al área de destino final, así como las medidas solicitadas de los bienes.
- Para el caso de equipos de **Alta Tecnología** referenciados en el **Apéndice 3 “LISTADO DE REQUERIMIENTOS TÉCNICOS”**, el LICITANTE adjudicado deberá acordar con el supervisor del contrato el calendario de entrega, instalación y/o puesta en marcha y capacitación **(FORMATO A. CALENDARIO DE ENTREGA, CAPACITACIÓN E INSTALACIÓN Y/O PUESTA EN MARCHA) con 30 días previos a la entrega**, la cual deberá incluir la designación de la persona capacitada para llevar a cabo dichos procesos, así como otra información adicional que consideren de relevancia en la planeación de la entrega, verificando para aquéllos bienes que requieran guía mecánica o que, por sus dimensiones y/o construcción excedan las dimensiones convencionales de puertas y vanos las rutas de arrastre de los equipos del área de descarga al área de destino final, así como las medidas solicitadas de los bienes.
- Una vez acordado el calendario del párrafo anterior, el LICITANTE adjudicado deberá notificarlo al **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO** y al **ÁREA TÉCNICA** mediante correo [admon.eqmed@imssbienestar.gob.mx](mailto:admon.eqmed@imssbienestar.gob.mx); así como, al responsable de la recepción del equipo en la unidad médica.
- La recepción de los equipos correrá a cargo de los siguientes encargados de la entrega y recepción de los bienes, sometiéndose a una revisión, para comprobar que las características técnicas correspondan a las solicitadas en la Ficha técnica **(FORMATO 2. FICHA TÉCNICA)** del bien y a las ofertadas en sus respectivas propuestas técnicas **(FORMATO 1. PROPUESTA TÉCNICA)**.

Área	NOMBRE	CARGO	CONTACTO
Supervisor del Contrato	Dr. Víctor Fernando González Romero	Director General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias (Of. No. SSCDMX/057/2024)	Teléfono: (55) 5132 1200 Ext. 1357 Correo electrónico: <a href="mailto:dgpsmu.copias@gmail.com">dgpsmu.copias@gmail.com</a>
Personal Técnico	Ver anexo 1.	Ver anexo 1. (Of. No. SSCDMX/057/2024)	Ver anexo 1.





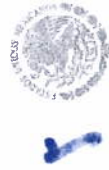
- Los bienes estarán sujetos a verificación visual y/o revisión en todo momento durante su Entrega-Recepción, con el objeto de validar las condiciones de entrega tanto para empaques, envases y cantidades, pudiendo ser rechazadas si no cumplen con las condiciones descritas en el presente documento, el Anexo Técnico y sus Apéndices.
- El **LICITANTE** adjudicado se obliga a cubrir todos los gastos relacionados con el envío, maniobras de carga, descarga, estiba, empaquetado, instalación y/o puesta en marcha y capacitación, a mantener asegurados los bienes y a absorber todos los riesgos hasta la recepción de los mismos, mediante acta de Entrega-Recepción, a entera satisfacción del Instituto, en el sitio de entrega.
- El **LICITANTE** adjudicado deberá llevar el personal suficiente para la descarga y estiba de los bienes durante la Entrega-Recepción.
- El **LICITANTE** adjudicado deberá entregar los bienes perfectamente empaquetados, con las envolturas originales del fabricante y en condiciones de embalaje que los resguarden del polvo y la humedad, debiendo garantizar la identificación y entrega individual y total de los bienes que preserven sus cualidades durante el transporte y almacenaje, sin merma de su vida útil y sin daño o perjuicio alguno para el Instituto.
- No se admiten entregas por paquetería, deberá acudir un representante del **LICITANTE** adjudicado para el trámite documental.
- Los bienes deberán ser entregados por el **LICITANTE** adjudicado bajo el esquema DDP "Entrega Derechos Pagados Destino Final".
- Es responsabilidad de los licitantes adjudicados el tramitar el permiso de tránsito ante las autoridades correspondientes para la entrega de los bienes en las unidades según se indique, así como coordinar las acciones necesarias ante las autoridades competentes para la descarga de los equipos de acuerdo a las indicaciones de los responsables designados para la verificación de los bienes.
- Para todas las partidas, el **LICITANTE** adjudicado deberá entregar una etiqueta identificadora por cada orden de surtimiento o reposición que realice, a su vez estas deberán estar subclasificadas por Unidad Administrativa. La etiqueta identificadora deberá contener los siguientes datos:
  - Ubicación del punto de entrega.
  - Entidad Federativa de destino final.
  - Dependencia, Instituto u Hospital a la que se dirige.
  - Nombre del producto (descrito en el FORMATO 1. PROPUESTA TÉCNICA).
  - Número de serie del bien.
  - Cantidad total de unidades que contiene cada caja (cuando aplique).
  - Número partida o renglón.
  - Razón social del LICITANTE adjudicado.
  - Número de contrato.
  - Número de cajas/paquetes que conforman un solo bien.

- La siguiente lista de motivos por los cuales un producto no cumple en la inspección física por atributos es enunciativa más no limitativa:

- Empaques deteriorados (manchados, mojados o rotos, etc.)

2





- o Empaques sin identificación de su contenido y leyendas ilegibles.
- o Empaques vacíos
- o Caja o etiqueta incorrecta.
- o Empaques con datos incompletos, faltantes o con escurrimientos.
- o Marca, procedencia o fabricante diferente a la estipulada en su oferta, contrato y remisión.
- o Productos que no correspondan a las especificaciones del contrato.
- o Productos que sean alterados en su empaque original sin la autorización correspondiente.
- o Productos a los que se les borre leyendas del fabricante.

El área encargada para la supervisión de recepción del equipamiento podrá realizar en cualquier momento, las devoluciones de estos, por considerar que no han sido cumplidos los requisitos de acuerdo con las condiciones de contratación. Entendiéndose que no se tendrán por recibidos o aceptados los bienes por los responsables designados para la verificación de los bienes, hasta que se subsanen las carencias o deficiencias que se señalen. Los bienes que se entreguen deberán ser iguales a los indicados en el **FORMATO 2. FICHA TÉCNICA**.

El **LICITANTE** adjudicado al momento de la entrega de los bienes, instalación y/o puesta en marcha o capacitación (en caso que aplique) deberá proporcionar a los responsables designados para la verificación de los bienes la siguiente documentación, a fin de que sea revisada, SELLADA Y FIRMADA por éste, **en tres tantos**.

- o Orden de surtimiento.
- o Orden de Remisión con número de serie de los bienes, descripción, garantía de cumplimiento. (**FORMATO B. ORDEN DE REMISIÓN**)
- o **FORMATO C. ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA DE ENTREGA-RECEPCIÓN DE LOS BIENES.**
- o **FORMATO D. ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA DE INSTALACIÓN** (en los bienes que aplique)
- o **FORMATO E. ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA DE PUESTA EN MARCHA** (en los bienes que aplique)
- o **FORMATO F. FORMATO DE CAPACITACIÓN** (en los bienes que aplique).

De igual manera deberá remitir la siguiente información únicamente al Personal Técnico de los responsables designados para la verificación de los bienes, a fin de que sea revisada, SELLADA Y FIRMADA:

- o Formato 2. Ficha técnica en tres tantos.
- o Carta de recepción de manuales de operación e instructivos los cuales deben entregarse en idioma español o traducción simple en idioma español.
- o Orden de servicio de instalación (en los bienes que aplique) en tres tantos.
- o Carta de entrega de bitácora de mantenimiento (en los bienes que aplique).
- o Carta garantía de defectos de fabricación y vicios ocultos.
- o Carta de entrega de licencias liberadas de software (en los bienes que aplique).
- o Carta manifiesto de mantenimiento correctivo y garantía referente a refacciones, consumibles y accesorios

En caso de encontrar alguna diferencia en las características y/o especificaciones solicitadas, los responsables designados para la verificación de los bienes le informaran al **LICITANTE** adjudicado el rechazo de la documentación.



7. LIBERACIÓN TÉCNICA

Para obtener la liberación técnica por parte del Área Técnica el LICITANTE adjudicado debe entregar la documentación siguiente:

NO.	DOCUMENTO	TIPO DE DOCUMENTO	FIRMANTES	REQUERIMIENTOS
1	<b>ORDEN DE SURTIMIENTO</b>  El <b>ADMINISTRADOR DEL CONTRATO</b> , remitirá al <b>LICITANTE</b> adjudicado, la orden de surtimiento, mediante la cual, se requerirán los bienes que deban entregarse, indicando por lo menos, la descripción del bien requerido, la cantidad, el domicilio del punto de entrega que corresponda (la fecha de entrega se deberá realizar en días y horas hábiles)  Para efecto de lo anterior el <b>LICITANTE</b> adjudicado deberá remitir los números de serie de los equipos adquiridos al correo <a href="mailto:ordenes.equipamiento@imssbienestar.gob.mx">ordenes.equipamiento@imssbienestar.gob.mx</a> , con la debida antelación tomando en cuenta los plazos de entrega establecidos en el <b>numeral 6.1</b> del presente documento para la entrega de los bienes y validar que los datos correspondan al contrato adjudicado.	Original por triplicado	a) LICITANTE adjudicado b) Administrador del contrato. c) Área Técnica	Sello de la unidad, fecha de recepción, nombre y firma del responsable designado para la verificación de los bienes.
2	<b>FORMATO B. ORDEN DE REMISIÓN</b>  El <b>LICITANTE</b> adjudicado deberá llenar el formato en comento y presentarse en hoja membretada.	Original por triplicado	a) Responsables designados para la verificación de los bienes (Supervisor del contrato y/o Personal Técnico).	<ul style="list-style-type: none"><li>• Número de contrato.</li><li>• Nombre y dirección del establecimiento de salud donde se realiza la entrega de acuerdo a <b>Apéndice 2.</b></li><li>• No. de partida, clave CUCOP, descripción del bien, marca, modelo y cantidad deben corresponder a lo establecido en la propuesta económica.</li><li>• Números de serie de los equipos entregados que deberán</li></ul>

NO.	DOCUMENTO	TIPO DE DOCUMENTO	FIRMANTES	REQUERIMIENTOS
				corresponder con la orden de surtimiento. <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre y firma de los responsables designados para la verificación de los bienes (Supervisor del contrato y/o Personal Técnico).</li> <li>Sello con fecha que valide la fecha de entrega de los bienes.</li> </ul>
3	<b>FORMATO C. ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA DE ENTREGA-RECEPCIÓN DE LOS BIENES</b>  Deberá llevarse a cabo en apego al numeral 6.3 Condiciones de Entrega del presente documento.  Un original quedará en poder del Responsable del establecimiento de salud para el expediente respectivo, un tanto original al <b>LICITANTE</b> adjudicado y un tanto original se procederá a enviar al Área Técnica quien tras su validación lo remitirá al Administrador del contrato para continuar con el proceso de pago.	Original triplicado por	a) Responsables designados para la verificación de los bienes (Supervisor del contrato y Personal Técnico).  b) Representante legal o Personal de la empresa designada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>No. de contrato.</li> <li>Fecha y hora de entrega de los bienes.</li> <li>Nombre de la ciudad</li> <li>Nombre y dirección del establecimiento de salud donde se realiza la entrega de acuerdo al <b>Apéndice 2.</b></li> <li>El acta debe referirse a los servidores públicos de los servicios salud/establecimiento de salud de acuerdo con la denominación de la razón social del contrato correspondiente.</li> <li>No. de partida, clave CUCOP, descripción del bien, marca, modelo, y cantidad. Los cuales deben corresponder a lo establecido en el contrato correspondiente.</li> <li>Números de serie de los equipos entregados que deberán</li> </ul>



GOBIERNO DE  
MÉXICO

NO.	DOCUMENTO	TIPO DE DOCUMENTO	FIRMANTES	REQUERIMIENTOS
4	<p><b>FORMATO D. ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA DE INSTALACIÓN Y/O FORMATO E. ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA DE PUESTA EN MARCHA.</b></p> <p>El documento deberá presentarse en una hoja membretada del proveedor adjudicado.</p> <p>En este proceso los responsables designados para la verificación de los bienes deben validar la instalación y/o puesta en marcha de los bienes en el área que fueron destinados.</p> <p>Un original quedará en poder del Responsable del establecimiento de salud para el expediente respectivo, un tanto original al <b>LICITANTE</b> adjudicado y un tanto original se procederá a enviar al Área Técnica quien tras su validación lo remitirá al</p>	Original triplicado	<p>a) Responsables designados para la verificación de los bienes (Supervisor del contrato y Personal Técnico).</p> <p>b) Representante legal o Personal de la empresa designada para llevar a cabo la instalación y/o puesta en marcha de los bienes. del proveedor adjudicado.</p>	<p>corresponder con la orden de surtimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre y firma de los responsables designados para la verificación de los bienes (Supervisor del contrato y Personal Técnico).</li> <li>Nombre y firma del representante legal del proveedor adjudicado que firma el contrato correspondiente.</li> <li>Sello con fecha que valida la fecha de entrega de los bienes.</li> <li>Leyenda "se recibe a entera satisfacción".</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de contrato</li> <li>Fecha y hora de término de instalación y/o puesta en marcha de los bienes.</li> <li>Nombre de la ciudad</li> <li>Nombre y dirección del establecimiento de salud donde se realiza la instalación y/o puesta en marcha de acuerdo con el <b>Apéndice 2.</b></li> <li>El acta debe referirse a los servidores públicos de los servicios de salud de acuerdo con la denominación de la razón social del contrato correspondiente.</li> <li>No. de partida, clave CUCOP, descripción del bien, marca,</li> </ul>





NO.	DOCUMENTO	TIPO DE DOCUMENTO	FIRMANTES	REQUERIMIENTOS
				<ul style="list-style-type: none"><li>• Números de serie de los equipos entregados que deberán corresponder con la orden de surtimiento.</li><li>• Nombre y firma de los responsables designados para la verificación de los bienes (Personal Técnico).</li><li>• Sello del Personal encargado de validar la recepción de los bienes (Personal Técnico).</li><li>• Procedimiento de puesta en marcha realizado, descrito paso por paso.</li><li>• Nombre y firma de contacto del personal técnico de la empresa designado para llevar a cabo la puesta en marcha de los bienes.</li><li>• Adjuntar copia de identificación oficial del ingeniero de servicio que firma.</li></ul>
6	<b>FORMATO F. FORMATO DE CAPACITACIÓN</b>  Una vez que el equipo entregado haya sido instalado y/o puesto en marcha y esté funcionando de manera adecuada, se procederá a programar la capacitación del uso del bien al personal usuario (la primera capacitación deberá impartirse dentro de los 10 días hábiles siguientes). Para este propósito se deberá impartir la capacitación en las fechas y horas acordadas.  Para la capacitación el <b>LICITANTE</b> adjudicado deberá presentar en hoja membretada de la persona física	Original triplicado	a) Responsables designados para la verificación de los bienes (Supervisor del contrato y Personal Técnico).  b) Personal usuario asistente a la capacitación.  c) Representante legal o Personal de la empresa designada	<ul style="list-style-type: none"><li>• Número de contrato.</li><li>• Fecha y hora de término de la capacitación.</li><li>• Nombre de la ciudad</li><li>• Entidad.</li><li>• Nombre, dirección, localidad y teléfono del establecimiento de salud donde se realiza la capacitación.</li><li>• No. de partida, clave CUCOP, descripción del bien, marca y modelo. Los cuales deben</li></ul>



GOBIERNO DE  
MÉXICO

NO.	DOCUMENTO	TIPO DE DOCUMENTO	FIRMANTES	REQUERIMIENTOS
	<p>Administrador del contrato para continuar con el proceso de pago.</p> <p>Para los bienes que de acuerdo con el listado de requerimientos técnicos del presente procedimiento se especifique que no requiere instalación y/o puesta en marcha no es necesario presentar este documento.</p>			<p>modelo y cantidad. Los cuales deben corresponder a lo establecido en el contrato correspondiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Números de serie de los equipos instalados y puestos en marcha que deberán corresponder con la orden de surtimiento.</li> <li>Nombre y firma de los responsables designados para la verificación de los bienes (Supervisor del contrato y Personal Técnico).</li> <li>Representante legal o Personal de la empresa designada para llevar acabo la instalación y/o puesta en marcha de los bienes. del proveedor adjudicado.</li> </ul>
5	<p><b>Orden de servicio.</b></p> <p>Para los bienes que de acuerdo con el listado de requerimientos técnicos del presente procedimiento se especifique que no requiere puesta en marcha no es necesario presentar este documento.</p>	<p>Copia duplicado por</p>	<p>a) Responsables designados para la verificación de los bienes (Personal Técnico).</p> <p>b) Representante legal o Personal de la empresa designada para llevar a cabo la puesta en marcha de los bienes. del proveedor adjudicado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de contrato.</li> <li>Fecha y hora de termino de puesta en marcha de los bienes.</li> <li>Nombre de la ciudad.</li> <li>Entidad.</li> <li>Nombre y dirección del establecimiento de salud donde se realiza la puesta en marcha.</li> <li>No. de partida, clave CUCOP, descripción del bien, marca, modelo y cantidad. Los cuales deben corresponder a lo establecido en el contrato correspondiente.</li> </ul>

NO.	DOCUMENTO	TIPO DE DOCUMENTO	FIRMANTES	REQUERIMIENTOS
	<p>y/o moral el <b>FORMATO F. FORMATO DE CAPACITACIÓN</b> debidamente llenado y requisitado con las firmas del personal usuario asistente a la capacitación correspondiente en el uso del equipo, así como las recomendaciones de limpieza y cuidados requeridos. Dicho formato es válido siempre y cuando contenga la fecha, el sello y firma del personal que el establecimiento de salud designe como responsable.</p> <p>Un original quedará en poder del Responsable del establecimiento de salud para el expediente respectivo, un tanto original al <b>LICITANTE</b> adjudicado y un tanto original se procederá a enviar al Área Técnica quien tras su validación lo remitirá al Administrador del -Contrato para continuar con el proceso de pago.</p> <p>El <b>LICITANTE</b> adjudicado deberá impartir el adiestramiento para el uso y manejo adecuado del equipo de acuerdo con el nivel de intervención con el equipo.</p> <p>El <b>LICITANTE</b> adjudicado podrá utilizar sus formatos propios de capacitación siempre que contengan por lo menos los datos descritos en los requisitos documentales.</p> <p>Para los bienes que de acuerdo con el listado de requerimientos técnicos del presente procedimiento se especifique que no requiere capacitación no es necesario presentar este documento.</p>		<p>para llevar a cabo la capacitación de los bienes. del proveedor adjudicado.</p>	<p>corresponder a lo establecido en el contrato correspondiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre y firma de los responsables designados para la verificación de los bienes (Supervisor del contrato y Personal Técnico).</li> <li>Sello del Personal encargado de validar la capacitación (Personal Técnico).</li> <li>Nombre del representante legal de la empresa adjudicada que firma el contrato correspondiente.</li> <li>Temario de capacitación impartido.</li> <li>Listado del personal que recibe la capacitación (nombre, departamento, puesto y firma).</li> </ul>
7	<b>FORMATO 2. FICHA TÉCNICA.</b>	Original triplicado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsables designados para la verificación de los</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre del proveedor adjudicado, cantidad, marca, modelo, clave CNIS y nombre de la Ficha técnica. Los cuales deben</li> </ul>



NO.	DOCUMENTO	TIPO DE DOCUMENTO	FIRMANTES	REQUERIMIENTOS
			bienes (Personal Técnico). <ul style="list-style-type: none"><li>Representante legal de la empresa adjudicada que firma el contrato correspondiente.</li></ul>	corresponder a la propuesta técnica presentada por el proveedor para el proceso de revisión técnica. <ul style="list-style-type: none"><li>Nombre y firma del representante legal de la empresa adjudicada que firma el contrato correspondiente.</li></ul>
8	<b>Factura de adquisición.</b> En caso de que el proveedor adjudicado sea el fabricante de los bienes, no es necesario presentar este documento.	Copia (un tanto)	<ul style="list-style-type: none"><li>No requiere firmas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Descripción del bien, marca, modelo y cantidades. Los cuales deben corresponder a lo establecido en el contrato correspondiente.</li><li>Debe ir referido al proveedor adjudicado de acuerdo como aparece en el contrato.</li><li>Números de serie de los equipos que deberán corresponderse a los proporcionados por el proveedor al momento de emitir la orden de surtimiento.</li></ul>
9	<b>Escrito</b> en formato libre del fabricante en donde especifique la <b>fecha de fabricación</b> del insumo. El documento deberá presentarse en una hoja membretada del fabricante de los bienes.	Copia (un tanto)	<ul style="list-style-type: none"><li>No requiere firmas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Número de contrato.</li><li>Descripción del bien, marca, modelo y cantidades. Los cuales deben corresponder a lo establecido en el contrato correspondiente.</li><li>Debe ir referido al proveedor adjudicado de acuerdo como aparece en el contrato.</li></ul>

2





NO.	DOCUMENTO	TIPO DE DOCUMENTO	FIRMANTES	REQUERIMIENTOS
				<ul style="list-style-type: none"><li>Números de serie de los equipos que deberán corresponder a la orden de surtimiento.</li><li>Se debe especificar la fecha de fabricación de los bienes de acuerdo al formato (DD/MM/AAAA).</li></ul>
10	<b>Acuse de recepción de manuales de operación e instructivos</b> en idioma español  El <b>LICITANTE</b> adjudicado al momento de la entrega de los bienes o en su caso al momento de su instalación y puesta en marcha en el establecimiento de salud de resultar aplicable, deberá entregar carta en hoja membretada, firmada por el representante legal adjuntando los Manuales correspondientes en el idioma de origen y traducción simple al español.	Acuse original (un tanto)	<ul style="list-style-type: none"><li>Responsables designados para la verificación de los bienes (Personal Técnico).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Número de contrato.</li><li>La carta debe referirse al establecimiento de salud de acuerdo con la denominación de la razón social del contrato correspondiente.</li><li>Descripción del bien, marca y modelo. Los cuales deben corresponder a lo establecido en el contrato correspondiente.</li><li>Carta firmada por el representante legal del proveedor adjudicado que firma el contrato correspondiente.</li><li>Acusado con nombre y firma por el Personal encargado de validar la recepción de los bienes (Personal Técnico).</li></ul>
11	<b>Acuse de entrega de licencias liberadas de software</b> (en los bienes que aplique).  Al momento de la instalación o en su caso puesta en marcha de los bienes en el establecimiento de salud, el <b>LICITANTE</b> adjudicado deberá entregar carta en hoja membretada, firmada por el representante legal mediante la cual se haga constar la entrega de las	Acuse original (un tanto)	<ul style="list-style-type: none"><li>Responsables designados para la verificación de los bienes (Personal Técnico).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Número de contrato.</li><li>El acuse debe referirse al establecimiento de salud de acuerdo con la denominación de la razón social del contrato correspondiente.</li></ul>



NO.	DOCUMENTO	TIPO DE DOCUMENTO	FIRMANTES	REQUERIMIENTOS
	licencias liberadas del software, aplicativos para la configuración y claves de acceso del bien para uso irrestricto del establecimiento de salud, sin costo adicional para la Institución, mismas que deberán ser vitalicias.			<ul style="list-style-type: none"><li>• Descripción del bien, marca y modelo. Los cuales deben corresponder a lo establecido en el contrato correspondiente.</li><li>• Carta firmada por el representante legal del proveedor adjudicado que firma el contrato correspondiente.</li><li>• Acusado con nombre y firma por el Personal encargado de validar la recepción de los bienes (Personal Técnico).</li><li>• Sello del Personal encargado de validar la recepción de los bienes (Personal Técnico).</li></ul>
12	<p><b>Acuse de entrega de bitácora de mantenimiento</b> (en los bienes que requieren mantenimiento).</p> <p>Al momento de la instalación o en su caso puesta en marcha de los bienes en el establecimiento de salud, el <b>LICITANTE</b> adjudicado deberá entregar carta en hoja membretada, firmada por el representante legal mediante la cual entrega la bitácora de mantenimiento con las siguientes características:</p> <p>La Bitácora deberá ser un libro tipo "florete", o similar (uno por cada bien que la requiera), con hojas adheridas o cosidas al lomo de este, sin espiral, con cada una de las hojas numeradas o foliadas, el cual deberá contener una hoja membretada del <b>LICITANTE</b> adjudicado, adherida a la pasta o portada, conteniendo como mínimo los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Número de contrato.</li></ul>	Acuse original (un tanto)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Responsables designados para la verificación de los bienes (Personal Técnico).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Número de contrato.</li><li>• El acuse debe referirse al establecimiento de salud de acuerdo con la denominación de la razón social del contrato correspondiente.</li><li>• Descripción del bien, marca y modelo. Los cuales deben corresponder a lo establecido en el contrato correspondiente.</li><li>• Carta firmada por el representante legal del proveedor adjudicado que firma el contrato correspondiente.</li><li>• Acusado con nombre y firma por el Personal encargado de validar la recepción de los bienes (Personal Técnico).</li></ul>

NO.	DOCUMENTO	TIPO DE DOCUMENTO	FIRMANTES	REQUERIMIENTOS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Datos completos del <b>LICITANTE</b> adjudicado (Nombre o Razón social, ubicación, teléfonos, etc.).</li> <li>Nombre(s), marca(s), modelo(s) y número(s) de serie del (los) bien(es) entregado(s).</li> <li>Ubicación y/o servicio donde quedó instalado el (los) bien(es).</li> <li>Nombre(s), correo(s) electrónico(s) y número(s) telefónico(s) del(los) responsable(s) del área o departamento servicio técnico por parte del <b>LICITANTE</b> adjudicado.</li> </ul> <p>En la contraportada y/o primeras páginas de la Bitácora, deberá de contener la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Programas y/o calendarios de mantenimientos preventivos programados.</li> <li>Rutinas de mantenimiento preventivo, detallando las actividades a realizar.</li> <li>Deberá contener cuando menos la siguiente información: Nombre del responsable del resguardo de los bienes del establecimiento de salud, Firma de recibido al realizar los servicios técnicos por parte del Personal Técnico (nombre y cargo), fecha.</li> <li>Teléfonos de contacto del <b>LICITANTE</b> adjudicado donde se pueden realizar reportes para solicitar servicio técnico.</li> </ul> <p>En esta Bitácora, el <b>LICITANTE</b> adjudicado registrará las incidencias que presenten los bienes en garantía, el tipo de servicio a realizar, las acciones ejecutadas para la reparación de estos, partes, piezas y/o refacciones utilizadas en el mantenimiento realizado, con sus respectivos números de parte y/o de serie, en caso de que aplique; anotando también la fecha, el</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>Sello del Personal encargado de validar la recepción de los bienes (Personal Técnico).</li> </ul>



NO.	DOCUMENTO	TIPO DE DOCUMENTO	FIRMANTES	REQUERIMIENTOS
	<p>nombre y firma de quién realiza la nota. El personal responsable del resguardo de los bienes del establecimiento de salud, deberá utilizar la Bitácora para escribir cualquier incidencia relacionada con el o los bienes en garantía, su estado funcional al inicio o fin de su jornada laboral, las condiciones en las que se recibe el bien, su desempeño a lo largo de su jornada laboral, y/o cualquier otra situación relacionada con el funcionamiento y estado del bien o bienes que considere relevante o pertinente, anotando también la fecha, el nombre y firma de quién realiza la nota.</p> <p><b>EL LICITANTE</b> adjudicado deberá entregar la Bitácora al responsable del resguardo donde se ubicará el bien y deberá hacer la apertura de esta, escribiendo directamente en la primera página libre, la fecha y el nombre completo, cargo y firma de quién realiza la apertura por parte del <b>LICITANTE</b> adjudicado y el servidor público que la recibe.</p> <p>La Bitácora y lo asentado en ésta en ningún caso sustituye a las órdenes de servicio. La falta de registro de incidencias en la Bitácora no exime de responsabilidades ni obligaciones al <b>LICITANTE</b> adjudicado para realizar mantenimientos preventivos y/o correctivos.</p> <p>En el caso de las partidas que no requieren mantenimiento, de acuerdo con el fabricante, no será necesario la entrega de la Bitácora. Lo anterior no exime de sus obligaciones al <b>LICITANTE</b> adjudicado conforme a la garantía de los bienes.</p>			
13	Acuse de <b>carta garantía de defectos de fabricación y vicios ocultos</b> en papel membretado de la empresa firmada por el representante legal, sobre la garantía contra vicios ocultos, defectos de	Acuse original (un tanto)	<ul style="list-style-type: none"><li>Responsables designados para la verificación de los</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Número de contrato.</li><li>El acuse debe referirse al establecimiento de salud de</li></ul>

2

18





NO.	DOCUMENTO	TIPO DE DOCUMENTO	FIRMANTES	REQUERIMIENTOS
	fabricación o cualquier falla que presenten, los bienes y accesorios por el periodo de garantía establecido		bienes (Personal Técnico).	<ul style="list-style-type: none"><li>acuerdo con la denominación de la razón social del contrato correspondiente.</li><li>Descripción del bien, marca y modelo. Los cuales deben corresponder a lo establecido en el contrato correspondiente.</li><li>Carta firmada por el representante legal del proveedor adjudicado que firma el contrato correspondiente.</li><li>Acusado con nombre y firma por el Personal encargado de validar la recepción de los bienes (Personal Técnico).</li><li>Sello del Personal encargado de validar la recepción de los bienes (Personal Técnico).</li></ul>
14	<p><b>Acuse de carta manifiesto de garantía de bienes.</b></p> <p>El <b>LICITANTE</b> adjudicado deberá entregar el acuse de la garantía de bienes misma que deberá contar con una vigencia mínima establecida en el <b>Apéndice 3 "LISTADO DE REQUERIMIENTOS TÉCNICOS"</b> y deberá establecerse la cobertura de las partes, refacciones, accesorios y consumibles necesarios para los mantenimientos preventivos y correctivos que le sean requeridos durante dicho periodo, para lo cual emitirá una carta en hoja membretada y firmada por el representante legal.</p> <p>Por cada mantenimiento correctivo el <b>LICITANTE</b> adjudicado levantará la orden del servicio, reporte fotográfico y pruebas de calidad con analizadores y simuladores calibrados (adjuntando copia simple de su certificado de calibración) según correspondan,</p>	Acuse original (un tanto)	<ul style="list-style-type: none"><li>Responsables designados para la verificación de bienes (Personal Técnico).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Número de contrato.</li><li>El acuse debe referirse al establecimiento de salud de acuerdo con la denominación de la razón social del contrato correspondiente.</li><li>Descripción del bien, marca y modelo. Los cuales deben corresponder a lo establecido en el contrato correspondiente.</li><li>Carta firmada por el representante legal del proveedor adjudicado que firma el contrato correspondiente.</li><li>Acusado con nombre y firma por el Personal encargado de validar</li></ul>



NO.	DOCUMENTO	TIPO DE DOCUMENTO	FIRMANTES	REQUERIMIENTOS
	<p>de conformidad con el <b>FORMATO H. "ORDEN DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO"</b>.</p> <p>Dado el caso que se adjudique más de una partida, el <b>LICITANTE</b> adjudicado, deberá presentar un juego de los documentos listados, en el que se enliste por formato todas las partidas adjudicadas y entregadas a entera satisfacción (en caso que cuenten con características similares) con la finalidad de evitar presentar un juego por partida adjudicada, lo anterior con la finalidad de agilizar la revisión técnica y poder disminuir los tiempos de espera.</p>			<p>la recepción de los bienes Personal Técnico).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Sello del Personal encargado de validar la recepción de los bienes (Personal Técnico).</li></ul>
15	<b>Pedimento aduanal</b>	Copia	No requiere firmas	<p>En caso de ser el distribuidor primario el documento debe contener:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Descripción del bien, marca, modelo y cantidades. Los cuales deben corresponder a lo establecido en el contrato correspondiente.</li><li>Debe ir referido al proveedor adjudicado de acuerdo como aparece en el contrato.</li><li>Números de serie de los equipos que deberán corresponder a los proporcionados por el proveedor al momento de emitir la orden de surtimiento.</li></ul> <p>En caso de ser el distribuidor secundario el proveedor adjudicado deberá presentar la factura del importador, así como todos los documentos que acrediten la adquisición de los bienes por el proveedor adjudicado.</p>



Una vez validada la información, el **ÁREA TÉCNICA** emitirá por escrito el documento de Liberación Técnica, a fin de hacer de conocimiento al **LICITANTE** adjudicado que ha cumplido con la documentación requerida y la remitirá al **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO** para iniciar el trámite de pago.

## 8. ENTREGA A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ADMINISTRADOR DE CONTRATO

El **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO** mediante la documentación validada por el supervisor del contrato, verificará que la entrega, y en caso que aplique, la instalación, puesta en marcha y capacitación de los BIENES, cumplan con los términos y condiciones establecidas en este documento, el Anexo Técnico y sus Apéndices, auxiliándose del **ÁREA TÉCNICA**.

Una vez que el **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO** verifique que los procesos se realizaron a entera conformidad y dentro de los plazos establecidos, emitirá por escrito al **LICITANTE** adjudicado la **notificación de la entrega a entera satisfacción**, así como la determinación de penas convencionales y/o deducciones que en su caso resulten aplicables

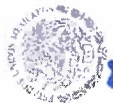
### 8.1. PENAS CONVENCIONALES

De conformidad con el artículo 53 de la LAASSP, 95 y 96 de su Reglamento, las penas convencionales se aplicarán cuando por causas imputables al **LICITANTE** adjudicado, la entrega de los BIENES se realice con atraso, tomando en cuenta para esta determinación la fecha convenida o pactada contractualmente entre las partes, considerando lo siguiente:

- Se penalizará con el 2% (dos por ciento) del valor del bien que no haya sido entregado en el tiempo máximo establecido en el numeral 6.1, por cada día natural de atraso.
- El periodo de penalización comenzará a correr a partir del día natural siguiente al que concluye el plazo máximo para la entrega de los bienes establecido en el numeral 6.1.
- La pena convencional por atraso se calculará por cada día natural de incumplimiento, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, aplicado al valor antes del Impuesto al Valor Agregado (I.V.A) de los BIENES entregados con atraso, y de manera proporcional al importe de la garantía de cumplimiento que corresponda al concepto. La suma de las penas convencionales no deberá exceder el importe de dicha garantía.

La penalización por atraso en la entrega de BIENES, considerará lo siguiente:

- El **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO** será responsable del cálculo, aplicación y determinación de las penas convencionales, cuya notificación realizará por escrito al **LICITANTE** adjudicado.
- Las penas convencionales no podrán exceder el equivalente al monto total de la garantía de cumplimiento del contrato.
- El **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO**, deberá de anexar a la solicitud de pago la cédula de cálculo de penas convencionales, así como el formato de pago de dichas penas debidamente requisitado.



- El pago de la pena podrá efectuarse a través de un comprobante de egreso (CFDI de Egreso) conocido comúnmente como Nota de Crédito, en el momento en el que emita el comprobante de Ingreso (Factura o CFDI de Ingreso) por concepto de los bienes, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

Las penalizaciones se aplicarán sobre el precio unitario de cada bien **sin incluir impuestos**.

Conforme a lo previsto en el último párrafo del artículo 96, del Reglamento de la LAASSP, no se aceptará la estipulación de penas convencionales, ni intereses moratorios a cargo del Instituto.

El pago de los bienes quedará condicionado, proporcionalmente, al pago que el **LICITANTE** adjudicado deba efectuar por concepto de penas convencionales que le sean aplicables, en el entendido de que en el supuesto de que sea rescindido el contrato, no procederá el cobro de dichas penas ni la contabilización de las mismas al hacer efectiva la garantía de cumplimiento de acuerdo al artículo 95 del Reglamento de la LAASSP.

Se hará efectiva la garantía de cumplimiento del contrato, cuando el **LICITANTE** adjudicado incumpla cualquiera de las obligaciones derivadas del instrumento legal en cita.

## 8.2. DEDUCCIONES

Con fundamento en lo dispuesto en el Artículo 53 Bis de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 97 de su Reglamento, se aplicarán deducciones al **LICITANTE** adjudicado en los siguientes casos:

NO.	CONCEPTO	DEDUCTIVA
1	Por no cumplir con la <b>Instalación y/o Puesta en Marcha</b> , dentro del plazo establecido en el numeral 6.1 punto 2.	2% del valor del bien
2	Por no cumplir con la <b>Capacitación</b> , dentro del plazo establecido en el numeral 6.1 punto 3.	2% del valor del bien
3	Por no cumplir con el <b>Mantenimiento Preventivo</b> , dentro del plazo establecido en el numeral el numeral 6.1 punto 5.	2% del valor del bien
4	Por no cumplir con el <b>Mantenimiento Correctivo</b> , dentro del plazo establecido en el numeral 6.1 punto 6.	2% del valor del bien
5	Por no entregar el <b>bien sustituto</b> en el plazo establecido en el numeral 6.1 punto 6, cuando la reparación del equipo supere el tiempo máximo para la reparación en un mantenimiento correctivo.	1% del valor del bien
6	Por no cumplir con la reposición de l(os) bien(es) por <b>canje o devolución</b> , dentro del plazo establecido en los numerales 6.1 punto 6 y 9.	1% del valor del bien

La deducción para cada concepto es por cada día natural de atraso hasta llegar al monto de la fianza y hacerla efectiva.

Las deducciones considerarán lo siguiente:

- El cálculo de las deducciones correspondientes las realizará el **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO**, cuya notificación la realizará por escrito al **LICITANTE** adjudicado.





- Deberán calcularse hasta la fecha en que materialmente se cumpla la obligación y sin que **cada concepto de deducciones** exceda el monto de la garantía de cumplimiento que le corresponda del monto total del contrato.
- Las cantidades a deducir se aplicarán en el CFDI o factura electrónica que el **LICITANTE** adjudicado presente para su cobro, en el pago que se encuentre en trámite o bien en el siguiente pago mediante un comprobante de egreso (CFDI de Egreso) conocido comúnmente como Nota de Crédito, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.
- De no existir pagos pendientes, el **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO** procederá a hacer efectiva la garantía de cumplimiento del contrato mediante el área contratante.
- Las deducciones económicas se aplicarán sobre el precio unitario de cada bien **sin incluir impuestos**.

## 9. CANJE Y DEVOLUCIÓN DE LOS BIENES

El supervisor del contrato podrá solicitar al **LICITANTE** adjudicado el canje y devolución de los bienes durante la vigencia del contrato o durante la vigencia de la garantía de cumplimiento cuando:

- Los bienes presenten especificaciones distintas a las establecidas en el contrato o de calidad inferior a la propuesta
- Presenten defectos a simple vista
- Se demuestre que su uso puede afectar la calidad del servicio
- Posterior a su entrega o puesta en marcha y operación los bienes presenten fallas que impidan su correcta operación y requieran de asistencia técnica especializada o mantenimiento correctivo y/o cambio de piezas
- Se detecten en vicios ocultos durante la vigencia del contrato y/o la garantía

Cuando concurra alguno de los supuestos anteriores, el **LICITANTE** adjudicado deberá:

- Reemplazarlos por bienes nuevos, a entera satisfacción del **SUPERVISOR DEL CONTRATO**, en un plazo no mayor de 30 días naturales.
- El plazo contará a partir de la fecha de notificación por parte del Instituto, siempre que se encuentre vigente el contrato o la garantía con la que se adquirió el bien.
- Todos los gastos que se generen por motivo del canje o devolución correrán por cuenta del **LICITANTE** adjudicado.

Para efecto de lo anterior, el **SUPERVISOR DEL CONTRATO** deberá solicitar el canje de los bienes al **LICITANTE** adjudicado dentro del periodo de 3 (tres) días hábiles siguientes al momento en que se haya percatado del vicio o defecto y turnará copia del comunicado al **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO**.

El **LICITANTE** adjudicado deberá realizar el cambio total de los bienes por unos de la misma marca y modelo que los adjudicados en un plazo no mayor a **30 días naturales**; en este supuesto se reiniciará el periodo de vigencia de la garantía establecido, debiendo notificar por escrito las causales técnicas de la sustitución del bien, así como brindar la actualización de los números de serie correspondientes y de la documentación que corresponda ante la **DIVISIÓN DE GESTIÓN TÉCNICA DE EQUIPAMIENTO**.



El **LICITANTE** que resulte adjudicado, acepta responder en cualquier caso de los defectos de fabricación y/o vicios ocultos de los bienes objeto del presente, durante el tiempo de vigencia del contrato respectivo, así como durante el periodo de vigencia de la garantía, debiendo cumplir con las obligaciones de canje que se indican en el presente.

Además, el **LICITANTE** adjudicado se obliga a responder por su cuenta y riesgo de los daños y/o perjuicios que, por inobservancia o negligencia de su parte, llegue a causar al IMSS-BIENESTAR y/o terceros.

Para la comprobación y verificación de los bienes entregados, se deberá hacer uso del **FORMATO C. ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA DE ENTREGA – RECEPCIÓN, FORMATO D. ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA DE INSTALACIÓN Y/O FORMATO E. ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA DE PUESTA EN MARCHA Y FORMATO F. FORMATO DE CAPACITACIÓN.**

## 10. GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO

El **LICITANTE** adjudicado deberá entregar la garantía de cumplimiento del Contrato, indivisible, a través de una fianza expedida por una Institución debidamente autorizada a favor de la de Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR por el diez por ciento (10%) del monto total del Contrato, antes de IVA, en términos de los artículos 48, y 49 fracción II de la LAASSP y de conformidad con las Disposiciones de carácter general por las que se aprueban los modelos de pólizas de fianzas constituidas como garantía en las contrataciones públicas realizadas al amparo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 15 de abril de 2022.

Dicha garantía deberá ser entregada al **ÁREA CONTRATANTE** a nombre de los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR dentro de los diez días naturales siguientes a la formalización del Contrato. Asimismo, en el caso de contar con fianza electrónica, la misma podrá enviarse al correo electrónico [garantias@imssbienestar.gob.mx](mailto:garantias@imssbienestar.gob.mx), así como el archivo XML, con el propósito de validar dicha garantía.

Esta garantía estará vigente durante la substanciación de todos los recursos legales o juicios que se interpongan hasta que resulte resolución definitiva, de forma tal que su vigencia no podrá acotarse en razón del plazo de ejecución del contrato principal o fuente de las obligaciones, o en cualquier otra circunstancia.

Para la cancelación de las garantías, el **LICITANTE** adjudicado enviará su solicitud por escrito al **ÁREA CONTRATANTE** una vez concluida las obligaciones contractuales, misma que después de ratificar con el **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO**, informará al **LICITANTE** adjudicado la determinación correspondiente.

- La Institución de fianzas deberá aceptar expresamente someterse al procedimiento de ejecución establecido en el artículo 282 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para la efectividad de la presente garantía, procedimiento al que también se sujetará para el caso del cobro de intereses que prevé el artículo 283 del mismo ordenamiento legal, por pago extemporáneo del importe de la póliza de fianza requerida.
- En la redacción de la póliza deberá considerarse que la institución afianzadora declara que no gozará de los beneficios de orden y excusión, de conformidad con lo establecido por el artículo 178 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y someterse al procedimiento administrativo



que regulan los artículos 279 y 282 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para hacer efectivas las garantías cuando se otorguen a favor de cualquier orden de Gobierno.

- Asimismo, la garantía de cumplimiento de contrato tendrá vigencia de veinticuatro meses (o doce meses, según aplique) y podrá ser cancelada únicamente mediante un escrito expedido por el IMSS-BIENESTAR y continuará vigente durante la substanciación de todos los recursos legales o juicios que se interpongan hasta que se dicte resolución definitiva por autoridad competente.
- De igual manera deberá contener de manera expresa la aceptación de la institución afianzadora de admitir prórroga o modificación a los términos contractuales originalmente pactados y los supuestos de suspensión o interrupción de entrega de los bienes, sin que por ello se requiera previa notificación alguna a la afianzadora o se entienda que ha mediado novación, además de responder por su fiado de todas las obligaciones contraídas y resarcir ante cualquier incumplimiento directo o indirecto del proveedor, incluidos los daños y perjuicios que se ocasionen a Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar o a terceros con motivo de las omisiones imputables al proveedor.
- Se hará efectiva la fianza del 10% (diez por ciento) por la parte proporcional a la que deje de cumplir en la entrega de los bienes, cuando el **LICITANTE** adjudicado no cumpla con las condiciones establecidas en el contrato o incurra en alguno o algunos de los supuestos de incumplimiento considerados en el presente Anexo.
- En el caso de no cumplir con la presentación de esta garantía, el **LICITANTE** adjudicado se sujetará a las sanciones establecidas en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
- En caso de que el IMSS-BIENESTAR otorgue ampliaciones al contrato, el **LICITANTE** adjudicado deberá gestionar los endosos correspondientes que amparen la ampliación.

## 11. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Con la suscripción del contrato será el único responsable de cualquier daño o afectación que pudiera causar a la Institución y/o a terceros será el **LICITANTE** adjudicado.

No se requerirá la entrega de la póliza de seguro de responsabilidad civil a los **LICITANTES** adjudicados, no obstante, serán responsables de cualquier daño o afectación derivada de su inobservancia o negligencia de su parte en la entrega y/o mantenimiento preventivo/correctivo (en caso de resultar aplicable) que pudiera ocasionarse a las instalaciones del establecimiento de salud, a su personal, derechohabientes y/o terceros.

## 12. GESTIÓN DE PAGO

Para iniciar con el proceso de gestión de pago, deberá contar con el oficio de liberación técnica (**Numeral 7**) y entregar la siguiente documentación en las instalaciones del IMSS-BIENESTAR, asimismo El **LICITANTE** adjudicado podrá remitir la factura digital previo a su timbrado al correo: [segsegmed@imssbienestar.gob.mx](mailto:segsegmed@imssbienestar.gob.mx) a fin de que sea validada.

NO.	DOCUMENTO	TIPO DE DOCUMENTO	REQUERIMIENTOS
1	Liberación técnica	Copia	
2	Contrato	Copia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe incluir anexos, ser legible y firmado por todos los implicados.</li> </ul>
3	Garantía de cumplimiento	Copia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legible</li> <li>• La fecha de la garantía de cumplimiento debe ser igual o máximo 10 días a la firma del contrato</li> </ul>
4	Carta protestada de información bancaria	Original por duplicado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emitida por el Representante Legal de la empresa conforme al <b>FORMATO I.</b> (Datos idénticos a la carátula del estado de cuenta)</li> </ul>
5	Carátula del estado de cuenta bancario	Copia por duplicado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No mayor a 3 meses</li> <li>• RFC de la empresa igual que en contrato</li> <li>• Número de cuenta y CLABE igual que en la factura</li> <li>• Número de sucursal igual a factura</li> </ul>
6	CFDI	Original por duplicado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Timbrada</li> <li>• Datos fiscales completos del emisor conforme al contrato.</li> <li>• Deberá expedirse a nombre de <b>GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MEXICO</b>, con Registro Federal de Contribuyentes: <b>GDF9712054NA</b>, con domicilio: <b>AV. FRAY SERVANDO TERESA DE MIER #77, COL. CENTRO (AREA 1), CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MÉXICO, C.P. 06000.</b></li> <li>• Uso de CFDI: <b>G01 (Adquisición de mercancías)</b></li> <li>• Tipo de comprobante: <b>Ingreso</b></li> <li>• Forma de pago: <b>99 (Por definir)</b></li> <li>• Método de pago: <b>PPD (Pago en parcialidades o diferido)</b></li> <li>• Por cada partida adjudicada deberá especificarse: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Número de partida</li> <li>○ Clave CUCOP</li> <li>○ Descripción</li> <li>○ Cantidad</li> <li>○ Marca y modelo</li> <li>○ Precio unitario de acuerdo con el contrato</li> <li>○ Número de serie (en caso de que aplique)</li> </ul> </li> <li>• Número de contrato de acuerdo con el contrato</li> </ul>



1



NO.	DOCUMENTO	TIPO DE DOCUMENTO	REQUERIMIENTOS
			<ul style="list-style-type: none"><li>• Deberá contener la leyenda <b>"Financiada con Recursos de la Subcuenta de Atención de Enfermedades de Alto Costo"</b></li><li>• Nombre de afianzadora</li><li>• Número de fianza</li><li>• Datos bancarios conforme a la carta protestada de información bancaria:<ul style="list-style-type: none"><li>◦ Nombre del banco</li><li>◦ No. de sucursal</li><li>◦ No. de cuenta</li><li>◦ CLABE interbancaria.</li></ul></li><li>• Número de Orden de Surtimiento y fecha de expedición de la misma</li><li>• <b>Sellada y firmada</b> por el Personal encargado de validar la recepción de los bienes (Personal Técnico y área administrativa), la fecha del sello debe ser igual o posterior a la fecha de emisión de la factura.</li><li>• Leyenda <b>"Manifiesto de haber recibido a entera conformidad el equipo adquirido"</b>, por parte del Personal encargado de validar la recepción de los bienes (área administrativa)</li><li>• Debe coincidir exactamente con el CFDI entregado.</li></ul>
7	Archivo XML de CFDI	2 originales 1 digital formato .xml	

Una vez que el expediente de pago sea ingresado, el **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO**, tras la revisión de los documentos que acreditan la entrega, notificará al **LICITANTE** mediante escrito la recepción a entera satisfacción, así como la determinación de penas convencionales y/o deducciones que en su caso resulten aplicables (**Numeral 8**).

Posteriormente con la información verificada se procederá a realizar la gestión de solicitud de pago con el área correspondiente del IMSS-BIENESTAR.

El pago se realizará en moneda nacional al **LICITANTE** adjudicado y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 51 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 93 de su Reglamento, mismo que no podrá exceder de veinte días naturales contados a partir de la entrega de la factura respectiva, previa entrega de los bienes o prestación de los servicios en los términos del contrato.

En caso de que el **LICITANTE** adjudicado no presente en forma la documentación requerida para el trámite de pago, la fecha de pago se recorrerá el mismo número de días que dure el subsane de las observaciones emitidas por el **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO** mediante correo electrónico.

1

2



No podrá ceder los derechos y obligaciones en forma parcial ni total a favor de cualquier otra persona física o moral, con excepción de los derechos de cobro, en cuyo caso se deberá contar con la conformidad previa y por escrito del **ÁREA REQUERENTE** y **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO** de los BIENES.

Para efectos de lo anterior, el **LICITANTE** adjudicado, entregará al **ÁREA REQUERENTE** y **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO** la solicitud y el CONTRATO de transferencia de derechos de cobro, ratificado ante Notario Público, celebrado entre éste y la persona física o moral a quienes se le cederán dichos derechos, así como la documentación que para tal efecto requiera el IMSS-BIENESTAR, el **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO** tramitará el pago a la persona física o moral a quien le fue transferido el derecho de cobro referido ante el IMSS-BIENESTAR.

### 13. DATOS GENERALES Y NOTIFICACIONES OFICIALES DEL LICITANTE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO

Deberá proporcionar al **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO** el contacto designado para atender cualquier asunto correspondiente a la contratación que derive del procedimiento en un plazo no mayor a 10 días hábiles posterior a la notificación de la adjudicación o emisión del fallo al correo [admon.egmed@imssbienestar.gob.mx](mailto:admon.egmed@imssbienestar.gob.mx), debiendo incluir los siguientes datos de: Representante Legal, Usuario de la plataforma de órdenes de surtimiento, Encargado del seguimiento de contratos u órdenes de surtimiento y Contacto para facturación:

- Nombre completo del contacto oficial.
- Cargo.
- Domicilio para oír y recibir notificaciones.
- Teléfono (oficina y celular).
- Correo electrónico.

Cabe señalar, que el contacto designado por el **LICITANTE** adjudicado no tendrá que ser necesariamente su representante legal, sin embargo, toda notificación que se le haga por parte del IMSS-BIENESTAR vía correo electrónico se considerará de carácter oficial y surtirá los mismos efectos legales de la notificación personal.

Las notificaciones podrán realizarse a través de los siguientes medios:

- Oficio / escritos, entregado al **LICITANTE** adjudicado.
- Vía correo electrónico.

El **LICITANTE** adjudicado se obliga a comunicar cualquier cambio en los datos del contacto oficial, mediante escrito en papel membretado firmado por su representante legal dirigido al **ADMINISTRADOR DE CONTRATO**, al día hábil siguiente de realizado dicho cambio.

En caso de incumplir con la obligación de informar los cambios en el contacto oficial del IMSS-BIENESTAR, no serán responsables, por las consecuencias, que por causa de dicha omisión afecte el cumplimiento del contrato del **LICITANTE**.

Se entiende como canal oficial de comunicación para el IMSS-BIENESTAR:

- A. El **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO**.
- B. Personal que sea designado para tal efecto por el administrador del contrato.





GOBIERNO DE  
MÉXICO




IMSS  
BIENESTAR

SERVICIOS DE SALUD DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR

Área Requirente

<b>MTRA. LUZ DEL CARMEN SEPÚLVEDA HERNÁNDEZ</b> TITULAR DE LA DIVISIÓN DE EVALUACIÓN DE SOLICITUDES DE PROYECTOS. COORDINACIÓN DE EQUIPAMIENTO PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Administrador del Contrato

<b>LIC. STEPHANIE ALEJANDRA NOVOA MILLÁN</b> JEFE DE ÁREA ADMINISTRATIVA Firma en suplencia por ausencia del Titular de la División de Integración y Seguimiento de Equipamiento, Q.F.B. Angel Antonio Zavala Martínez, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 22, del ESTATUTO Orgánico de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de julio de 2023

Área Técnica

<b>DR. MARCOS ALONSO LÓPEZ TERRONES</b> TITULAR DE LA DIVISIÓN DE GESTIÓN TÉCNICA DE EQUIPAMIENTO COORDINACIÓN DE EQUIPAMIENTO PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



SERVICIOS DE SALUD DEL INSTITUTO MEXICANO  
DEL SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR

# FORMATOS



## FORMATO A

Yo \_\_\_\_\_ siendo las \_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ en la ciudad \_\_\_\_\_, con las facultades que la empresa denominada \_\_\_\_\_ me otorga como su representante legal, declaro bajo protesta de decir verdad que respetaré en tiempo y forma el siguiente calendario de entrega, instalación, puesta en marcha y capacitación de los bienes de acuerdo al siguiente listado vinculado al contrato NO. \_\_\_\_\_ asignado a mi representada:

[illegible]

Así mismo designo a (la/el) C. \_\_\_\_\_ para llevar a cabo los procedimientos mencionados en el párrafo precedente.

<p><b>Nombre y firma del Responsables designados para la verificación de los bienes (Supervisor del Contrato)</b></p>	<p><b>Nombre y firma del Responsables designados para la verificación de los bienes (Personal Técnico)</b></p>
---	--

Representante(s) Legal  
**Nombre y firma**

**\*(En caso de designar a un responsable para llevar a cabo dichos procesos, favor de agregar la siguiente línea o en caso contrario eliminarla)**



LOGO DE LA  
EMPRESA

FORMATO B  
ORDEN DE REMISIÓN

RAZÓN SOCIAL

R-(número de orden de surtimiento)

ENTIDAD:

NOMBRE ALMACÉN / UNIDAD MÉDICA:

DIRECCIÓN DEL ALMACÉN / UNIDAD MÉDICA:

CLUES

FECHA DE EXPEDICIÓN: DD/MM/AAAA

FECHA DE ENTREGA: DD/MM/AAAA

NO. DE CONTRATO:

PROVEEDOR

PARTIDA	CLAVE CUCOP	MARCA	MODELO	NO. DE SERIE	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD

OBSERVACIONES:

DATOS DE RECEPCIÓN:

NOMBRE:

CARGO:

FIRMA:

<SELLO>



FORMATO C  
ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA DE  
ENTREGA-RECEPCIÓN DE LOS BIENES  
CONTRATO NO. \_\_\_\_\_

Hoja \_\_\_\_ de \_\_\_\_

En la Ciudad de \_\_\_\_\_, siendo las \_\_\_\_\_ horas del día: \_\_\_\_\_ del mes: \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en las instalaciones \_\_\_\_\_, con domicilio \_\_\_\_\_ en presencia de los servidores públicos del \_\_\_\_\_ y el(los) representante(s) \_\_\_\_\_ de la persona física y/o moral \_\_\_\_\_, se levanta la presente acta a fin de hacer constar la **ENTREGA-RECEPCIÓN A ENTERA SATISFACCIÓN** por parte de esta institución de salud cumpliendo estrictamente con lo señalado en el contrato No. \_\_\_\_\_. De los siguientes bienes:

No. Partida	Clave CUCOP	Descripción del bien	Marca	Modelo	Número serie	Cantidad

No habiendo otro asunto que hacer constar, se levanta la presente el día de su inicio, firmando los presentes por triplicado.

FIRMANTES

<b>Nombre y firma del Supervisor del Contrato</b> (Responsable designado para la verificación de los bienes)	<b>Nombre y firma del Personal Técnico</b> (Responsable designado para la verificación de los bienes)
<b>Representante(s) Legal o Personal de la empresa designada para llevar a cabo la entrega-recepción de los bienes.</b> <b>Nombre y firma</b>	

(**NOTA IMPORTANTE:** En caso de detectarse algún incumplimiento o circunstancia que impida la recepción a entera satisfacción del instituto, de acuerdo a lo establecido en el contrato que ampara la adquisición del bien, deberá procederse al levantamiento del Acta Circunstanciada de Rechazo de los bienes).



FORMATO D  
ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA DE  
INSTALACIÓN  
CONTRATO NO. \_\_\_\_\_

Hoja \_\_\_\_ de \_\_\_\_

En la Ciudad de \_\_\_\_\_, siendo las \_\_\_\_\_ horas del día: \_\_\_\_\_ del mes: \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en las instalaciones \_\_\_\_\_, con domicilio \_\_\_\_\_ en presencia de los servidores públicos del \_\_\_\_\_ y el(los) representante(s) \_\_\_\_\_ de la persona física y/o moral \_\_\_\_\_, se levanta la presente acta a fin de hacer constar la INSTALACIÓN en el área designada del siguiente equipo:

No. Partida	Clave CUCOP	Descripción del bien	Marca	Modelo	Número serie	Cantidad

No habiendo otro asunto que hacer constar, se levanta la presente el día de su inicio, firmando los presentes por triplicado.

FIRMANTES

<b>Nombre y firma del Supervisor del Contrato</b> (Responsable designado para la verificación de los bienes)	<b>Nombre y firma del Personal Técnico</b> (Responsable designado para la verificación de los bienes)
<b>Representante(s) Legal o Personal de la empresa designada para llevar a cabo la instalación de los bienes.</b> <b>Nombre y firma</b>	

**NOTA IMPORTANTE:** En caso de detectarse algún incumplimiento o circunstancia que impida la instalación a entera satisfacción del establecimiento de salud, de acuerdo a lo establecido en el contrato que ampara la adquisición del bien, deberá procederse al levantamiento del Acta Circunstanciada de no instalación de los bienes con la justificación o motivos por los cuales no puede llevarse a cabo).





**FORMATO E**  
**ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA DE**  
**PUESTA EN MARCHA**  
**CONTRATO NO. \_\_\_\_\_**

Hoja \_\_\_\_ de \_\_\_\_

En la Ciudad de \_\_\_\_\_, siendo las \_\_\_\_\_ horas del día: \_\_\_\_\_ del mes: \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en las instalaciones \_\_\_\_\_, con domicilio \_\_\_\_\_ en presencia de los servidores públicos del \_\_\_\_\_ y el(los) representante(s) \_\_\_\_\_ de la persona física y/o moral \_\_\_\_\_, se levanta la presente acta a fin de hacer constar la PUESTA EN MARCHA al personal para su uso del equipo, dejando el siguiente equipo en funcionamiento:

No. Partida	Clave CUCOP	Descripción del bien	Marca	Modelo	Número serie	Cantidad

Así mismo, se acredita haber recibido los protocolos de puesta en marcha y operación del fabricante, a entera satisfacción por parte de esta institución de salud, para lo que se anexa la orden de servicio correspondiente.

No habiendo otro asunto que hacer constar, se levanta la presente el día de su inicio, firmando los presentes por triplicado.

**FIRMANTES**

<b>Nombre y firma del Supervisor del Contrato</b> (Responsable designado para la verificación de los bienes)	<b>Nombre y firma del Personal Técnico</b> (Responsable designado para la verificación de los bienes)
<b>Representante(s) Legal o Personal de la empresa designada para llevar a cabo la puesta en marcha de los bienes.</b> <b>Nombre y firma</b>	

**NOTA IMPORTANTE:** En caso de detectarse algún incumplimiento o circunstancia que impida la puesta en marcha a entera satisfacción del establecimiento de salud, de acuerdo a lo establecido en el contrato que ampara la adquisición del bien, deberá procederse al levantamiento del Acta Circunstanciada de no puesta en marcha de los bienes con la justificación o motivos por los cuales no puede llevarse a cabo, así como, la entrega de carta compromiso de puesta en marcha).



FORMATO F  
FORMATO DE CAPACITACIÓN  
CONTRATO NO. \_\_\_\_\_

PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL LICITANTE ADJUDICADO

Fecha: XX de XXXX de XXXX  
Hora: XX:XX

Nombre de establecimiento de salud:			
Entidad federativa:		Localidad:	
Dirección:		Teléfono:	

Capacitador	
Nombre:	
Empresa:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	

Equipo	
Clave CUCOP:	
Descripción:	
Marca:	
Modelo:	

LISTA DE ASISTENCIA:				
No.	Nombre del asistente	Departamento/turno	Puesto	Firma
1				
2				
3				
n				

Observaciones: se anexa al presente el Temario impartido

FIRMANTES

<b>Nombre y firma del Supervisor del Contrato</b> (Responsable designado para la verificación de los bienes)	<b>Nombre y firma del Personal Técnico</b> (Responsable designado para la verificación de los bienes)
<b>Representante(s) Legal o Personal de la empresa designada para llevar a cabo la capacitación de los bienes.</b> <b>Nombre y firma</b>	

**NOTA IMPORTANTE:** En caso de detectarse algún incumplimiento o circunstancia que impida o no requiera la capacitación a entera satisfacción del instituto, de acuerdo a lo establecido en el contrato que ampara la adquisición del bien, deberá procederse al levantamiento de carta de no capacitación en formato libre, así como, la entrega de carta compromiso de capacitación.



**FORMATO G**  
**CALENDARIO DE MANTENIMIENTOS**  
**(EN CASO DE QUE APLIQUE)**  
EN PAPEL MEMBRETADO DEL LICITANTE ADJUDICADO

**CONSIDERACIONES:**

1. EL PROVEEDOR DEBERÁ REQUISITAR **1 (UN) FORMATO POR PARTIDA** ADJUDICADA SIEMPRE Y CUANDO EL **LUGAR DE ENTREGA Y LA FECHA DE INSTALACIÓN** DE/LOS EQUIPO(S) SEA EL MISMO.

2. EN CASO DE QUE LA ENTREGA Y LA INSTALACIÓN DE LOS EQUIPOS DE LA PARTIDA SE HAYA REALIZADO EN **LUGARES Y DÍAS DIVERSOS**, EL PROVEEDOR DEBERÁ REQUISITAR **1 (UN) FORMATO POR CADA LUGAR Y FECHA**.

Fecha: \_\_\_\_\_

Número de contrato: \_\_\_\_\_

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD		
Nombre:		CLUES:
Entidad federativa:		Localidad:
Dirección:		Teléfono y correo electrónico:
DATOS DEL LICITANTE ADJUDICADO		
Nombre del Proveedor:		Correo electrónico:
Teléfono:		Dirección:
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO:		
Descripción:		
Cantidad:		
Clave CNIS:		
Clave CUCOP:		
Marca:		
Modelo:		
Serie (s):		
DATOS PARA EL MANTENIMIENTO DEL EQUIPO		DATOS A REQUISITAR POR EL PROVEEDOR
Fecha de entrega y/o instalación del equipo:		(Fecha en que se recibió el equipo a entera satisfacción del IMSS-BIENESTAR)
Periodicidad del mantenimiento:		(Requisitar conforme al <b>Apéndice 3</b> )
Número total de mantenimientos a realizar:		(Para requisitar deberá considerar la fecha de entrega y/o instalación del equipo, el periodo de la garantía de cumplimiento y la periodicidad establecida en el <b>Apéndice 3</b> )
FECHAS DE MANTENIMIENTO PROPUESTAS		
Número de Mantenimiento	Fecha límite para realizar el Mantenimiento	Fecha(s) propuesta(s) Día-Mes-Año
1	(Para requisitar este apartado, deberá considerar la fecha de entrega y/o instalación del equipo, la periodicidad establecida en el <b>Apéndice 3</b> y el plazo límite para su desarrollo establecido en los <b>Términos y condiciones</b> )	(Para requisitar este apartado, deberá considerar la fecha de entrega y/o instalación del equipo, la periodicidad establecida en el <b>Apéndice 3</b> y el plazo límite para su desarrollo establecido en los <b>Términos y condiciones</b> )  *Esta fecha deberá ser previa o igual a la fecha límite para realizar el mantenimiento.

Representante(s) Legal



FORMATO H

ORDEN DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO/CORRECTIVO  
PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL LICITANTE ADJUDICADO

<b>Nombre de establecimiento de salud:</b>	
<b>Entidad federativa:</b>	<b>Localidad:</b>
<b>Dirección:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>No. de contrato:</b>	
<b>Nombre del Licitante Adjudicado:</b>	<b>Correo:</b>
<b>Teléfono:</b>	<b>Domicilio:</b>
<b>Fecha de inicio del servicio:</b>	<b>Fecha de término del servicio:</b>
<b>DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO:</b>	
Descripción del equipo:	
Clave CNIS:	
Clave CUCOP:	
Marca:	
Modelo:	
Serie:	
<b>ESTADO DEL EQUIPO PREVIO AL SERVICIO DE MANTENIMIENTO:</b>	
Espacio destinado a reportar las actividades realizadas en el servicio de mantenimiento preventivo/correctivo, en formato libre, puede ser redactado o en formato de checklist, siempre que se cumpla con los requerimientos del Anexo Técnico	
<b>REFACCIONES UTILIZADAS:</b>	
<b>OBSERVACIONES, NOTAS Y/O RECOMENDACIONES DEL LICITANTE ADJUDICADO:</b>	
<b>ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO:</b>	
<b>OBSERVACIONES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:</b>	
<b>FIRMAS DE CONFORMIDAD</b>	
<b>SELLO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b>	
Nombre y firma del Responsable designado para la verificación de los bienes (Personal Técnico)	Nombre y firma del personal designado por el licitante para realizar el mantenimiento





FORMATO I  
CARTA DE DATOS BANCARIOS

(HOJA MEMBRETADA)

Ciudad de México a XX de XX de 20\_\_

SERVICIOS DE SALUD DEL IMSS BIENESTAR  
**P R E S E N T E.**

En atención al número III inciso d) de la Regla 22 de la Reglas de Operación del Fideicomiso del Fondo de Salud para el Bienestar y en particular a los contratos suscritos con el Instituto de Salud para el Bienestar o bien Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar.

Sobre el particular, por medio de la presente se proporcionan los datos de la cuenta bancaria a la que habrán de realizarse las transferencias de recursos derivados de los contratos suscritos.

Asimismo, se manifiesta, bajo protesta de decir verdad que la información remitida es verídica y se autoriza que las transferencias correspondientes se realicen a la siguiente cuenta:

<b>NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA</b>	XXXXXX
<b>RFC DEL TITULAR DE LA CUENTA</b>	XXXXXX
<b>NÚMERO DE LA CUENTA</b>	XXXXXX
<b>NÚMERO DE SUCURSAL</b>	XXXXXX
<b>NÚMERO DE CLAVE BANCARIA ESTANDARIZADA</b>	XXXXXX
<b>FECHA DE APERTURA</b>	XXXXXX

Adicionalmente, se adjunta caratula del Estado de Cuenta Bancario con una antigüedad no mayor a tres meses.

Sin más por el momento, aprovecho para enviarle un saludo.

Atentamente:

Xxxxx  
Representante Legal  
Nombre de la empresa:



## ANEXO 1.

### Personas encargadas de validar la recepción de bienes.

UNIDAD MÉDICA	NOMBRE	CARGO	DATOS DE CONTACTO
Clínica de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza	Dra. Minerva Vargas Cabrera	Directora	Teléfono: 55 2235 9900 Correo: dga.chetvc.dir@gmail.com
Clínica de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza	Lic. María Eduarda Gutiérrez Enciso	Responsable de la Subdirección Administrativa	Teléfono: 55 5756 1259 Correo: jus_vindicandi@outlook.com
Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez	Dr. Juan Carlos de la Cerna Ángeles	Director	Teléfono: 55 5850 0042 Correo: direccion.belisario@gmail.com y dr.juanca76@gmail.com
Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez	Lic. Guillermo Romero Pérez	Subdirector Administrativo	Teléfono: 55 5850 0006 Correo: dga.hebelizariodominguez.cea@gmail.com
Clínica Hospitalaria Emiliano Zapata	Dra. Lucía Aguirre Antonio	Directora	Teléfono: 55 2635 3490 Ext. 13522 Correo: chezdireccion@gmail.com
Clínica Hospitalaria Emiliano Zapata	Mtro. César Ulises Cisneros Pérez	Encargado de la J.U.D. Administrativa	Teléfono: 55 2635 3490 Ext. 13524 Correo: ulicispe@yahoo.com.mx
Hospital General Ajusco Medio	Dra. Rosalba Rivera Callejas	Directora	Teléfono: 55 5446 7966 Correo: hgdireccionajusco@gmail.com
Hospital General Ajusco Medio	Lic. María Elena García Calderón	Administradora	Teléfono: 55 5132 1200 Ext. 7115 Correo: hgamadmon@hotmail.com
Hospital General Balbuena	Dr. Fernando Yuri Carmona Sarabia	Director	Teléfono: 55 5552 1602 Correo: yuricarmonasarabia@gmail.com
Hospital General Balbuena	Arq. Oscar Humberto Bustillo Ordoñez	Subdirector Administrativo	Teléfono: 55 5552 1602 Correo: dga.hgbalbuena.cea@gmail.com
Hospital General Dr. Enrique Cabrera	Dr. Ricardo Ramos Xicotencatl	Encargado de la Dirección	Teléfono: 55 1285 7104 Correo: direccion.enriquecabrera@gmail.com
Hospital General Dr. Enrique Cabrera	Ing. Carlos Jesús Olivas Olguín	Subdirector Administrativo	Teléfono: 55 1285 7107 Correo: dge.hgenriquecabrera.cea@gmail.com
Hospital General Dr. Gregorio Salas Flores	Dr. Michael Coca Villarroel	Director	Teléfono: 55 8957 3319 Correo: direccion.gregoriosalas@gmail.com
Hospital General Dr. Gregorio Salas Flores	Lic. Edith Margarita López Martínez	Subdirectora Administrativa	Teléfono: 55 5702 0372 Correo: subdireccion.gregoriosalas@gmail.com
Hospital General Dr. Rubén Leñero	Dra. María de Jesús Herver Cabrera	Directora	Teléfono: 55 5341 7801 Correo: chuyherver@yahoo.com.mx
Hospital General Dr. Rubén Leñero	Lic. Arcelia Roque Ríos	Subdirectora Administrativa	Teléfono: 55 5341 1258 Correo: dga.hgrubenlenero.cea@gmail.com
Hospital General Iztapalapa	Dra. María del Rocío Lima Carcaño	Encargada de la Dirección	Teléfono: 55 5132 1200 Ext. 34109 Correo: lima.e.direccion3@gmail.com
Hospital General Iztapalapa	Lic. Rocío Odilia Barrios Aguilar	Subdirectora Administrativa	Teléfono: 55 5132 1200 Ext. 34103 Correo: hgiztapalapa.cea@gmail.com
Hospital General Milpa Alta	Dr. Luis Antonio Castillo Espíndola	Director	Teléfono: 55 5844 0649 Ext. 126 Correo: hgmilpaalta@gmail.com



UNIDAD MÉDICA	NOMBRE	CARGO	DATOS DE CONTACTO
Hospital General Milpa Alta	C.P. José Luis González Betanzos	Subdirector Administrativo	Teléfono: 5854 1550 Ext. 101 Correo: <a href="mailto:dga.hgmilpaalta.cea@gmail.com">dga.hgmilpaalta.cea@gmail.com</a>
Hospital General Tláhuac	Dra. Dalia García Bastida	Directora	Teléfono: 55 5850 1020 Correo: <a href="mailto:hgtlahuac@gmail.com">hgtlahuac@gmail.com</a>
Hospital General Tláhuac	Lic. Alfredo Andrade Ortiz de Zarate	Subdirector de Enlace Administrativo	Teléfono: 55 5850 1011 Ext. 76203 Correo: <a href="mailto:dga.hgtlahuac2023.cea@gmail.com">dga.hgtlahuac2023.cea@gmail.com</a>
Hospital General Topilejo	Dra. Martha Patricia Mancilla Villeda	Directora	Teléfono: 55 8957 3354 Correo: <a href="mailto:marthapatriciamancillavilleda@gmail.com">marthapatriciamancillavilleda@gmail.com</a>
Hospital General Topilejo	C.P. Marco Antonio Prieto Serna	J.U.D. Administrativa	Teléfono: 55 8957 3355 Correo: <a href="mailto:marcohgtopilejo@gmail.com">marcohgtopilejo@gmail.com</a>
Hospital General Torre Médica Tepepan	Dr. Víctor Susano Arriaga Díaz	Director	Teléfono: 55 7615 4090 Correo: <a href="mailto:torremedicatepepan@yahoo.com.mx">torremedicatepepan@yahoo.com.mx</a>
Hospital General Torre Médica Tepepan	Marcial Mora Morales	Jefatura de Unidad Departamental de Enlace Administrativo Torre Médica Tepepan	Teléfono: 56 1171 7475 Correo: <a href="mailto:torremedicatepepan@yahoo.com.mx">torremedicatepepan@yahoo.com.mx</a>
Hospital General Villa	Dr. Guillermo Redondo Aquino	Director	Teléfono: 55 1383 3964 Correo: <a href="mailto:generallavilla@yahoo.com.mx">generallavilla@yahoo.com.mx</a>
Hospital General Villa	Lic. Rafael Ramírez Martínez	Subdirector Administrativo	Teléfono: 55 2165 8695 Correo: <a href="mailto:dga.hglavilla.cea@gmail.com">dga.hglavilla.cea@gmail.com</a>
Hospital General Xoco	Dr. Víctor Cuacuas Cano	Director	Teléfono: 55 5688 9131 Correo: <a href="mailto:victorumq@gmail.com">victorumq@gmail.com</a>
Hospital General Xoco	Dr. Jorge Alberto Fortuna Custodio	Subdirector Médico	Teléfono: 55 5688 9138 Correo: <a href="mailto:subdirmedicahgxoco@gmail.com">subdirmedicahgxoco@gmail.com</a>
Hospital Materno Infantil Cuauhtec	Dr. Rafael Francisco Treviño Chapa	Director	Teléfono: 55 9260 8573 Correo: <a href="mailto:hmicuauhtec@hotmail.com">hmicuauhtec@hotmail.com</a>
Hospital Materno Infantil Cuauhtec	C. Juan Francisco Moreno Rodríguez	J.U.D. Administrativo	Teléfono: 55 9260 8573 Ext. 202 Correo: <a href="mailto:juanfmr@hotmail.com">juanfmr@hotmail.com</a>
Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo	Dr. Luis Manuel Núñez Rosales	Director	Teléfono: 55 5394 0565 Correo: <a href="mailto:nicolascedillos@gmail.com">nicolascedillos@gmail.com</a>
Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo	Lic. Patricia García González	J.U.D. Administrativa	Teléfono: 55 5394 0575 Ext. 5114 Correo: <a href="mailto:patychu70@gmail.com">patychu70@gmail.com</a>
Hospital Materno Infantil Inguarán	Dra. Liliana Nallely Fonseca Jiménez	Directora	Teléfono: 55 2616 4076 Correo: <a href="mailto:drafonseca25@gmail.com">drafonseca25@gmail.com</a>
Hospital Materno Infantil Inguarán	Lic. Yessenia Marcesy Gómez Sánchez	J.U.D. Administrativa	Teléfono: 55 5795 6764 Correo: <a href="mailto:dga.hminguaran.cea@gmail.com">dga.hminguaran.cea@gmail.com</a>
Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras	Dra. Yesica Delgadillo García	Directora	Teléfono: 55 5683 5094 Correo: <a href="mailto:hmimc.direccion@gmail.com">hmimc.direccion@gmail.com</a>
Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras	Lic. Lizbeth Polaco Bustillos	J.U.D. Administrativo	Teléfono: 55 5681 4885 Correo: <a href="mailto:dga.hmmagdalenacontreras.cea@gmail.com">dga.hmmagdalenacontreras.cea@gmail.com</a>
Hospital Materno Pediátrico Xochimilco	Dr. Félix Espinal Solís	Encargado del Despacho de Dirección	Teléfono: 55 5676 4993 Correo: <a href="mailto:direccionhmpx@gmail.com">direccionhmpx@gmail.com</a>
Hospital Materno Pediátrico Xochimilco	Ing. José Luis Mora Herrera	J.U.D. Administrativa	Teléfono: 55 5676 0555 Ext. 205 Correo: <a href="mailto:dga.hmpxochimilco.cea@gmail.com">dga.hmpxochimilco.cea@gmail.com</a>
		Directora	Teléfono: 55 5561 2854





UNIDAD MÉDICA	NOMBRE	CARGO	DATOS DE CONTACTO
Hospital Pediátrico Azcapotzalco	Dra. Miriam Trinidad Macías Heredia		Correo: miriamtrini@yahoo.com.mx
Hospital Pediátrico Azcapotzalco	Lic. Luis Tapia Amador	J.U.D. Administrativo	Teléfono: 55 5561 0891 Ext. 107 Correo: dga.hpazcapotzalco.cea@gmail.com
Hospital Pediátrico Coyoacán	Dra. María Del Carmen Jaimes Torres	Directora	Teléfono: 55 5554 1664 Correo: hpcoyoacan@hotmail.es
Hospital Pediátrico Coyoacán	Lic. Pablo Montiel Galicia	J.U.D. Administrativo	Teléfono: 55 5554 1664 Correo: dga.hpcoyoacan.cea@gmail.com
Hospital Pediátrico Iztacalco	Dra. María de la Concepción Sara Cortés Quesada	Directora	Teléfono: 55 5657 9375 Correo: hpiztacalco@yahoo.com.mx
Hospital Pediátrico Iztacalco	Lic. Carolina Mosco Olivar	J.U.D. Administrativa	Teléfono: 55 5650 2406 Correo: dsa.hpiztacalco@gmail.com
Hospital Pediátrico Iztapalapa	Dra. Viridiana Montoya Cruz	Directora	Teléfono: 55 5685 9416 Correo: direccionhpiztapalapa@gmail.com
Hospital Pediátrico Iztapalapa	Lic. Carolina Mosco Olivares	J.U.D. de Enlace Administrativo (encargado)	Teléfono: 55 5685 3677 Ext. 106 Correo: direccionhpiztapalapa@gmail.com
Hospital Pediátrico Legaria	Dr. Juan Francisco Díaz Sotelo	Director	Teléfono: 55 5082 7642 Correo: h_p_legaria@yahoo.com.mx
Hospital Pediátrico Legaria	C. Luis Alberto Ramírez Sosa	J.U.D. Administrativa	Teléfono: 55 5386 1773 Correo: dga.hplegaria.cea@gmail.com
Hospital Pediátrico Moctezuma	Dr. Víctor Hugo Portugal Moreno	Directora	Teléfono: 55 5571 4057 Correo: victorhugo.portugal.m@gmail.com
Hospital Pediátrico Moctezuma	Lic. Martha Irais Ramírez Mena	J.U.D. Administrativa	Teléfono: 55 5571 1737 Correo: martharamirezmena@gmail.com
Hospital Pediátrico Peralvillo	Dr. Eduardo Correa Gannan	Director	Teléfono: 55 5782 1677 Correo: ecgannan@gmail.com
Hospital Pediátrico Peralvillo	Lic. Héctor Alejandro Elizondo Calvillo	J.U.D. Administrativo	Teléfono: 55 5583 3823 Correo: judperalvillo22@outlook.com
Hospital Pediátrico San Juan de Aragón	Dra. Lucero Guadalupe Tepale Mejía	Directora	Teléfono: 55 2471 0463 Correo: direccionaragon21@gmail.com
Hospital Pediátrico San Juan de Aragón	Lic. Paulina Daniela Reyes García	J.U.D. Administrativo	Teléfono: 55 5551 0039 y 55 2603 3445 Correo: admon.pediatrico.aragon@gmail.com
Hospital Pediátrico Tacubaya	Dra. Laura Munguía Martínez	Directora	Teléfono: 55 5276 5372 Correo: dra_lauramunguia@hotmail.com
Hospital Pediátrico Tacubaya	Lic. Gregorio García Rodríguez	J.U.D. Administrativa	Teléfono: 55 5515 7987 Ext. 102 Correo: dga.hptacubaya.ca@gmail.com
Hospital Pediátrico Villa	Dra. Claudia Olga Nisadooh Gutiérrez Ramírez	Directora	Teléfono: 55 5577 6707 Correo: hpvilla@live.com.mx
Hospital Pediátrico Villa	C.P. Edwin Altuzar Arenas	Enc. J.U.D. Administrativa	Teléfono: 55 5781 2103 Correo: dga.hplavilla.cea@gmail.com
Unidad de Atención Médica Temporal COVID "La Pastora"	Dra. María de los Ángeles Corona Hernández	Responsable de la Dirección	Teléfono: 55 9003 0783 Ext. 1016 Correo: direccion.utclp@gmail.com
		Recursos Materiales	Teléfono: 55 9003 0783 Ext. 1016





UNIDAD MÉDICA	NOMBRE	CARGO	DATOS DE CONTACTO
Unidad de Atención Médica Temporal COVID "La Pastora"	Lic. Guadalupe Álvarez Maya		Correo: subdireccion.adm.utclp@gmail.com
Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Xochimilco	Dra. Rocío Estrada Ordóñez	Encargada del Despacho de la Dirección	Teléfono: 55 7258 4816 y 55 5571 6079 Correo: programa.toxi2020@gmail.com
Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Xochimilco	Lic. Ivón Violeta Hernández	Encargada de la Subdirección Administrativa	Teléfono: 55 7258 4816 y 55 5571 6079 Correo: admontoxochimilco@gmail.com
Unidad Temporal Ajusco Medio	Dra. Rosalba Rivera Callejas	Directora	Teléfono: 55 5446 7966 Correo: hgdireccionajusco@gmail.com
Unidad Temporal Ajusco Medio	Lic. María Elena García Calderón	Administradora	Teléfono: 55 5132 1200 Ext. 7115 Correo: hgamadmon@hotmail.com
Hospital General de Ticomán	Dra. Neira Janeet Rodríguez Ruíz	Directora	Teléfono: 55 5038 1700 Ext. 7150-7151 Correo: direccionhgticomana@gmail.com
Hospital General de Ticomán	Lic. Santiago Salinas Regules	Subdirector Administrativo	Teléfono: 55 5038 1700 Ext. 7152-7153 Correo: dga.hgticomana.cea@gmail.com Correo: dga.hmtlahuac.cea@gmail.com
Almacén central	Lic. Karla Ivette Jiménez Sánchez	Subdirectora de Abastecimiento	Teléfono: 55 5356 1538 Correo: karla.jimenez@salud.cdmx.gob.mx
Almacén central	Rosa María Ortega Hernández	J.U.D. de Insumos	Teléfono: 55 5740 8017 Correo: rosa.ortega@salud.cdmx.gob.mx

