



Tabla de Anexos

ANEXOS
ANEXO T.1 (T.UNO) REQUERIMIENTOS DE LAS UNIDADES MÉDICAS
ANEXO T.2 (T.DOS) DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS DPA
ANEXO T.3 (T.TRES) PROGRAMA DE SUPERVISIÓN
ANEXO T.3.2 (T.TRES.DOS) CÉDULA DE SUPERVISIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA) E INSTRUCTIVO DE LLENADO
ANEXO T.4.A (T.CUATRO A) DESCRIPCIÓN DE LAS CLAVES QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA
ANEXO T.5.A (T.CINCO.A) MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL, REGISTRO CONTABLE Y TRÁMITE DE PAGO DE LA ENTREGA DOMICILIARIA DE LOS BIENES PARA DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA
ANEXO T.5.1 (T.CINCO.UNO) FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01
ANEXO T.5.2 (T.CINCO.DOS) FORMATO DE MODIFICACIÓN MPDP-01
ANEXO T.5.3 (T.CINCO.TRES) FORMATO ENTREGA Y RECEPCIÓN CE-01/ CR-01
ANEXO T.6 (T.SEIS) TABLA CIFRAS DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL DPA
ANEXO T.7 (T.SIETE) CARTA COMPROMISO DEVOLUCION DE MÁQUINA CICLADORA
ANEXO NÚMERO TI 1 (TI UNO) REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR DEL SERVICIO DE DPA POR EL PRESTADOR DEL SERVICIO, PARA EL REGISTRO DE ENTREGAS
ANEXO NÚMERO TI 2 (TI DOS) ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD
ANEXO NÚMERO TI 3 (TI TRES) DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE
ANEXO NÚMERO TI 4 (TI CUATRO) SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD

24





ANEXO T1
REQUERIMIENTOS DE LAS UNIDADES MÉDICAS



Anexo T1 DPA.xlsx

ANEXO T.2 (T.DOS)
DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS DPA



Anexos T2 DPA.xlsx

W
2



ANEXO T.3 (T. TRES)

PROGRAMA DE SUPERVISIÓN

El Jefe de Servicios de Atención a la Salud y los Directores de las Unidades Médicas, deberán implementar un Programa de Supervisión, observando lo siguiente:

Realizar la supervisión de forma trimestral programado.

La visita a los domicilios de los pacientes, se elegirán de forma aleatoria.

El número de domicilios de los pacientes a visitar deberá oscilar en un rango del 3 al 10 % de la totalidad de los pacientes en DPA mensualmente, mismo que será determinado por las Unidades Médicas.

Verificar que la dotación de los bienes se realice en tiempo y forma por el licitante que resulte adjudicada, con base en la cantidad de bolsas terapéuticas prescritas y con la periodicidad requerida, apegándose al contrato.

Deberá verificar que el suministro de los bienes de consumo terapéutico (bolsas de solución para Diálisis Peritoneal) entregados en los domicilios de los pacientes, se realicen con base en existencias, vigilando primordialmente, que exista siempre la cantidad suficiente de bolsas prescritas para el paciente, sin que se generen sobre-inventarios de dichos bienes, en los domicilios de los mismos.

Cada Unidad Médica, por conducto del Administrador del Contrato, hará la notificación de las sobre inversiones detectadas al área de pago respectiva y del prestador del servicio de manera trimestral para hacer la deductiva correspondiente, con el objeto de cumplimiento al Procedimiento para otorgar el tratamiento dialítico de los pacientes con insuficiencia renal crónica en las unidades médicas de segundo nivel de atención.

Para efecto de lo anterior, las Unidades Médicas deberán de utilizar el Anexo T.3.2 (T. Tres. Dos).

3

N





ANEXO T.3.2 (T.TRES.DOS) CÉDULA DE SUPERVISIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA) E INSTRUCTIVO DE LLENADO

ENTIDAD FEDERATIVA: (1)				UNIDAD MÉDICA: (2)	
FECHA DE VISITA DE SUPERVISIÓN: (3)					
NOMBRE DEL PACIENTE: (4)					
CURP: (5)					
DOMICILIO DEL PACIENTE: (6)					
PRESTADOR DEL SERVICIO: (7)					
VERIFICACIÓN DE LA DOTACIÓN FIJA MENSUAL DE BOLSAS					
SOLUCIONES DE DIÁLISIS PERITONEAL		CANTIDAD EN BOLSAS (PIEZAS)		¿SE HA PROPORCIONADO MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL EQUIPO? (14) SI () NO ()	
				FECHA: (15)	
CLAVE DE CUADRO BÁSICO	CONCENTRACIÓN	PRESCRITAS POR EL MÉDICO (FORMATO FIP-01 o MPDP-01) *** (8)	ENTREGADAS POR EL PRESTADOR DEL SERVICIO (CONSTANCIA RECEPCIÓN *** (9)	EXISTENCIA EN DOMICILIO AL MOMENTO DE LA SUPERVISIÓN (10)	MARCA DE EQUIPO: (16) MODELO: (17)
2350	1.5%				¿EL PACIENTE HA SIDO HOSPITALIZADO EN EL PRESENTE MES? (18) SI () NO ()
2353	2.5%				FECHA DE INGRESO: (19)
2355	4.25%				FECHA DE EGRESO: (20)
¿LA DOTACIÓN DE SOLUCIONES SE REALIZA EN FORMA MENSUAL? (11) SI () NO ()				MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN: (21)	
FECHA DE ÚLTIMA ENTREGA: (12)					
FECHA DE ÚLTIMO CAMBIO DE LÍNEA DE TRANSFERENCIA: (13)				¿EL HOSPITAL LE HA SOLICITADO BOLSAS DE DIÁLISIS PARA CONTINUAR SU TRATAMIENTO? (22) SI () NO ()	

(23)

(24)

NOMBRE Y MATRÍCULA DE QUIEN REALIZA LA SUPERVISIÓN

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA SUPERVISIÓN.

*** La Trabajadora Social deberá requisitar en la "Cédula de Supervisión Domiciliaria" con datos previo a la visita de supervisión.

Handwritten signature



INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	ENTIDAD FEDERATIVA	El nombre de la Entidad Federativa
2	Unidad Médica	Tipo y número de unidad.
3	Fecha de visita de supervisión	El día, mes y año (DD/MM/AAAA) en que se realiza.
4	Nombre del paciente	Nombre, apellido paterno, materno.
5	CURP	Anotar la Clave única de Registro de Población
6	Domicilio del paciente	Anotar: calle, número interior-exterior, CP., Col. Municipio o delegación.
7	Prestador del Servicio	Anotar nombre del prestador del servicio que proporciona el servicio.
8	Cantidad de bolsas prescritas por el médico de acuerdo al formato FIP 01/MPDP-01. ***	Anotar el número de piezas.
9	Cantidad de bolsas entregadas por el prestador del servicio de acuerdo a la constancia de recepción.**	Anotar el número de piezas.
10	Cantidad de bolsas existentes en el domicilio al momento de la supervisión.	Anotar el número de piezas. "Esta cantidad no debe ser mayor a la prescrita por el médico."
11	¿La dotación de soluciones se realiza en forma mensual?	Anotar según corresponda SI ó NO
12	Fecha de última entrega	El día, mes y año (DD/MM/AAAA) en que se realizó.
13	Fecha del último cambio de línea de transferencia	El día, mes y año (DD/MM/AAAA) en que se realizó.
14	¿Se le ha proporcionado mantenimiento preventivo al equipo?	Anotar según corresponda SI ó NO.
15	Fecha	El día, mes y año (DD/MM/AAAA) en que se realizó.
16	Marca	Anotar marca del equipo.
17	Modelo	Anotar el modelo del equipo.
18	¿El paciente ha sido hospitalizado en el presente mes?	Anotar según corresponda SI ó NO.
19	Fecha de ingreso	El día, mes y año (DD/MM/AAAA).
20	Fecha de egreso	El día, mes y año (DD/MM/AAAA).
21	Motivo de hospitalización	Anotar diagnóstico (s) del motivo de ingreso.
22	¿El hospital le ha solicitado bolsas de diálisis para continuar su tratamiento?	Anotar según corresponda SI ó NO.
23	Nombre y matrícula de quien realiza la supervisión	Anotar lo solicitado.
24	Firma de quien realiza la supervisión	Anotar lo solicitado.

*** La Trabajadora Social deberá pre requisitar en la "Cédula de Supervisión Domiciliaria" estos datos previo a la visita de supervisión.

W
P



ANEXO T.4.A (T.CUATRO A)

DESCRIPCIÓN DE LAS CLAVES QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE DIALISIS
PERITONEAL AUTOMATIZADA

SISTEMA INTEGRAL PARA LA APLICACIÓN DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA:

CLAVE 010.000.2366.00

Clave	DESCRIPCIÓN	Indicaciones	Vía de Administración
2350	Las unidades médicas seleccionarán de acuerdo con sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo: SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL BAJA EN MAGNESIO Solución para diálisis peritoneal al 1.5%. Cada 100 ml contienen: glucosa monohidratada: 1.5 gr. cloruro de sodio 538 mg. cloruro de calcio dihidratado 25.7 mg. cloruro de magnesio hexahidratado 5.08 mg. lactato de sodio 448 mg. agua inyectable c.b.p. 100 ml. pH 5.0-5.6. Miliequivalentes por litro: sodio 132. calcio 3.5. magnesio 0.5. cloruro 96. lactato 40. Miliosmoles aproximados por litro 347. o Solución para diálisis peritoneal al 2.5%. Cada 100 ml contienen: glucosa monohidratada 2.5 gr. cloruro de sodio 538 mg. cloruro de calcio dihidratado 25.7 mg. cloruro de magnesio hexahidratado 5.08 mg. lactato de sodio 448 mg. agua inyectable c.b.p. 100 ml. pH 5.0-5.6. Miliequivalentes por litro: sodio 132. calcio 3.5. magnesio 0.5. cloruro 96. lactato 40. Miliosmoles aproximados por litro 398. o Solución para diálisis peritoneal al 4.25%. Cada 100 ml contienen: glucosa monohidratada 4.25 gr. cloruro de sodio 538 mg. cloruro de calcio dihidratado 25.7 mg. cloruro de magnesio hexahidratado 5.08 mg. lactato de sodio 448 mg. agua inyectable c.b.p. 100 ml. pH 5.0-5.6. Miliequivalentes por litro: sodio 132. calcio 3.5. magnesio 0.5. cloruro 96. lactato 40. Miliosmoles aproximados por litro 486. Envase con bolsa de 6 000 ml.	Insuficiencia Renal Crónica	Intraperitoneal Adultos y niños: Dosis de acuerdo al caso y a juicio del especialista
2353	CATETER Catéter para diálisis peritoneal. Tipo: cola de cochino. Tamaño: Pediátrico o adulto. De instalación subcutánea, blando, de silicón, con dos cojinetes de poliéster o dacrón, con conector, tapón y seguro, con banda radiopaca. Estéril y desechable. Pieza. El tamaño del catéter será seleccionado por las instituciones. o Catéter para diálisis peritoneal.		
2355			



Clave	DESCRIPCIÓN	Indicaciones	Vía de Administración
	<p>Tipo: Tenckhoff.</p> <p>Tamaño: Neonatal, pediátrico o adulto</p> <p>De instalación subcutánea, blando, de silicón, con dos cojinetes de poliéster o dacrón, con conector con tapón, seguro, con banda radiopaca.</p> <p>Estéril y desechable. Pieza.</p> <p>El tamaño del catéter será seleccionado por las instituciones.</p> <p>CONECTOR</p> <p>Conector de titanio Luer lock, para ajustar la punta del catéter a línea de transferencia, tipo Tenckhoff.</p> <p>Estéril: Pieza.</p> <p>EQUIPO DE LÍNEA CORTA DE TRANSFERENCIA</p> <p>Equipo. De línea corta de transferencia de 6 meses de duración, para unirse al conector correspondiente al catéter del paciente.</p> <p>Estéril y desechable.</p> <p>SISTEMA DE CONEXIÓN MÚLTIPLE DE PVC</p> <p>Sistema de conexión múltiple de PVC, para conectar hasta 4 bolsas de solución de diálisis peritoneal. Compatible con el equipo portátil de Diálisis Peritoneal (clave 531 829 0599).</p> <p>Estéril y desechable.</p> <p>CUBREBOCAS</p> <p>Cubre bocas, Para uso en área médica, desechable.</p> <p>TAPÓN LUER LOCK PROTECTOR</p> <p>Tapón Luer-Lock protector, con solución antiséptica de yodopovidona para protección del equipo de transferencia sistema automático. Sólo el Sistema lo requiere.</p> <p>Estéril y desechable.</p> <p>PINZA DE SUJECIÓN DESECHABLE</p> <p>Pinza de sujeción desechable, para el manejo de equipo para diálisis peritoneal.</p> <p>Pieza.</p> <p>Antiséptico y germicida. Solución. Sólo si el Sistema lo requiere.</p>		

Ren	Clave	Descripción	Cantidad
4	060 345 1998 11 01	<p>Equipo de extensión para drenaje con una longitud de 3.64m para máquina cicladora. Sistema automático.</p> <p>El prestador del servicio deberá ofertar este equipo en los casos en que el "EQUIPO ELECTROMÉDICO QUE REGULA AUTOMÁTICAMENTE LOS INTERCAMBIOS DIALIZANTE" ofertado lo requiera para la terapia</p>	PZA

Consideraciones para el servicio:

Cada uno de los pacientes de nuevo ingreso para los servicios de DPA, requiere de: Catéter de Tenckhoff, conector de titanio, línea de transferencia, y la línea de extensión para drenaje si la máquina cicladora proporcionada lo requiere.



El catéter, conector y equipo de línea corta de transferencia, estos bienes se entregan directamente a las Unidades Médicas que son los responsables de la colocación de catéter y cambio de línea al paciente.

Reposición o cambio

A partir del segundo mes de inicio del contrato el prestador del servicio deberá entregar en la Unidad Médica el número de catéteres de Tenckhoff colocados el mes previo más dos.

Para cada paciente el prestador del servicio, se deberá hacer el cambio de la línea de transferencia (de larga duración 6 meses) cada 6 meses, esta línea deberá ser proporcionada por el prestador del servicio y la entregará a la Unidad Médica para su cambio.

Adicional a lo anterior, el prestador del servicio mantendrá de manera constante un stock del 10% de líneas de transferencia de larga duración, del total de número de pacientes asignado con el médico responsable del Servicio Médico Integral de Diálisis Peritoneal.

Estos bienes deberán ser con las especificaciones descritas en el **presente Anexo T.4 A (T. Cuatro A)**.

Este cambio y reposición o dotación de bienes son sin costo adicional para el Organismo.

Las Unidades Médicas seleccionarán de acuerdo con sus necesidades el tipo de soluciones, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo ofertado por el prestador del servicio.



ANEXO T.4 B (T.CUATRO B)

CÉDULA DE DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO ELECTROMÉDICO QUE REGULA AUTOMÁTICAMENTE LOS
INTERCAMBIOS DE SOLUCIÓN DIALIZANTE, CON DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA

ESPECIFICACIONES	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL PRESTADOR DEL SERVICIO
<p>DIÁLISIS PERITONEAL EQUIPO PORTÁTIL</p> <p>ESPECIALIDAD(ES): Nefrología, Medicina Interna y Medicina Crítica.</p> <p>Clave. 531.829.0599</p> <p>SERVICIOS: Unidad de Diálisis, Hospitalización y Unidad de Cuidados Intensivos.</p> <p>DESCRIPCIÓN:</p> <p>Equipo que regula automáticamente los intercambios de solución dializante, en paciente con diálisis peritoneal con las siguientes características, seleccionables de acuerdo a las necesidades de las unidades médicas: monitor, unidad selectora de cantidad de líquido a administrar, tiempos de ingreso y de permanencia, así como el drenado, control digital, calefactor de líquido de diálisis, termostato, sistema de alarmas de suministro de líquidos de temperatura y drenaje, monitor de ultrafiltración.</p> <p>REFACCIONES:</p> <p>Según marca y modelo.</p> <p>OPCIONALES:</p> <p>Regulador</p> <p>CONSUMIBLES:</p> <p>Equipo de conexión múltiple, línea de extensión y bolsa para drenaje, soluciones para diálisis peritoneal. Las unidades médicas seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, marca y modelo. (Compatibles con el equipo ofertado por el prestador del servicio)</p> <p>INSTALACIÓN:</p> <p>Corriente eléctrica de 120 V/60 HZ.</p> <p>Contacto polarizado.</p>	



ANEXO T.5.A (T.CINCO A)

MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL, REGISTRO CONTABLE Y TRÁMITE DE PAGO DE LA ENTREGA DOMICILIARIA DE LOS BIENES PARA DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA

RESPONSABLE	No. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Unidad Médica	1	Se celebra contrato abierto de suministro con el prestador del servicio para la entrega de los bienes para DPA.
Unidad Médica	2	Recibe Contrato.
Director y Subdirector Administrativo/ Director Médico y/o Administrador del Contrato	3	Difunde al personal involucrado.
Subdirector Administrativo/ Director Administrativo y/o Administrador del Contrato	4	Responsable de difusión, supervisión y asesoría de la aplicación de los contratos de los servicios de diálisis.
	5	Supervisar que los pacientes adscritos al servicio de diálisis peritoneal estén vigentes en sus derechos para recibir atención médica.
Director Médico	6	Dirige y coordina las sesiones del comité de terapias sustitutivas, en su caso, por nivel jerárquico designa al responsable de la sesión. Presenta los casos clínicos y casos relevantes de las diferentes modalidades de diálisis. Elabora la minuta del comité de terapias sustitutivas, recaba rúbricas de los integrantes, anexa una copia al expediente clínico del paciente e informa de la decisión tomada en comité al paciente y/ familiar.
Jefe de Nefrología o Medicina Interna	7	Supervisa que la Carta de Consentimiento Bajo Información y Carta Compromiso de Recuperación de Bienes/Claves del servicio de DPA, estén debidamente llenadas y contenga la firma autógrafa de autorización del paciente, o familiar responsable de aceptación al tratamiento.
	8	
Unidad Médica	9	Determina al paciente seleccionado a la modalidad dialítica, registra los datos correspondientes en el aplicativo proporcionado por el Organismo para generar el formato de Ingreso del Paciente utilizando el formato FIP-01 (en original prestador del servicio y 2 copias, una para el médico responsable y 1 para la dirección de la Unidad Médica para control y archivo). En caso de continuar con el mismo prestador del servicio y no requerir cambio de línea de transferencia informa al prestador del servicio sobre la continuidad al servicio prestado.
Médico responsable del servicio	10	Se verifica la vigencia de derechos del paciente a través del aplicativo proporcionado por el Organismo o se solicita al personal de asistente médica constate vigencia de derechos del paciente. Solicita a la trabajadora social efectúe estudio médico social del paciente.
	11	



RESPONSABLE	No. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Unidad Médica Asistente Médica	12	Constata que la vigencia solicitada al Área de Padrón de Beneficiarios de los pacientes incluidos en el servicio y recaba sello en el formato de ingreso del paciente y reporte del SINDO.
	13	Solicita verificar bimestralmente de los pacientes incluidos en el servicio.
	14	Entrega al médico responsable el formato FIP-01 con el sello de vigencia.
Unidad Médica Trabajadora Social	15	Elabora estudio médico-social que contenga los criterios sociales en caso de ingreso del paciente al servicio.
	16	Entrega al médico el resultado del estudio médico social.
	17	Realiza la visita domiciliaria de supervisión a efecto de verificar la "no existencia de sobre inventarios" utilizando la Cedula de Supervisión descrita en el Anexo T3 y T3.2.
	18	Registrar en donde el Organismo le indique al prestador del servicio, la supervisión domiciliaria DPA/DPCA.
Unidad Médica Médico responsable del servicio	19	Recibe formato FIP-01 y estudio médico social, anexa al expediente clínico del paciente el estudio médico social.
	20	Envía al paciente con la enfermera responsable del servicio para su capacitación, así como con la trabajadora social para la orientación del servicio.
	21	MODIFICACIÓN A LA PRESCRIPCIÓN: En el caso de haber algún cambio en la prescripción o datos del paciente, elabora el formato Modificación de Prescripción o Datos del Paciente utilizando la forma MPDP-01. (En original para el prestador del servicio y 2 copias una para el médico responsable y 1 para la dirección de la Unidad Médica).
	22	Envía al subdirector administrativo los formatos FIP-01 Y MPDP-01. (Continúa con la actividad 25)
Unidad Médica/Enfermera responsable	23	Otorga la capacitación al paciente conforme al procedimiento establecido.
Unidad Médica Trabajadora Social	24	Da al paciente la orientación respectiva, entrega la Guía de Orientación (forma GO-01).
	25	En caso de fallecimiento del paciente, se recibe la notificación del familiar.
	26	Notifica al Jefe de Servicio de Nefrología y/o Medicina Interna para dar de baja del servicio, utilizando el formato FIP-01.
Subdirector Administrativo	27	Recibe y registra los datos del formato de Ingreso del Paciente (Forma FIP-01, así como la Modificación de Prescripción o Datos del Paciente (forma MPDP-01), para control y elaboración de los informes a las instancias correspondientes.
	28	Entrega al prestador del servicio los documentos originales anteriormente mencionados y/o los que se refieran a los pedidos para necesidades hospitalarias, anotando la fecha ya que será base oficial para establecer si existe entrega oportuna por el



RESPONSABLE	No. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
		prestador del servicio en el caso de que sea extemporánea se hará acreedor a las sanciones correspondientes.
Prestador del servicio	29	Recibe los formatos FIP-01 y MPDP-01.
	30	Surte la primera entrega la cual deberá ser exactamente igual a la cantidad prescrita por el médico, en el FIP-01, que continúan con el mismo prestador del servicio, el surtimiento de los insumos no será suspendido o aplazado.
	31	Para la entrega subsecuente que será mensual, en el domicilio del paciente deberá ser exactamente igual a la diferencia entre la cantidad prescrita por el médico, menos las cantidades existentes de acuerdo con el formato Constancia de Recepción utilizando la forma CR-01.
	32	En el caso de surtir a unidades médicas se contará con un plazo de 8 días naturales para la entrega de los bienes, en las farmacias de las unidades médicas. Se remite al punto 1 del ANEXO T.5.3
Paciente / Familiar	33	Recibe del prestador del servicio la dotación de los bienes prescritos en el formato de Ingreso del Paciente (FIP-01) o en su caso Modificación de la Prescripción o Datos del Paciente (Forma MPDP-01). Verifica que los empaques colectivos y los bienes cumplan con las condiciones de calidad requeridas por el Organismo.
	34	Revisión de los bienes y aceptación de los bienes.
	35	Firma de conformidad en el formato de Constancia de Recepción (forma CR-01). (En original y 2 copias: original para la Dirección de la Unidad Hospitalaria, 1 copia para el prestador del servicio y 1 copia para el paciente).
	36	
	37	Detección de desviaciones en el transcurso de su uso. Reporta a la enfermera responsable del servicio las desviaciones o faltantes de los bienes.
	38	No aceptación de los bienes a la entrega. Reporta a la enfermera responsable del servicio y describe desviaciones o faltantes en el recuadro del formato de Constancia de Recepción (Formato CR-01).
	39	
Unidad Médica Enfermera responsable del servicio	40	Recibe reporte de desviaciones por parte del paciente o familiar.
	41	Da indicaciones inmediatas al paciente o familiar, relativas a las acciones a seguir. Notifica al médico responsable del servicio la problemática reportada.
Unidad Médica/Médico responsable del servicio	42	Elabora y envía reporte de falla al jefe de servicio de la Unidad Médica, en el suministro, faltantes y/o desperfectos en los bienes.
Jefe de Servicio de Nefrología o Medicina Interna	43	Notifica al director de la Unidad Médica la existencia de fallas en el suministro faltantes o desperfectos en los bienes.
Director de la Unidad Médica	44	Realiza el trámite correspondiente para informar al administrador del contrato reporte de queja por escrito.



RESPONSABLE	No. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Administrador del contrato	45	Aplica las penas deductivas correspondientes.
	46	Atiende el reporte recibido mediante el reporte de queja, en caso de resultar procedente llevará a cabo visita de supervisión, en el domicilio del paciente y gestionará las sanciones a las que se haga acreedor el prestador del servicio.

PROCEDIMIENTO SALIDA DEL PACIENTE

RESPONSABLE	No. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Familiar responsable del paciente	1	Informa a la trabajadora social de la Unidad Médica.
Trabajadora social responsable del servicio	2	Informa al Jefe de Nefrología o Medicina Interna de la baja del paciente del servicio.
Médico responsable del servicio	3	Registra y elabora el formato MPDP-01, para la baja del servicio modificación de prescripción o datos del paciente.
Jefe de Servicio de Nefrología o Medicina Interna	4	Entrega el formato MPDP-01, a la dirección para la firma correspondiente.
Dirección de la Unidad Médica	5	Recibe el formato de Modificación de Prescripción o Datos del Paciente (MPDP-01) y firma.
	6	Entrega el formato al subdirector administrativo de la Unidad Médica.
Subdirector administrativo de la Unidad Médica	7	Recibe formato de Modificación de Prescripción o Datos del Paciente (MPDP-01).
	8	Informa vía telefónica al prestador del servicio para que suspenda las entregas y le entrega el formato de Modificación de Prescripción o Datos del Paciente Forma MPDP-01.
Prestador del servicio	9	Recibe el formato MPDP-01 en original del Subdirector administrativo o Director Administrativo de la Unidad Médica, procede a recoger los bienes de diálisis del domicilio del paciente, fuera del servicio, con orden de embarque y entrega los bienes a la Unidad Médica con el Anexo T6 (T-Seis), suspendiendo las entregas subsecuentes (en original para el prestador del servicio y dos copias una para el médico responsable y una para el paciente o familiar responsable).



PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE PARA LA ELABORACIÓN DEL PEDIDO Y PAGO

RESPONSABLE	No. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Prestador del servicio	1	Referente al ANEXO T.5.1 (FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01)
	2	Elabora Consolidado de Entregas apegándose a la Forma CE-01, (en original para el prestador del servicio, una copia para la Unidad Médica) que ampare el total de los bienes entregados en el mes, se dará seguimiento mensual de la calidad de la atención a los pacientes y la oportunidad en la entrega.
	3	Dentro de los 8 días hábiles del mes siguiente al suministro de bienes, entregará a la Unidad Médica, el formato anterior junto con las Constancias de Recepción (Forma CR-01) y remisión de pedido por entregas hospitalarias, para su autorización respectiva.
Unidad Médica y Jefe de Servicio de Nefrología o Medicina Interna.	4	Cotejan los formatos de ingreso del paciente (FIP-01), las Modificaciones de Prescripción o Datos del Paciente (MPDP-01) con el Consolidado de Entregas (CE-01) y las Constancias de Recepción (CR-01) y determina sanciones por incumplimiento o retraso en las entregas conforme al contrato celebrado con el prestador del servicio.
	5	NOTA: Las cantidades de las entregas relacionadas en el formato Consolidado de Entregas (CE-01) no deberán exceder de las indicadas en los formatos (FIP-01) y en su caso los formatos (MPDP-01) y deberán coincidir con el formato CR-01.
		Entregan para firma de autorización de la Unidad Médica con el señalamiento de sanciones correspondientes.
Jefe de Servicio de Nefrología o Medicina Interna.	6	Entrega mensualmente al prestador del servicio el listado nominal de pacientes que en ese mes requieran del recambio de la línea de transferencia, así como de los pacientes a quienes se les colocó catéter de tenckhoff el mes previo.
Unidad Médica	7	Firma de autorización el Consolidado de Entregas (CE-01) y entrega a la Unidad Médica, verificando se hayan determinado sanciones en caso de incumplimiento o retrasos en las entregas.
Subdirector Administrativo de la Unidad Médica	8	Recibe Consolidado de Entregas (CE-01) firmado y entrega original al prestador del servicio.
	9	Comunica al prestador del servicio en el caso de que en el transcurso del mes se incluya algún paciente al servicio o haya alguna modificación. NOTA: En caso de baja del paciente, se le informa al prestador del servicio por escrito para que suspenda la entrega mediante el formato MPDP-01.
Prestador del servicio	10	Recibe Consolidado de Entregas debidamente firmado por la Unidad Médica. Recibe del Jefe de Nefrología o de Medicina Interna, el listado nominal de pacientes en el servicio que requieren en ese mes del recambio de su línea de transferencia y de los pacientes a quienes se les colocó catéter de tenckhoff el mes previo.





RESPONSABLE	No. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Subdirector Administrativo de la Unidad Médica	11	Informa trimestralmente al administrador del contrato del cumplimiento del contrato así como de las acciones que de éste se deriven.
	12	Comunica al administrador del contrato de las Unidades Médicas, en el momento que ocurra cualquier incumplimiento por parte del prestador del servicio, anexando soporte documental.
Prestador del servicio	13	Elabora Remisión del Pedido con las cantidades e importes de los bienes entregados en el mes, los totales de importes y cantidades deberán coincidir con los con los del consolidado de entregas.
	14	Entrega al Administrador del contrato la siguiente documentación: Remisión del Pedido. Consolidado de Entregas (CE-01) firmado. Estadística de movimientos mensuales a solicitud expresa del Organismo. Entrega al Organismo, un informe mensual del ejercicio del Contrato, a fin de vigilar el comportamiento del mismo.
Subdirector Administrativo y/o Administrador	15	Recibe la Remisión del Pedido y el Consolidado de Entregas Coteja los importes en ambos documentos.
	16	Recaba en la Remisión del Pedido sello del Área de Farmacia de la Unidad.
	17	De proceder, turna los documentos al área de Abastecimiento de la propia Unidad a fin de cotejar los documentos susceptibles de pago. NOTA: Este trámite se deberá llevar a cabo dentro de los 3 días hábiles posteriores a su recepción.
Administrador del contrato	18	En caso de resultar procedente, ordenará o llevará a cabo visita de supervisión a los almacenes del prestador del servicio y gestionará las sanciones, a las que sean acreedoras.
Área de Abastecimiento de la Unidad	19	Revisa de la copia de la Remisión del Pedido y la información relativa a los lotes y aplica sello en la Remisión del Pedido.
	20	Otorga el Alta en la Remisión del Pedido.
	21	Verifica las cantidades contenidas en los documentos.
	22	Verifica que el precio y las cantidades correspondan a lo pactado en el contrato.
	23	Elabora el pedido u Orden de reposición respectiva por mercancía entregada, verificando en los documentos si el prestador del servicio incurrió en incumplimiento o retrasos en las entregas, a fin de que la elaboración del mismo considere la aplicación de la sanción que corresponda
	24	En su caso, turna la documentación referida al Departamento de Presupuesto, Contabilidad y Erogaciones de la propia Unidad para su trámite.
	25	En su caso, entrega la documentación original al Prestador del servicio junto con la Remisión del Pedido dentro de los 3 días naturales posteriores a su recepción.



RESPONSABLE	No. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
	26	Integra expediente con toda la documentación, anexando copia del alta
	27	Envía a la Unidad Médica, (previa autorización del Director) informe de las adquisiciones efectuadas durante el mes, a fin de que se operen los controles correspondientes en el SAI.
Prestador del servicio	28	Recibe los originales de la Remisión y el original del pedido u Orden de Reposición, los presenta en Departamento de Presupuesto, Contabilidad y Erogaciones de la Unidad Médica, junto con la Factura, para su cobro.
Área de Presupuesto, Contabilidad de la Unidad Médica	29	Recibe Factura, original de la Orden de Reposición y/o pedido y la Remisión del Pedido para su revisión y expide contra recibo cotejando la no existencia de aplicación de sanciones. Nota importante: Este procedimiento (entregas hospitalarias) podrá llevarse a cabo directamente en la Unidad Hospitalaria, para lo cual, el alta le corresponderá a la que le asigne la propia Unidad, el alta con efectos contables, se operará con los documentos físicos creando el PASIVO CONTABLE correspondiente con afectación a LOS GASTOS, evitando el registro contable a las cuentas de INVENTARIOS.
	30	Una vez revisada la documentación se turna al Área de Tesorería de la Unidad Médica para el pago correspondiente; en las Unidades Médicas, se procede a efectuar el pago correspondiente al prestador del servicio en la propia Unidad Médica.
Prestador del servicio	31	Recibe contra-recibo y se presenta para su cobro en la fecha señalada en el Área de Tesorería que corresponda
Unidad Médica	32	Recibe por parte de cada una de las Unidades Médicas para su control y análisis estadístico un reporte mensual.
	33	Actualiza la estadística de consumo a través de cierre mensual.
	34	De manera coordinada elaboran trimestralmente Programas de supervisión para verificar el cumplimiento del servicio.
	35	Analizan trimestralmente los servicios de diálisis peritoneal (DPA) bajo los siguientes parámetros: (Mediante los formatos RDPA-01 Y RDPA02). Oportunidad. Cumplimiento de expectativas. Suministro Consumo contra servicio de pacientes. Costo Beneficio.



ANEXO T.5.1 (T CINCO.UNO)
FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01

 GOBIERNO DE MÉXICO		 IMSS BIENESTAR	ANEXO T.5.1 (T CINCO.UNO) FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01	
Datos de la Unidad Médica				
Fecha de la prescripción dd/mm/aaaa ¹				
Entidad Federativa ²		Unidad Médica ³		
Nombre del Médico ⁴		Director de la Unidad Médica ⁵		
Datos del Paciente				
Nombre ⁶		Correo electrónico ⁷		Teléfono paciente:
CURP		Agregado Médico (Ejem: 2F1973OR) ⁸		
Dirección ¹⁰				
Calle:	No. exterior:	No. Interior	C.P.:	
Colonia	Alcaldía/Municipio	Ciudad/Edo		
Firma del paciente ¹¹				
Familiares Autorizados para recibir el producto				
Nombre:	Parentesco:	Firma ¹² :		
Nombre:	Parentesco:	Firma ¹³ :		
Prescripción Médica		Cantidad (No. de bolsas) ¹⁴	Programación de la máquina ¹⁵ :	
Clave	Descripción		Volumen total al infundir	
2356	Bolsa Gemela 1.5% 2 L		Tiempo total del tratamiento	
2352	Bolsa Gemela 2.5% 2 L		Volumen por infundir	
2354	Bolsa Gemela 4.25% 2 L		Volumen de última infusión	
2350	Bolsa para máquina 1.5% 6L		Aviso de drenaje inicial	
2353	Bolsa para máquina 2.5% 6L		Objetivo de UF por terapia	
2355	Bolsa para máquina 4.25% 6L		Recambio diario con bolsa gemela ¹⁶ :	
			Si () No ()	
			1.5% () 2.5% () 4.25% ()	
Salida definitiva del servicio				
Fecha de la salida dd/mm/aaaa ¹⁷ :				
Motivo ¹⁸ :				
Pérdida de cavidad	Si ()	No ()	Trasplante renal	Si () No ()
Falla de membrana	Si ()	No ()	Defunción	Si () No ()
Otras Causas ¹⁹ :				
INSTRUCCIONES DE LLENADO DEL FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01 ANEXO T.5.1 (T CINCO.UNO)				
No.	DATO	ANOTAR		
1	Fecha	Fecha en que se realiza la prescripción médica dd/mm/aaaa		





GOBIERNO DE MÉXICO IMSS ANEXO T.5.1 (T CINCO.UNO) FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01		
2	Entidad Federativa	El nombre de la Entidad Federativa en que se encuentra la Unidad Médica.
3	Unidad Médica	Unidad Médica en la que recibe el tratamiento el paciente
4	Médico que prescribe	Nombre de médico que prescribe el tratamiento de diálisis peritoneal.
5	Director de la Unidad Médica	Nombre del director médico que autoriza.
6	Nombre	Nombre del paciente Apellido Paterno, Materno y Nombre
7	Correo Electrónico	Cuenta de Correo Electrónico.
8	CURP	Clave Única de Registro Población.
9	Agregado Médico	Agregado médico (8 dígitos).
10	Dirección	Domicilio del paciente que debe contar con calle, No Exterior, No Interior, Colonia, Alcaldía/Municipio, Ciudad, Código Postal, Teléfono.
11	Firma del paciente	Firma del paciente que recibe la prescripción.
12	Familiares autorizados para recibir el producto.	Firma de un familiar que está autorizado para recibir las bolsas de diálisis.
13	Familiares autorizados para recibir el producto.	Firma de un segundo familiar que está autorizado para recibir las bolsas de diálisis.
14	Cantidad de bolsas de diálisis	Número de bolsas de diálisis que se prescriben de la concentración que se requiere en el caso de que el paciente se encuentre en DPCA o DPA según sea el caso.
15	Programación de la máquina	Parámetros que se programarán a la máquina cicladora en el caso de que el paciente se encuentre en DPA
16	Recambio diario con bolsa gemela	En el caso de que el paciente se encuentre en DPCA o DPA y requiera recambio durante el día con bolsa gemela marcar el tipo de concentración que se requiera.
17	Fecha de la salida	Fecha de salida definitiva del servicio dd/mm/aaaa
18	Motivo	Indicar alguna de las opciones que causaron la salida del servicio
19	Otras causas	Describir si existe alguna otra causa de la salida del servicio que no esté descritas en las opciones anteriores.

W
K



ANEXO T.5.2 (T CINCO.DOS)
FORMATO DE MODIFICACIÓN MPDP-01

 GOBIERNO DE MÉXICO  IMSS BIENESTAR			
ANEXO T.5.2 (T CINCO.DOS) FORMATO DE MODIFICACIÓN MPDP-01			
Datos del Hospital			
Fecha de la prescripción dd/mm/aaaa ¹			
Entidad ²		Unidad Médica ³ :	
Nombre del Médico ⁴ :		Director de la Unidad Médica ⁵	
Nombre del paciente ⁶ :		Correo electrónico:	
CURP ⁷ :		Agregado Médico (Ejem: 2F1973OR) ⁸ :	
Teléfono paciente:			
Fechas de Salida / Reingreso ⁹			
Prescripción Médica		Señale con una X la modificación que desee realizar ¹⁰ :	Cantidad (No. de bolsas) ¹¹
Clave	Descripción		
2356	Bolsa Gemela 1.5% 2 L		Volumen total al infundir _____ ml
2352	Bolsa Gemela 2.5% 2 L		Tiempo total del tratamiento _____ hrs
2354	Bolsa Gemela 4.25% 2 L		Volumen a infundir _____ ml
2350	Bolsa para máquina 1.5% 6L		Volumen de última infusión _____ ml
2353	Bolsa para máquina 2.5% 6L		Aviso de drenaje inicial _____ ml
			Objetivo de UF por terapia _____ ml
2355	Bolsa para máquina 4.25% 6L		Recambio diario con bolsa gemela ¹² :
			Si () No ()
			1.5% () 2.5% () 4.25% ()
Causa de la Salida Temporal		Fecha de la salida dd/mm/aaaa:	Señale con una X la causa de la salida ¹⁴ :
Cirugía			Transferencia del servicio. Señale con una X ¹⁵ :
Hospitalización			De DPA a DPCA _____
Peritonitis			De DPCA a DPA _____
Disfunción del catéter			Causa ¹⁶ : _____
Trasplante Renal			
Otras Causas:			
Cambio de Domicilio del Paciente			
Nombre del paciente ¹⁷ :		Correo electrónico ¹⁸ :	Teléfono: _____
CURP ¹⁹ :		Agregado Médico (Ejem: 2F1973OR)	
Dirección ²⁰ :			
Calle:	No. exterior:	No. Interior	C.P.: _____
Colonia	Alcaldía/Municipio	Ciudad/Edo	
Firma del paciente ²¹			
Familiarios Autorizados para recibir el producto			
Nombre:	Parentesco:	Firma ²² :	
Nombre:	Parentesco:	Firma ²³ :	





INSTRUCCIONES DE LLENADO DEL FORMATO DE ANEXO T.52 (T CINCO.DOS) MODIFICACIÓN MPDP-01		
No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha	Fecha de elaboración del formato dd/mm/aaaa
2	Entidad	Entidad Federativa
3	Unidad Médica	Unidad Médica en la que recibe el tratamiento el paciente
4	Nombre del Médico	Nombre de médico que prescribe el tratamiento de diálisis peritoneal.
5	Director de la Unidad Médica	Nombre del Director médico que autoriza.
6	Nombre del paciente	Apellido Paterno, Materno y Nombre
7	CURP	Clave Única de Registro de Población
8	Agregado Médico	Agregado médico (8 dígitos).
9	Fecha de salida / reingreso	Indicar la fecha de la modificación de la prescripción o reingreso al servicio.
10	Modificación que desee realizar	Indicar en el caso de que el paciente se encuentre en DPCA la concentración de la bolsa de diálisis que se desee modificar.
11	Cantidad de bolsas de diálisis	Indicar el número de bolsas de la concentración modificada
12	Cambio de la Programación de máquina	En el caso de que el paciente se encuentra en DPA indicar la prescripción de la máquina cicladora.
13	Recambio diurno con bolsa gemela	En el caso de que el paciente se encuentre en DPA y requiera modificación con recambio durante el día con bolsa gemela marcar el tipo de concentración que se requiera.
14	Causa de la salida temporal del servicio	Indicar de las opciones enunciadas la causa de la salida temporal del servicio
15	Transferencia del servicio	Indicar la transferencia del servicio si es de DPA a DPCA o de DPCA a DPA.
16	Causa	Mencionar la causa del cambio del servicio de DPA a DPCA o de DPCA a DPA.
17	Nombre	Nombre del paciente. - Apellido Paterno , Materno y Nombre
18	Correo electrónico	Cuenta de correo electrónico.
19	CURP	Clave Única de Registro de Población
20	Dirección	Enunciar calle, No Exterior, No Interior, Delegación/Municipio, Colonia, Código Postal, Teléfono.
21	Firma del paciente	Firma del paciente que recibe la modificación de la prescripción
22	Familiares autorizados para recibir el producto.	Firma de un familiar que está autorizado para recibir las bolsas de diálisis.
23	Familiares autorizados para recibir el producto.	Firma de un segundo familiar que está autorizado para recibir las bolsas de diálisis.



ANEXO T.5.3 (T CINCO.TRES)

FORMATO ENTREGA Y RECEPCIÓN CE-01/ CR-01

  ANEXO T.5.3 (T.CINCO.TRES) FORMATO ENTREGA Y RECEPCIÓN CE-01/ CR-01						
Número de Contrato ¹ :		Nombre del prestador del servicio ²				
Unidad Médica ³		Unidad Médica ⁴ del IMSS-BIENESTAR:				
Datos del Paciente						
Nombre del paciente ⁵ : _____						
CURP ⁶ :		Agregado Médico (Ejem: 2F1973OR) ⁷ : _____				
Dirección ⁸ :						
Calle:		No. exterior:		No. Interior		C.P.:
Colonia		Alcaldía/Mpio.:		Ciudad/Edo		Teléfono:
Clave ⁹	Descripción de las Bolsas ¹⁰	Cantidad Prescrita (No. de bolsas) ¹¹	Existencia en domicilio ¹²	Cantidad Entregada ¹³	Lot e ¹⁴	Caducida d ¹⁵
2356	Bolsa Gemela 1.5% 2 L					
2352	Bolsa Gemela 2.5% 2 L					
2354	Bolsa Gemela 4.25% 2 L					
2350	Bolsa para máquina 1.5% 6L					
2353	Bolsa para máquina 2.5% 6L					
2355	Bolsa para máquina 4.25% 6L					
	Total de Bolsas Entregadas					

Fecha de Entrega ¹⁶: _____

Nombre y firma de quien recibe ¹⁷ _____


GOBIERNO DE
MÉXICO


IMSS

EXO T.5.3 (T.CINCO.TRES) FORMATO ENTREGA Y RECEPCIÓN CE-01/ CR-01

INSTRUCCIONES DE LLENADO DEL ANEXO T.5.3 (T.CINCO.TRES) FORMATO ENTREGA Y RECEPCIÓN CE-01/ CR-01		
No.	DATO	ANOTAR
1	Número de Contrato	Número de Contrato asignado por la Institución
2	Nombre del prestador del servicio	Enunciar el nombre del prestador del servicio del servicio de DPA o DPCA en la unidad médica que prescribe el tratamiento.
3	Unidad Médica	Unidad Médica
4	Unidad Médica del IMSS	Nombre de la unidad médica que prescribe el tratamiento.
5	Nombre del paciente	Anotar Nombre del paciente: Apellido Paterno, Materno y Nombre,
6	CURP	Clave única de Registro de Población
7	Agregado Médico (Ejem: 2F1973OR	Agregado médico (8 dígitos) y Domicilio: Calle, No Exterior, No Interior, Delegación /Municipio, Colonia, Código Postal, Teléfono.
8	Domicilio	Domicilio completo del paciente donde se realizará la entrega
9	Clave	Clave de las bolsas de DPA o DPCA según corresponda que se entregan en el domicilio del paciente.
10	Descripción de las Bolsas	Describir la presentación de las bolsas de diálisis de acuerdo con las concentraciones que son recibidas en el domicilio del paciente.
11	Cantidad Prescrita	Número de bolsas de diálisis prescritas por médico.
12	Existencia en Domicilio	Número de bolsas existentes en el domicilio del paciente en el momento de la entrega subsecuente.
13	Cantidad Entregada	Numero de bolsas entregadas en el domicilio del paciente.
14	Lote	Enunciar el lote de las bolsas de diálisis entregadas en el domicilio del paciente.
15	Caducidad	Fecha de caducidad de las bolsas de diálisis.
16	Fecha de entrega	Fecha de entrega del producto al domicilio del paciente y periodo que comprende. dd/mm/aaaa
17	Nombre y firma de quien recibe	Nombre y firma de la persona autorizada en recibir las bolsas de diálisis.
17	Nombre y firma de quien recibe	Nombre y firma de la persona autorizada en recibir las bolsas de diálisis.

3
4



ANEXO T.6 (T.SEIS)

TABLA CIFRAS DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL DPA

CIFRAS DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL DPA

Prestador del Servicio	Nombre de la Unidad Médica	Tipo	CLUE	No. Contrato	Importe Mensual Ejercido	Realizado	Modalidad	Mes	Año
(Nombre del prestador del servicio)	(Nombre de la Unidad Médica)	(Tipo de la Unidad Médica. Referencia Catálogo de Procedimientos)	Clave Única de Establecimientos de Salud	(Número de Contrato)	(Importe Mensual por las Bolsas Entregadas)	(Número de Bolsas Entregadas)	(DPA / DPCA)	(Del 26 al 25 de cada mes)	(Año)

La parte sombreada es un ejemplo.

W7



ANEXO T.7 (T.SIETE)

CARTA COMPROMISO DEVOLUCION DE MÁQUINA CICLADORA

Yo....., con Clave Única de Registro de Población (CURP)....., domicilioy número telefónico en el servicio de Diálisis Peritoneal Automatizada me comprometo a:

Devolver la máquina cicladora, marca....., modelo.....

Recibida en comodato por parte del prestador del servicio.....una vez que haya causado baja definitiva, toda vez que forma parte del servicio prestado por IMSS-BIENESTAR.

Nombre y Firma del Paciente Nombre y Firma del Familiar

.....

Fecha:.....

Handwritten signature



ANEXO NÚMERO TI 1 (TI UNO) REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR DEL SERVICIO DE DPA POR EL PRESTADOR DEL SERVICIO, PARA EL REGISTRO DE ENTREGAS

El Prestador del servicio deberá generar un reporte que contenga el Registro de las entregas realizadas a Pacientes autorizados, para el pago de las mismas.

El reporte deberá ser generado en un formato de Paquetería Office.

El reporte deberá incluir los siguientes datos:

- Clave Presupuestal de la Unidad Médica
- Clave Única de Registro de Población
- Primer Apellido del paciente
- Segundo Apellido del paciente
- Nombres(s) del paciente
- Fecha de Nacimiento del Paciente
- Tipo de Evento
- Fecha de Ingreso al servicio
- Contrato oficial
- Fecha y Hora de Recepción
- Folio del tratamiento
- Por cada Tipo de Bolsa
 - Clave CBSS
 - Descripción
 - Lote
 - Caducidad
 - Comentarios
 - Detallar las Cantidades
 - Cantidad Prescrita
 - Cantidad Enviada
 - Cantidad Entregada
 - Existencia Física



Dato	Nombre del objeto	Presentación del dato	Restricciones	Requerido/Opcional	Catálogo S/N
Clave Presupuestal de la Unidad Médica	clavePresupuestal			Requerido	
Curp	curp			Requerido	
Agregado Médico	agregadoMedico			Requerido	
Primer Apellido	primerApellido			Requerido	
Segundo Apellido	segundoApellido			Opcional	
Nombres	nombres			Requerido	
Tipo de Evento	tipoEvento			Requerido	S
Fecha de Ingreso al servicio	fechaIngresoServicio	Aaaa-mm-ddThh:mm:ss.SS	Se requiere un formato de 24 hrs	Requerido	
Contrato	contrato			Requerido	S
Fecha de Recepción	fechaRecepcion	Aaaa-mm-ddThh:mm:ss.SS	Se requiere un formato de 24 hrs	Requerido	
Por cada Tipo de Bolsa	bolsas			Requerido	
Clave CBSS	cbss			Requerido	
Descripción	descripcion			Requerido	
Lote	lote			Requerido	
Caducidad	caducidad	Aaaa-mm-ddThh:mm:ss.SS	Se requiere un formato de 24 hrs	Requerido	
Comentarios	comentarios			Requerido	
Detallar las Cantidades	cantidades			Requerido	
Cantidad Prescrita	prescrita			Requerido	
Cantidad Enviada	enviada			Requerido	
Cantidad Entregada	entregada			Requerido	
Existencia Física	existenciaFisica			Requerido	

Para la evaluación del reporte del software, se requiere que los prestadores de servicios adjudicados traigan un equipo de cómputo, que contenga mínimo las siguientes características:

- Sistema Operativo Windows 10 en Adelante.
- Memoria RAM mínimo de 8Gb.
- Navegador instalado, puede ser Google Chrome, Firefox o Microsoft Edge.
- Paquetería Office.
- Bloc de notas o Notepad++.
- Programa para generar archivo ZIP, por ejemplo 7-Zip, zip, etc.



- Programa para generar Checksum, por ejemplo, SHA1 Generator.
- Tarjeta de Red.
- Mouse.
- Teclado.
- Monitor.
- Cable de Red RJ45.



Handwritten signature in blue ink.



ANEXO NÚMERO TI 2 (TI DOS) ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

IMSS – BIENESTAR

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

[HOJA MEMBRETADA POR EL PRESTADOR DEL SERVICIO DEL SERVICIO]

Se muestra de manera informativa el texto correspondiente al acuerdo de confidencialidad que deberá presentarse a firmar, en las oficinas del Administrador del Contrato, el representante legal con facultades de administración o de dominio del prestador del servicio adjudicado.

=====

_____, a ____ de _____ de 20____

Por medio del presente, Nombre del Representante Legal en mi carácter de representante legal de la sociedad Nombre del Prestador del servicio o Razón Social (en adelante "EL PRESTADOR DEL SERVICIO") manifiesto que cualquier información oral o escrita que sea proporcionada con motivo de trabajo a realizar para los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar "IMSS-BIENESTAR" (en adelante "EL ORGANISMO"), será tratada de acuerdo con las siguientes:

CLÁUSULAS

Primera.- Información confidencial.- Para los efectos del presente Acuerdo, el término "información" o "información confidencial" significa todos los datos, conversaciones telefónicas, mensajes de audio, mensajes de grabadoras, cintas magnéticas, programas de cómputo y sus códigos fuente entre otros medios de comunicación, tales como la información contenida en discos compactos (CD), mensajes de datos electrónicos (correos electrónicos), medios ópticos o de cualquier otra tecnología o cualquier otro material que contenga información jurídica, operativa, técnica, financiera o de análisis, registros, documentos, especificaciones, productos, informes, dictámenes y desarrollos a que tenga acceso o que le sean proporcionados por "EL ORGANISMO".

De igual forma, será considerada como confidencial aquella información derivada de la ejecución del servicio que preste "EL ORGANISMO" que señale "EL ORGANISMO" y sea propiedad exclusiva de éste.

Segunda.- Obligación de No-Divulgación.- "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" reconoce que queda prohibida su difusión y/o utilización total o parcial en su favor o de terceros ajenos a la relación contractual, por cualquier medio, entre otros de manera enunciativa más no limitativa: vía oral, impresa, electrónica, magnética, óptica y en general por ningún medio conocido o por desarrollar, conforme a lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (LFPDPPP), Ley de la Propiedad Industrial y de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Si no se cumplen los términos de las leyes antes mencionadas serán sancionados en base a lo que estipule cada una de las mismas.

En este sentido, acepta que la prohibición señalada en el párrafo anterior comprende inclusive, en forma enunciativa más no limitativa, que no se podrá llevar a cabo la difusión de la información con fines de lucro, comerciales, académicos, educativos o para cualquier otro, por lo que "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" se responsabiliza del uso y cuidado de la información, a nombre propio y de las personas que formen parte de este, así como del personal directivo, administrativo y operativo que las conformen.

Adicionalmente, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" se obliga a lo siguiente:

- 1) Utilizar toda la información a que tenga acceso o generada con motivo de su prestación de servicio ante "EL ORGANISMO" únicamente para cumplimentar el objeto del contrato adjudicado.



- 2) Limitar la revelación de la información y documentación a que tenga acceso, únicamente a las personas que dentro de su propia organización se encuentren autorizadas para conocerla, haciendo responsable del uso que dichas personas puedan hacer de la misma.
- 3) No hacer copias de la información, sin la autorización por escrito de "EL ORGANISMO".
- 4) No revelar a ningún tercero la información, sin la previa autorización por escrito de "EL ORGANISMO".
- 5) Mantener estricta confidencialidad de la información y/o documentación relacionada con la prestación del servicio, bajo la pena de incurrir en responsabilidad penal, civil o de otra índole, y, por lo tanto, no podrá ser divulgada, transmitida, ni utilizada en beneficio propio o de tercero.

Tercera. - Devolución de la Información. - Una vez concluida la vigencia del presente acuerdo, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO", entregará a "EL ORGANISMO" todo material, documentos y copias que contengan la información confidencial que le haya sido proporcionada por "EL ORGANISMO", no debiendo conservar en su poder ningún material, documentos y copias que contenga la referida información confidencial.

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" conviene en limitar el acceso de dicha información confidencial a sus empleados o representantes, sin embargo, necesariamente harán partícipes y obligados solidarios a aquéllos, respecto de sus obligaciones de confidencialidad aquí contraídas. Cualquier persona que tuviere acceso a dicha información, deberá ser advertida de lo convenido en este documento, comprometiéndose a observar y cumplir lo estipulado en este punto.

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" acepta que todas las especificaciones, productos, estudios técnicos, informes, dictámenes, desarrollos, códigos fuente y programas, datos clínicos, así como todo aquello que se obtenga como resultado en la prestación del servicio, serán confidenciales.

La duración del presente Documento será la menor de entre las siguientes:

- i. 1 (un) año contado a partir de la fecha de firma de este Acuerdo de Confidencialidad. El plazo de 1 (un) año antes mencionado podrá ser prorrogado, una o más veces, por voluntad de las Partes por periodos adicionales de 1 (un) año cada uno, en cuyo caso dichas prórrogas deberán constar por escrito y estar firmadas por ambas Partes o reducido en caso de vigencia de contrato menor a 1 (un) año.

Este documento solamente podrá ser modificado mediante consentimiento de las partes, otorgado por escrito.

El presente documento se regirá por las leyes vigentes en la Ciudad de México. Para todo lo relacionado con la interpretación y cumplimiento del presente Documento las Partes se someten a la jurisdicción y competencia de los Tribunales competentes en la Ciudad de México, expresamente renunciando a cualquier otro fuero que pudiera corresponderles por razón de sus domicilios presentes o futuros o por cualquier otra causa.

Este documento se firma por duplicado al calce de cada una de sus hojas útiles por ambos lados, quedando un original en poder de cada una de las Partes, en _____, Col _____, Alcaldía _____, CDMX, C.P. XXXXX el [día] de [mes] de 202[año].

[Nombre del Representante legal del Prestador del servicio
Adjudicado con facultades de Administración o de Dominio]

[Nombre y firma del Administrador del Contrato en el IMSS-BIENESTAR]



ANEXO NÚMERO TI 3 (TI TRES)

DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE

DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS

[HOJA MEMBRETADA POR EL PRESTADOR DEL SERVICIO DEL SERVICIO]

[LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL OFICIO]

Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar
IMSS-BIENESTAR

ATENCIÓN:

[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO]

P R E S E N T E

Estimado [ADMINISTRADOR DEL CONTRATO] a nombre de mi representada [NOMBRE LEGAL DEL PRESTADOR DEL SERVICIO QUE OTORGA EL SERVICIO] me permito por medio del presente dar a conocer los datos de contacto de la persona(s) responsable(s) de establecer comunicación entre el Organismo y nuestra representada para todo lo referente al Sistema de Información, de acuerdo al **Anexo TI 3 (TI TRES)**, los cuales se detallan a continuación:

- [NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE]
- [CARGO DEL REPRESENTANTE]
- [DIRECCIÓN COMPLETA DEL REPRESENTANTE]
- [TELÉFONO Y EXTENSIÓN]
- [CORREO ELECTRÓNICO]

Lo anterior para dar cumplimiento con lo requerido en el contrato [NUMERO DE CONTRATO VIGENTE ENTRE EL PRESTADOR DEL SERVICIO Y EL ORGANISMO] de fecha [LA FECHA DEL CONTRATO] como prestación del servicio de Diálisis Peritoneal Automatizada, de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar IMSS-BIENESTAR [UNIDAD MÉDICA].

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos.

ATENTAMENTE

[NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PRESTADOR DEL SERVICIO]

REPRESENTANTE LEGAL DE [NOMBRE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO]

Handwritten signature



ANEXO NÚMERO TI 4 (TI CUATRO)
SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD
EN HOJA MEMBRETADA DEL PRESTADOR DEL SERVICIO

Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar
IMSS-BIENESTAR
CONVOCANTE

[NOMBRE], EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DEL PRESTADOR DEL SERVICIO [NOMBRE
O RAZÓN SOCIAL DEL LICITANTE O DISTRIBUIDOR], MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

- POR MEDIO DE LA PRESENTE ME PONGO EN CONTACTO CON LA COORDINACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR IMSS-BIENESTAR, O EN SU DEFECTO AL ÁREA QUE, EN SU CASO, ABSORBA O REALICE LAS FUNCIONES DE ÉSTA A EFECTO DE SOLICITAR, EJECUTAR Y ACREDITAR LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE INFORMACIÓN BASADO EN EL ESTANDAR ECMA 262 DE JavaScript CONOCIDO COMO JSon (JavaScriptsT Object Notation)

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL LICITANTE



PROPUESTA ECONÓMICA

Nombre del Procedimiento

Número de procedimiento:

Nombre del Licitante:

Estratificación MIPYME: Micro (☐)

Mediana (☐) NoMIPyME (☐)

Fecha:

Nacionalidad:

Pequeña (☐)

NO. PARTIDA	ENTIDAD	UNIDAD MEDICA	PROCEDIMIENTO	CONSUMIBLE REQUERIDO	REQ MIN 2025	REQ MAX 2025	PRECIO UNITARIO	IMPORTE MÍNIMO	IMPORTE MÁXIMO
				2356 SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL AL 1.5%					
				2352 SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL AL 2.5%					
				2354 SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL AL 4.25%					
				Total					

***Nota:** Es importante mencionar que, para este servicio no se considera el IVA, con base al Artículo 2-A fracción I, inciso b) de la Ley del Impuesto del Valor Agregado.

Los precios ofertados serán fijos durante la vigencia del contrato

Importe mínimo con letra:

Importe máximo con letra:

Handwritten signature