|  |
| --- |
|  |
| FORMATOS |
| Servicio Médico Integral para Hemodinámica y Radiología Intervencionista. |
|  |

Contenido

[FORMATO T0. PROGRAMA DE TRABAJO. 3](#_3znysh7)

[FORMATO T3. REPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO 5](#_tyjcwt)

[FORMATO T5. REPORTE DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO 6](#_1t3h5sf)

[FORMATO T6 “ENTREGA / RECEPCIÓN DE EQUIPOS” 7](#_2s8eyo1)

[FORMATO T7. PROGRAMA DE TRASNFERENCIA DEL CONOCIMIENTO 8](#_17dp8vu)

[FORMATO T8. REGISTRO DE ASISTENCIA DE TRASNFERENCIA DEL CONOCIMIENTO 9](#_3rdcrjn)

[FORMATO T9 CONTROL SEMANAL DE DOTACIÓN DE BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS 10](#_lnxbz9)

[FORMATO T10. CONTROL DE ENTREGA RECEPCIÓN DE BIENES DE CONSUMO BÁSICOS 11](#_1ksv4uv)

[FORMATO T13. REPORTE INDIVIDUAL DE PROCEDIMIENTOS Y BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS 12](#_44sinio)

[FORMATO T14. REPORTE DIARIO DE PROCEDIMIENTOS Y BIENES DE CONSUMO UTILIZADOS EN HEMODINÁMICA y RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA 13](#_z337ya)

[FORMATO T14.1 “NOTIFICACIÓN DE PENA CONVENCIONAL APLICABLE” 14](#_3j2qqm3)

[FORMATO T14.2 “NOTIFICACIÓN DE DEDUCTIVAS” 15](#_1y810tw)

[FORMATO T15. REPORTE DE INCIDENCIAS 16](#_2xcytpi)

[FORMATO T 16. RELACIÓN DE MARCAS, MODELO Y MANUAL DEL FABRICANTE DEL EQUIPO MÉDICO Y BIENES DE CONSUMO 17](#_1ci93xb)

[FORMATO T18 DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR EN INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO 18](#_2bn6wsx)

[FORMATO: T19 “CARTA COMPROMISO DEL LICITANTE PARTICIPANTE EN LA INSTALACIÓN DE EQUIPO” 19](#_qsh70q)

[FORMATO T20 “DESIGNACIÓN DE TÉCNICOS EN SITIO Y SUPERVISOR DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA” 20](#_3as4poj)

[FORMATO T21. PROPUESTA PARA LA EVALUACIÓN TECNICO/ DOCUMENTAL 21](#_1pxezwc)

[FORMATO T22. RELACIÓN DE DOCUMENTOS A EVALUAR DEL LICITANTE 22](#_49x2ik5)

[FORMATO T26 CONTROL DE PRODUCTIVIDAD MENSUAL, BIENES BÁSICOS Y BIENES CONSUMO COMPLEMENTARIOS 24](#_2p2csry)

[FORMATO T30 “CARTA COMPROMISO DE EQUIPO MÉDICO QUE AVALE LOS 1 AÑO DE FABRICACIÓN (A PARTIR 2024)”. 25](#_147n2zr)

[FORMATO T 31 CARTA RELATIVA A LA OBLIGACIÓN DEL LICITANTE ADJUDICADO, DE REALIZAR LOS TRABAJOS NECESARIOS DE ADECUACIÓN A LAS INSTALACIONES DE CADA UNIDAD MÉDICA QUE CORRESPONDA 26](#_3o7alnk)

# FORMATO T0. PROGRAMA DE TRABAJO.

Para la Prestación del Servicio, se cumplirá el siguiente Programa de Trabajo, el cual puede ser objeto de modificaciones por la Unidad Médica, responsable de la administración del contrato, conforme a las necesidades del servicio, a fin de satisfacer la demanda de su derechohabiencia. Es preciso señalar que el presente se complementa con el Programa de Capacitación; los plazos establecidos para entregas subsecuentes, bienes de consumo y bienes de consumo complementarios; así como del servicio de mantenimiento preventivo y correctivo, asistencia técnica, que se especifican en el **ANEXO TÉCNICO** que forma parte de esta Convocatoria.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Plan de trabajo**  **Servicio Médico Integral de Procedimientos de Hemodinámica (SMI de HERI) de 2025** | | | |
| Objetivo estratégico | Objetivo 1. | | |
| Fecha de elaboración |  | Fecha de actualización |  |
| Nombre del proyecto | **Servicio Médico Integral de Procedimientos de Hemodinámica (SMI de HERI)** | | |
| EMPRESA |  | | |
| Objetivos | **GENERAL:** XXXX  **ESPECÍFICOS:**   * XXX * XXX * XXX | | |
| Estrategias | XXXX  XXXX  XXXX | | |
| Líneas de acción | * 1. XX   2. XXXX   3. XXX | | |
| Descripción general del proyecto |  | | |
| Diagrama de Gantt | | | |

**CALENDARIO DEL PLAN DE TRABAJO**

(Sugerencia) Diagrama de Gantt.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2025** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **2025** |
| **No** |  | **MES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DÍAS CALENDARIO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DÍAS NATURALES a partir del fallo** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **46** | **47** | | | **48** | **49** | **50** | **51** | **52** | **53** | **54** | **55** | **56** | **57** | **58** | **59** | **60** | **61** | |
| 1 | Afinar detalles de la integración técnica del PLAN DE TRABAJO |  | **al día 5** | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 2 | Entrega del plan de trabajo | al día 6 | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 3 | Formalización del **Contrato** | **dentro de los 15 días** | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 4 | Entrega de Garantía | **dentro del día 10** | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 5 | Entrega por parte de la Unidad Médica del listado del **personal a capacitar** | **dentro del día 10** | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 6 | Entrega del Programa de Capacitación | **dentro del día 12** | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 7 | **Capacitació**n Previa |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **45 al 60** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 8 | Entrega **,instalación y puesta a punto del equipo** | **dentro del día 60** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 9 | Entrega de **Bienes de Consumo básicos** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | **día 53 al 60** | | | | | | |  | |
| 10 | Entrega de **Bienes de Consumo Complementarios** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | **día 53 al 60** | | | | | | |  | |
| **11** | **Inicio** de la prestación del servicio |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **dia 61** | |

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

Nombre, Cargo y Firma del Representante Lega

# FORMATO T3. REPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

**EQUIPOS MÉDICOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROVEEDOR:** | | | **NÚMERO DE CONTRATO:** | | |
|  | | |  | | |
| **UNIDAD MÉDICA:** | | | **DÍA** | **MES** | **AÑO** |
|  | | |  |  |  |
| **PERIODICIDAD RECOMENDADA POR EL FABRICANTE:** | | | | | |
| **NOMBRE DEL EQUIPO** | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | | | | **Observaciones** |
| **2025** | | | |
| **marzo** | **junio** | **septiembre** | **diciembre** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| El mantenimiento preventivo correrá a cargo del proveedor y la supervisión y control de que se lleve a cabo con oportunidad, calidad y eficacia, es responsabilidad del Área de Ingeniería Biomédica o Conservación de la Unidad Médica, quien emitirá reporte al Administrador del Contrato. | | | | | |
|
|
|
|

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

Nombre y firma del Técnico quien realizó el mantenimiento

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

Nombre y firma del Jefe de Ingeniería Biomédica /Conservación

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

Nombre y firma del Jefe de Servicio de Hemodinamia

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

Nombre y firma Supervisor por parte del Proveedor

# 

# FORMATO T5. REPORTE DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO

**EQUIPOS MÉDICOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROVEEDOR:** | | **FECHA DEL REPORTE** | | | |
|  | | **DÍA:** | **MES:** | | **AÑO:** |
|  | | **FECHA DE REALIZACIÓN DEL MANTENIMIENTO** | | | |
| **UNIDAD MÉDICA** | | **DÍA:** | **MES:** | **AÑO:** | |
|  | | **FOLIO DEL REPORTE:** | | | |
| **NÚMERO DE CONTRATO:** |  | | | | |
| **EQUIPO (S) SUJETO A MANTENIMIENTO CORRECTIVO** | | | | | |
| NOMBRE DEL EQUIPO: | | | | | |
| CLAVE DEL CUADRO BÁSICOS: | | | | | |
| MARCA Y MODELO: | | | | | |
| NÚMERO DE SERIE: | | | | | |
| DETALLAR EL TRABAJO REALIZADO POR EL LICITANTE ADJUDICADO: | | | | | |
|  | | | | | |
|
| ESPECIFICAR SI HUBO SUSTITUCIÓN DE ACCESORIOS, PIEZAS, SISTEMAS O REFACCIONES U OTROS: | | | | | |
|  | | | | | |
|
|
| El mantenimiento correctivo correrá a cargo del proveedor y la supervisión y control de que se lleve a cabo con oportunidad, calidad y eficacia, es responsabilidad del Área de Conservación de la Unidad Médica, quien emitirá reporte al Administrador del Contrato. | | | | | |
|
|
|
|

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

Nombre y firma del Técnico quien realizó el mantenimiento

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

Nombre y firma del Jefe de Ingeniería Biomédica /Conservación

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

Nombre y firma del Jefe de Servicio de Hemodinamia

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

Nombre y firma Supervisor por parte del Proveedor

# FORMATO T6 “ENTREGA / RECEPCIÓN DE EQUIPOS”

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PROVEEDOR: | FECHA : | | | |
|  | UNIDAD MÉDICA: | | | |
| NÚMERO DE CONTRATO: | | | |
| FECHA DE MANUFACTURA DE LOS EQUIPOS: |  | | | |
| FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA: |  | | | |
| FECHA DE TÉRMINO DE LA VIGENCIA: |  | | | |
| NOMBRE GENÉRICO DEL EQUIPO: |  | | | |
| CLAVE DE CUADRO BÁSICO: |  | | | |
| MARCA: |  | | | |
| MODELO: |  | | | |
| NÚMERO DE SERIE: |  | | | |
|  | | | | |
| Las características de los equipos corresponden a las mismas que fueron establecidas en la Convocatoria y Anexo Técnico, aceptadas durante la junta de aclaraciones y acorde a la propuesta, sustentadas ampliamente en la oferta técnica del licitante y aceptadas durante el proceso de evaluación de las propuestas técnicas: | | | | |
| La marca y modelo de los equipos son acordes a las contenidas en el contrato y el número de serie corresponde a cada equipo. | | | | |
| **Se levantó Acta Informativa**, señale el motivo: | | | | |
| **1-**Existe diferencia de los datos de la lista de cotejo de la recepción o éstos no correspondan a los contenidos en el contrato. | | | |  |
| **2-**No se encuentran en plena capacidad de funcionamiento. | | | |  |
| **3-**Las acciones de adecuación no se encuentran dentro de lo solicitado. | | | |  |
| **4-**Se identificó riesgo potencial para los usuarios y los pacientes. | | | |  |
| **5-**Otro, especifique: | | | | |
| CARACTERÍSTICAS TECNOLÓGICAS DE RELEVANCIA Y/O OBSERVACIÓN (S): | | | | |
|  | | | | |
| Se recibió empacado de origen: | | SI | NO | |
|
| Se instaló por técnico especializado: | | SI | NO | |
|
| Incluye accesorios: | | SI | NO | |
|

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

Nombre y firma del Jefe de Servicio de Hemodinamia

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

Nombre y firma Supervisor por parte del Proveedor

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

Nombre y firma del Técnico quien realizó la entrega/recepción del Equipo

# FORMATO T7. PROGRAMA DE TRASNFERENCIA DEL CONOCIMIENTO

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

**UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EQUIPO/ BIEN DE CONSUMO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **HORA** | **TEMA** | **PONENTE** | **MATERIAL DIDÁCTICO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Nombre y Firma del Jefe de Servicio

Nombre y Firma del Director de la Unidad Médica

Nombre y Firma del Responsable del Programa de Capacitación\*

# FORMATO T8. REGISTRO DE ASISTENCIA DE TRASNFERENCIA DEL CONOCIMIENTO

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

NOMBRE DEL EQUIPO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **MATRÍCULA** | **CATEGORÍA** | **SERVICIO** | **TURNO** | **FIRMA** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Nombre y Firma del Director de la Unidad Médica

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre y Firma del Jefe de Servicio

Nombre y Firma del Responsable del Programa de Transferencia del conocimiento\*

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

Nombre y firma del Jefe de Ingeniería Biomédica /Conservación

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

Nombre y firma Supervisor por parte del Proveedor

# FORMATO T9 CONTROL SEMANAL DE DOTACIÓN DE BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

SEMANA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_AÑO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Especificaciones** | | | **Cantidad a entregar** | | | | | | |
| Clave del BCC | NOMBRE | LOTE | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nombre y Firma del Jefe de Servicio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Técnico responsable de la entrega\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOTA: Este formato deberá ser llenado o elaborado por el técnico del Hemodinámica para su control interno de los bienes de consumo y en relación a la programación de SMI de HERI.

# FORMATO T10. CONTROL DE ENTREGA RECEPCIÓN DE BIENES DE CONSUMO BÁSICOS

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROVEEDOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SEMANA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_AÑO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Especificaciones** | | | **Cantidad a entregar** | | | | | | |
| Clave del PROCEDIMIENTO | NOMBRE DEL BCB | LOTE | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nombre y Firma del Jefe de Servicio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Técnico responsable de la entrega\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOTA: Este formato deberá ser llenado o elaborado por el técnico del Hemodinámica para su control interno de los bienes de consumo y en relación a la programación de SMI de HERI.

# FORMATO T13. REPORTE INDIVIDUAL DE PROCEDIMIENTOS Y BIENES DE CONSUMO COMPLEMENTARIOS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **UNIDAD MÉDICA:** | | | | **No. de contrato:** | | **Fecha:** | | | | | **No. de folio:** |
|  | | | |  | | Día | Mes | | Año | |  |
| Proveedor: | |  | | | | | | | | | |
| **DATOS DEL PACIENTE** | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | |  | | | | Sexo: | | | Femenino | |
| Número de identificación del paciente: | | |  | | | | Masculino | |
| Agregado Médico: | | |  | | | | Edad: | | | | |
| Diagnóstico: | | | | | | | | | | | |
| **Datos del Procedimiento(s):** | | | | | | | | | | | |
| No. | Clave del procedimiento | | | Descripción | | Cantidad | | Precio Unitario | | | Importe |
|  |  | | |  | |  | |  | | |  |
|  |  | | |  | |  | |  | | |  |
|  |  | | |  | |  | |  | | |  |
| **Bien(es) de Consumo Básico(s) no Utilizado(s) (Solo en caso de ocurrir esta eventualidad)** | | | | | | | | | | | |
| No. | Clave del procedimiento | | | Descripción del Bien de Consumo Básico | | Cantidad | | Precio Unitario | | | Descuento |
|  |  | | |  | |  | |  | | |  |
|  |  | | |  | |  | |  | | |  |
| **Inclusión de Bien de Consumo Complementario:** | | | | | | | | | | | |
| No. | Clave del bien de consumo complementario | | | Descripción y Lote | | Cantidad | | Precio Unitario | | | Importe |
|  |  | | |  | |  | |  | | |  |
|  |  | | |  | |  | |  | | |  |
|  |  | | |  | |  | |  | | |  |
| **TOTAL** | | | | | |  | |  | | |  |
| DATOS DEL MÉDICO TRATANTE | | | | | DATOS COMPLEMENTARIOS | | | | | | |
| NOMBRE :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  | | | | | | |
| MATRICULA :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |
| FIRMA | | | | | ELABORO : (Nombre y firma) | | | | | | |
| ETIQUETAS | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

**FORMATO T14. REPORTE DIARIO DE PROCEDIMIENTOS Y BIENES DE CONSUMO UTILIZADOS EN HEMODINÁMICA y RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Unidad Médica: | | | | | Número de contrato: | | | |
|  | | | | |  | | | |
| PERÍODO: | | del al | | | No. Folio: | | |  |
| Proveedor: | |  | | | | | | |
| **Total de Procedimientos realizados por mes** | | | | | | | | |
| Clave CPIM | Descripción | | | Cantidad | | Precio Unitario | Importe | |
|  |  | | |  | |  |  | |
|  |  | | |  | |  |  | |
|  |  | | |  | |  |  | |
|  |  | | |  | |  |  | |
|  |  | | |  | |  |  | |
| TOTAL | | | | | |  |  | |
| **Total de Bienes de Consumo Complementarios utilizados por mes** | | | | | | | | |
| Clave CPIM | Descripción | | | Cantidad | | Precio Unitario | Importe | |
|  |  | | |  | |  |  | |
|  |  | | |  | |  |  | |
| TOTAL | | | | | |  |  | |
|  | | | | | | | | |
| Nombre y firma | | | | | | | | |
| Director de la unidad médica | | |  | | | | | |
|
| Director o subdirector administrativo | | |  | | | | | |
|
| Jefe de servicio de Hemodinámica | | |  | | | | | |
|
| Técnico asistente del proveedor | | |  | | | | | |
|

**FORMATO T14.1 “NOTIFICACIÓN DE PENA CONVENCIONAL APLICABLE”**

**Unidad Médica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Información correspondiente al mes de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Número de Contrato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

Mediante el presente documento se notifica al **Administrador del Contrato** de la pena convencional aplicable.

El cual el proveedor es acreedor toda vez que el Servicio Médico Integral para Hemodinamia y Radiología Intervencionista ha identificado el incumplimiento siguiente:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **UNIDAD DE MEDIDA** | **PENA APLICABLE %** | **COMENTARIO / OBSERVACIÓN** | **DOCUMENTO SOPORTE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Lo anterior para su cálculo, notificación y aplicación de la pena convencional aplicable reportada en el presente documento**.**

**Nota: Anexar copia de Documento Soporte.**

|  |
| --- |
| **NOMBRE Y FIRMA**  **Jefe de Servicio, Administrador, Director de la Unidad Médica** |

# FORMATO T14.2 “NOTIFICACIÓN DE DEDUCTIVAS”

**Unidad Médica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Información correspondiente al mes de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Número de Contrato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

Mediante el presente documento se notifica al **Administrador del Contrato** de la deducción aplicable.

El cual el proveedor es acreedor toda vez que el Médico Integral de Procedimientos de Hemodinámica ha identificado el incumplimiento siguiente:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **UNIDAD DE MEDIDA** | **DEDUCCIÓN %** | **COMENTARIO / OBSERVACIÓN** | **DOCUMENTO SOPORTE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Lo anterior para su cálculo, notificación y aplicación de la deducción aplicable reportada en el presente documento.

Nota: Anexar copia de Documento Soporte**.**

|  |
| --- |
| **NOMBRE Y FIRMA**  **Jefe de Servicio o Director de la Unidad Médica** |

# FORMATO T15. REPORTE DE INCIDENCIAS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REPORTE DE INCIDENCIAS DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL PARA HEMODINAMIA Y RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA** | | | | | | | | | | | |
| Proveedor: |  | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | C.P. | |
| Teléfono: |  | | | | | | | | | | |
| Unidad Médica: | | | | Número de contrato: | | | | | | Folio de reporte: | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
| Fecha y hora del reporte: | | | |  | | | | | | | |
| Nombre (s) de la persona que reporta | | | |  | | | | | | | |
| **Falla reportada de**: | | | | | | | | | | | |
| Equipo médico/Bien de Consumo: | | | Nombre | | | | | Núm. Serie | Marca | | Modelo |
|  | | | | |  |  | |  |
| Descripción de la falla: | | |  | | | | | | | | |
| **CIERRE DE REPORTE** | | | | | | | | | | | |
| Fecha y hora del cierre del reporte: | |  | | | | | | | | | |
| Descripción de la acción realizada: | |  | | | | | | | | | |
| **Por parte del Instituto firman de conformidad para el cierre de la incidencia** | | | | | | | | | | | |
| Director de la Unidad, Director o Subdirector administrativo y Jefe de Servicio de Hemodinámica | | | | | | | | | | | |
| Nombre(s) |  | | | | | | | | | | |
| Cargo: |  | | | | | | | | | | |
| Firma: |  | | | | | | | | | | |
| **REPORTES ANTERIORES** | | | | | **FOLIO** | **FECHA** | **MOTIVOS (resumen)** | | | | |
| PRIMER REPORTE: | | | | |  |  |  | | | | |
| SEGUNDO REPORTE: | | | | |  |  |  | | | | |
| TERCER REPORTE: | | | | |  |  |  | | | | |
| COMENTARIOS/OBSERVACIONES: | | | | | | | | | | | |

# FORMATO T 16. RELACIÓN DE MARCAS, MODELO Y MANUAL DEL FABRICANTE DEL EQUIPO MÉDICO Y BIENES DE CONSUMO.

LICITANTE ADJUDICADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UNIDAD MEDICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | **NOMBRE DEL EQUIPO MÉDICO O BIEN DE CONSUMO** | **MARCA:** | **MODELO:** | **CONTACTO DEL DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

“LOCALIDAD (ESTADO) A \_\_\_\_ DEL MES DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DE 20\_\_\_\_

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

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL LICITANTE

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y Firma del Jefe de Servicio o Coordinador Clínico de la Unidad Médica quién recibe | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y Firma del Técnico responsable de la entrega |

# 

# FORMATO T18 DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR EN INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO

**(CARTA EN ORIGINAL, PAPEL MEMBRETADO Y FIRMA AUTÓGRAFA DEL LICITANTE)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**P r e s e n t e.**

En mi carácter de representante legal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y con el propósito de dar cumplimiento a los requisitos establecidos para la presentación de la propuesta técnica de la Licitación Pública Nacional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ adjunto a continuación los datos de las personas designadas como Supervisor en Instalación y Mantenimiento en cada uno de las Unidades Médicas del Instituto en que se prestará el servicio, a fin de verificar el adecuado funcionamiento de los equipos suministrados:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Título académico |  |
| Teléfono de oficina |  |
| Teléfono celular |  |
| Correo electrónico |  |
| Unidad Médica que supervisará |  |

**\*Repetir el recuadro tantos supervisores considere necesarios.**

**A T E N T A M E N T E.**

|  |
| --- |
| **NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA LICITANTE.** |

**FORMATO: T19 “CARTA COMPROMISO DEL LICITANTE PARTICIPANTE EN LA INSTALACIÓN DE EQUIPO”**

“LOCALIDAD”, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_.

**Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar**

**Convocante**

**Licitación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**P r e s e n t e.**

**(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE\_\_\_\_\_\_\_\_)** en mi carácter de representante legal de la empresa **(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA\_\_\_\_\_\_\_\_)**, manifiesto que:

Respecto de la oferta de la(s) partida(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mi representada se compromete a cumplir cabalmente para la instalación del (de los) equipo(s) y para la prestación la correcta y oportuna prestación del servicio en el que resulte adjudicada, con todos y cada uno de los requerimientos necesarios, contemplando los espacios físicos del área donde será(n) ubicado(s), así como todas y cada una de las adecuaciones físicas que se requieran para la correcta instalación, el apropiado y óptimo funcionamiento del (de los) equipo(s) ofertado(s), entre ellos instalaciones hidrosanitarias y/o de suministro de fluidos y/o energéticos y/o de los espacios físicos necesarios, determinados por el personal de la unidad médica receptora del (de los) bien(es) adjudicado(s) en la partida(s) mencionada(s) y que se encuentren directamente relacionados con el área de instalación del bien y su óptimo funcionamiento.

Adicionalmente mi representada se compromete a coordinarse con el personal de la unidad médica a fin de trabajar sobre la logística, necesaria respecto a la instalación y puesta a punto de los equipos y el inicio de la prestación del servicio en los plazos establecidos en la Convocatoria.

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

(Nombre y firma del Representante Legal

**FORMATO T20 “DESIGNACIÓN DE TÉCNICOS EN SITIO Y SUPERVISOR DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA”**

**(Carta en Original, Papel Membretado y Firma Autógrafa del Licitante)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P r e s e n t e.

En mi carácter de representante legal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y con el propósito de dar cumplimiento a los requisitos establecidos para la presentación de la propuesta técnica de la Licitación Pública\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ adjunto en formato los datos de las personas designadas como “Técnicos en sitio” por turno en cada uno de las Unidades Médicas del Instituto en que se prestará el servicio, y del supervisor de operación administrativa que estará a cargo de ellos, proporcionando

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre *DEL(OS)TÉCNICO(S) EN SITIO* |  |
| Título académico |  |
| Teléfono de oficina |  |
| Teléfono celular |  |
| Correo electrónico |  |
| Unidad Médica a la que estará adscrito |  |
| turno |  |
| Nombre: *del SUPERVISOR DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA* |  |
| Título académico |  |
| Teléfono de oficina |  |
| Teléfono celular |  |
| Correo electrónico |  |
| Unidades Médicas que supervisará |  |

**\*Repetir el recuadro tantos supervisores considere necesarios.**

**A T E N T A M E N T E.**

|  |
| --- |
| **NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA LICITANTE.** |

**FORMATO T21. PROPUESTA PARA LA EVALUACIÓN TECNICO/ DOCUMENTAL:**

**\*Deberá enviarse en Excel editable y PDF (sin agregar columnas, llenando todas las casillas, ocupando una sola fila por característica, Equipo, bien de consumo básico o complementario.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EMPRESA XXXX SA DE CV** | | | | **EVALUACIÓN TÉCNICA** | | | | | **DOCUMENTAL** | |
| **NUMERAL** | **EQUIPO / BIENES DE CONSUMO SOLICITADO** | **NUMERAL** | **DESCRIPCIÓN PROPUESTA** | **MARCA** | **MODELO** | **NOMBRE DE LA CARPETA** | **UBICACIÓN EXACTA DE LA ESPECIFICACION REFERENCIADA (Folio/Página)** | **FOLLETO O CATALOGO O MANUAL (TRADUCCION Y REFERENCIADO)** | **REGISTRO SANITARIO** | **FDA o CEE o CALIDAD/ISO** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**FORMATO T22. RELACIÓN DE DOCUMENTOS A EVALUAR DEL LICITANTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LICITANTE:** | |  |  |  |  | |  | |  | |
| **CAPACIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS** | | |  |  |  | |  | |  | |
| **Partida:** | | |  |  |  | |  | |  | |
|  | | |  |  |  | |  | |  | |
| **No.** | **Nombre** | **Técnico en sitio/Supervisor** | **Profesión** | **Conocimientos académicos** | **Experiencia laboral** | | **Promedio años de experiencia del personal** | | **Dominio de Herramientas (documento que avale)** | |
| 1 |  |  |  |  |  | |  | |  | |
| 2 |  |  |  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  |  |  | **Total de años Experiencia Laboral relacionada con el servicio:** | | **0** | |  | |
| **Partida:** | | |  |  |  | |  | |  | |
| **No.** | **Nombre** | **Técnico en sitio/Supervisor** | **Profesión** | **Conocimientos académicos** | **Experiencia laboral** | | **Promedio años de experiencia del personal** | | **Dominio de Herramientas (documento que avale)** | |
| 1 |  |  |  |  |  | |  | |  | |
| 2 |  |  |  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  |  |  | **Total de años Experiencia Laboral relacionada con el servicio:** | | **0** | |  | |
| **Partida:** | | |  |  |  | |  | |  | |
| **No.** | **Nombre** | **Técnico en sitio/Supervisor** | **Profesión** | **Conocimientos académicos** | **Experiencia laboral** | | **Promedio años de experiencia del personal** | | **Dominio de Herramientas (documento que avale)** | |
| 1 |  |  |  |  |  | |  | |  | |
| 2 |  |  |  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  |  |  | **Total de años Experiencia Laboral relacionada con el servicio:** | | **0** | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  | |
|  | | | |  |  | |  | |  | |
| **EXPERIENCIA Y ESPECIALIDAD DEL LICITANTE** | | | | | | | | | | | | |
| **Instituciones o personas morales** | | **No. De Contrato** | **Vigencia (periodo comprendido)** | | | **Experiencia (años)** | | **Especialidad (contratos)** | | **Cumplimiento (cartas, actas,..)** | |
|  | |  |  | | |  | |  | |  | |
|  | |  |  | | |  | |  | |  | |
|  | |  |  | | |  | |  | |  | |

**FORMATO T26 “CONTROL DE PRODUCTIVIDAD MENSUAL, BIENES BÁSICOS Y BIENES CONSUMO COMPLEMENTARIOS”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FOLIO** | **Clave presupuestal** | **LOCALIDAD** | **Fecha del Evento (dd/mm/aaaa).** | **SERVICIO INTEGRAL** | **Número de identificación del paciente** | **Agregado Médico** | **Nombre del paciente :apellido paterno, materno y nombres)** | **Fecha de Nacimiento del Paciente(dd/mm/aaaa).** | **SEXO DEL PACIENTE** | **Nombre del médico** | **MATRICULA** | **Clave (del procedimiento).** | **Nombre del Procedimiento** | **Motivo de reprogramación** | **Precio Unitario del Procedimiento** | **Por cada Bien de Consumo Requerido del Procedimiento(clave, lote, cantidad** | **Bienes de consumo complementarios** | **Clave del BCC** | **Precio Unitario** | **INCIDENCIASFechas (dd/mm/aaaa)** | **Incapacidad, Folio, fecha de inicio (dd/mm/aaaa), dias otorgados.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **FORMATO T30 “CARTA COMPROMISO DE EQUIPO MÉDICO QUE AVALE LOS 5 AÑOS DE FABRICACIÓN (A PARTIR 2020)”.**

IMSS BIENESTAR

Licitación Pública No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nombre)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en mi carácter de representante legal o persona que cuenta con facultades para comprometer a la empresa, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre o razón social del fabricante) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifiesto que los equipo(s) médico(s) fabricado(s) por la empresa que represento, cuentan con 4(cuatro) años cero meses de fabricación (a partir de 2018) y se encuentran en condiciones funcionales para cumplir la vigencia del contrato.

Asimismo, en caso de que los equipos médicos que presento anteriormente hallan estado en operación, presentare la bitácora de servicio de mantenimiento del equipo, en el cual aseguro que no ha tenido más de tres fallas consecutivas.

De conformidad a lo establecido en los parámetros, publicados en el Diario Oficial de la Federación (DOF), el 15 de agosto de 2012, que menciona que el equipo debe encontrarse en óptimas condiciones para la prestación del servicio.

Manifiesto conocer que el (los) equipo (s) médico (s) deberán de cubrir la vigencia del contrato del SMI de HERI 2025.

**EQUIPO MÉDICO FECHA DE FABRICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Lugar y Fecha.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del representante legal de la empresa.**

**(Deberá presentarse en PDF, en papel membretado, con fecha de emisión y firma autógrafa)**

**FORMATO T 31 CARTA RELATIVA A LA OBLIGACIÓN DEL LICITANTE ADJUDICADO, DE REALIZAR LOS TRABAJOS NECESARIOS DE ADECUACIÓN A LAS INSTALACIONES DE CADA UNIDAD MÉDICA QUE CORRESPONDA**

“LOCALIDAD”, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

**Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar**

**Convocante**

**Licitación \_\_\_\_\_\_\_\_**

**P r e s e n t e.**

**(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE\_\_\_\_\_\_\_\_)** en mi carácter de representante legal de la empresa **(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA\_\_\_\_\_\_\_\_)**, manifiesto que:

Respecto de la oferta de la(s) partida(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mi representada se compromete a cumplir cabalmente para la instalación del (de los) equipo(s) y para la prestación la correcta y oportuna prestación del servicio en el que resulte adjudicada, con todos y cada uno de los requerimientos necesarios, contemplando los espacios físicos del área donde será(n) ubicado(s), así como todas y cada una de las adecuaciones físicas que se requieran para la correcta instalación, el apropiado y óptimo funcionamiento del (de los) equipo(s) ofertado(s), entre ello instalaciones hidrosanitarias y/o de suministro de fluidos y/o energéticos y/o de los espacios físicos necesarios, determinados por el personal de la unidad médica receptora del (de los) bien(es) adjudicado(s) en la partida(s) mencionada(s) y que se encuentren directamente relacionados con el área de instalación del bien y su óptimo funcionamiento.

Adicionalmente mi representada se compromete a coordinarse con el personal de la unidad médica a fin de trabajar sobre la logística, necesaria respecto a la instalación y puesta a punto de los equipos y el inicio de la prestación del servicio en los plazos establecidos en la Convocatoria.

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

(Nombre y firma del Representante Legal)

**FORMATO T33 “****RELACIÓN DEL 20% DE EQUIPO MÉDICO, Y BIENES DE CONSUMO BÁSICOS Y COMPLEMENTARIOS, PENDIENTES DE ENTREGA DE REGISTROS SANITARIOS Y DE CALIDAD”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NÚMERO CONSECUTIVO** | **CLVSI** | **DESCRIPCION** | **NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO** | **VIGENCIA** | **NÚMERO DE**  **constancia oficial, expedida por la S.S.A** | **COPIA DEL D.O.F.** | **NÚMERO DE CERTIFICADO DE CALIDAD** | **NOMBRE DEL FABRICANTE** | **PAIS DE ORIGEN DEL BIEN** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**NOTA**: TODOS Y CADA UNO DE LOS REGISTRO SANITARIOS a entregar a la Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, **DEBERAN DE ESTAR VIGENTES**, en caso de que el Registro Sanitario no se encuentre dentro del periodo de vigencia de 5 años, o se encuentre dentro de los 150 días naturales previos a su vencimiento, deberá presentar la documentación solicitada en el **numeral II inciso d) de la convocatoria**, así mismo todos y cada uno de los certificados de calidad presentados dentro de la propuesta deberán estar vigentes durante el proceso de contratación y durante la vigencia del contrato en caso de resultar adjudicado.