|  |
| --- |
| **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL** |
|  |
| **ANEXOS** |
| **Servicio Médico Integral para Oftalmología 2026** |
|  |
|  |
| **14-01-2026** |

**Contenido**

[Anexo T4 “Entrega-Recepción de Equipos” 3](#_Toc218760622)

[Anexo T4.1 “Entrega-Recepción de Instrumental” 5](#_Toc218760623)

[Anexo T5 “Reporte de Incidencias” 6](#_Toc218760624)

[Anexo T6 “Entrega-Recepción de Bienes de Consumo” 7](#_Toc218760625)

[Anexo T7 “Programa de Capacitación” 8](#_Toc218760626)

[Anexo T7.1 “Lista de asistencia” 9](#_Toc218760627)

[Anexo T8 Relación de documentos a evaluar del Licitante 10](#_Toc218760628)

[Anexo T9 “Notificación de Pena Convencional Aplicable” 14](#_Toc218760629)

[Anexo T9.1 “Notificación de Deductivas” 15](#_Toc218760630)

[Anexo T10 “Reporte Individual De Procedimientos Y Bienes De Consumo Complementarios” 16](#_Toc218760631)

[Anexo T10.1 “Reporte Mensual de Procedimientos y Bienes de Consumo Utilizados” 17](#_Toc218760632)

[Anexo T10.2 “Control de Productividad” 18](#_Toc218760633)

[Anexo T11 “Entrega de instalaciones al término de la prestación del servicio” 19](#_Toc218760634)

**Anexo T4 “Entrega-Recepción de Equipos”**

**PARTIDA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LOCALIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
OOAD/UMAE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

**NO. DE CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA DE FALLO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA DE INICIO Y TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA DE ENTREGA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FECHA DE FABRICACIÓN DE LOS EQUIPOS: | | |
| 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, 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: | | SI / NO |
| La marca y modelo del (los) equipo (s) son acordes a las contenidas en el contrato y el número de serie corresponde a cada equipo, conforme a lo entregado por el proveedor. | | SI / NO |
| **Observaciones de la entrega recepción, señale conforme a lo siguiente**:  **1-**Existe diferencia de los datos de la lista de cotejo de la recepción con lo contenido en el contrato, favor de aclarar (Si/No): \_\_\_\_\_\_\_, en caso afirmativo, señale el motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **2-**El equipo presenta golpes y/o alguna avería técnica que impide su capacidad de funcionamiento, favor de aclarar (Si/No): \_\_\_\_\_\_\_, en caso afirmativo, señale el motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **3-**Existe algún impedimentopara el uso del equipo que se haya detectado al momento de la revisión, favor de aclarar (Si/No): \_\_\_\_\_\_, en caso afirmativo, señale el motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **4-**Existe algún riesgo potencial para los usuarios y pacientes con el uso del equipo que se haya detectado al momento de la revisión, favor de aclarar (Si/No): \_\_\_\_\_\_\_\_ señale el motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **5-**En caso de considerar algún otro aspecto que sea relevante en el funcionamiento del equipo, favor de especificar (Si/No): \_\_\_\_\_\_\_, señale el motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nota: En caso de contar con alguno de los puntos anteriores en caso afirmativo, deberá elaborar el acta administrativa correspondiente para el rechazo y la no aceptación del equipo.** | | |
| EL EQUIPO CUENTA CON CARACTERÍSTICAS TECNOLÓGICAS SUPERIORES A LO OFERTADO, FAVOR DE ACLARAR EN EL RECUADRO DE ABAJO: | | |
| **CONDICIONES EN LA ENTREGA RECEPCIÓN DEL EQUIPO** | | |
| Se recibió empacado de origen (Si/No): \_\_\_\_\_\_, en caso negativo favor de aclarar: | | |
| Presenta daños a simple vista (Si/No): \_\_\_\_\_\_, en caso positivo favor de aclarar: | | |
| El equipo entregado corresponde con la documental presentada (Si/No): \_\_\_\_\_\_\_, en caso negativo favor de aclarar: | | |
| Incluye los accesorios para su funcionamiento (Si/No): \_\_\_\_\_\_\_, en caso negativo favor de aclarar: | | |
| Incluye los consumibles para su funcionamiento (si/No): \_\_\_\_\_\_\_, en caso negativo favor de aclarar: | | |
| La instalación del equipo será realizada por un técnico especializado (Si/No): \_\_\_\_\_\_, en caso negativo favor de aclarar: | | |
| Incluye los folletos, catálogos y/o manuales del equipo: (Si/No): \_\_\_\_\_\_, en caso negativo favor de aclarar: | | |
| El equipo se encuentra en condiciones de ser puesto en funcionamiento en el área de servicio médico, una vez que se realice la capacitación del personal usuario (Si/No): \_\_\_\_\_\_\_, señale los motivos: | | |
| **CARGO** | **NOMBRE Y FIRMA** | |
| Jefe o Encargado del Servicio, Coordinador Clínico, Subdirector Médico o Director de la Unidad Médica. |  | |
| Ingeniero Biomédico o Jefe de Conservación de la Unidad Médica. |  | |
| Supervisor por parte del proveedor |  | |

**Anexo T4.1 “Entrega-Recepción de Instrumental”**

**PARTIDA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LOCALIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
OOAD/UMAE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

**NO. DE CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA DE FALLO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA DE INICIO Y TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA DE ENTREGA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE GENÉRICO DEL INSTRUMENTAL: | LISTA POR SET:  1.  2.  3. | | |
| CLAVE DE CUADRO BÁSICO: | | | |
| MARCA: | | | |
| **Observaciones de la entrega recepción, señale conforme a lo siguiente**: | | | |
| **1.** La marca y dimensiones son acordes a las contenidas en el contrato: SI / NO | | | |
| **2.** Las características de los Sets de Instrumental corresponden a las mismas que fueron establecidas en la Convocatoria, 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: SI / NO | | | |
| **3.** Existe diferencia de los datos de la lista de cotejo de la recepción o éstos no correspondan a los contenidos en el contrato, favor de aclarar (Si/No): \_\_\_\_\_\_\_, en caso afirmativo, señale el motivo: | | | |
| **4.** No se encuentran en plena capacidad de funcionamiento o se encuentra incompleta la charola del Set, favor de aclarar (Si/No): \_\_\_\_\_\_\_, en caso afirmativo, señale el motivo: | | | |
| **5.** Se identificó riesgo potencial para los usuarios y los pacientes, favor de aclarar (Si/No): \_\_\_\_\_\_\_, en caso afirmativo, señale el motivo: | | | |
| **6.** Otro, especifique: | | | |
| **Nota: En caso de contar con alguno de los puntos anteriores en caso afirmativo, deberá elaborar el acta administrativa correspondiente para el rechazo y la no aceptación del instrumental.** | | | |
| **CONDICIONES EN LA ENTREGA RECEPCIÓN DEL INSTRUMENTAL** | | | |
| Se recibió empacado de origen | | SI | NO |
| Se presentaron ordenadas las piezas del Set de Instrumental | | SI | NO |
|
| Se presentan los folletos, manuales y/o catálogos del instrumental | | SI | NO |
| Se presenta charola rotulada y enumera su contenido | | SI | NO |
|
| Se presenta la Charola del Set lavada y lista para ser esterilizada en CEYE | | SI | NO |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Jefe o Encargado del Servicio, Coordinador Clínico, Subdirector Médico o Director de la Unidad Médica. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ingeniero Biomédico o Jefe de Conservación de la Unidad Médica. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Supervisor por parte del proveedor |

**Anexo T5 “Reporte de Incidencias”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| REPORTE DE INCIDENCIAS | | | |
| I. DATOS GENERALES | | | |
| Unidad Médica: | | Fecha del reporte: | |
| Nombre de la persona que reporta: | | Proveedor: | |
| Servicio Médico Integral: | | Número de contrato: | |
| II. DATOS DEL EQUIPO O BIEN DE CONSUMO AFECTADO | | | |
| Nombre del equipo | Marca | Modelo | No. de serie |
|  |  |  |  |
| Nombre del Bien de Consumo | Marca | No. de parte, catalogo o referencia | No. de lote |
|  |  |  |  |
| III. MOTIVO DE LA INCIDENCIA (Marcar con X) | | | |
| Sustitución por reparación no factible | ( ) | | |
| Sustitución por tres fallas | ( ) | | |
| Fecha de fabricación mayor a 5 años | ( ) | | |
| IV. REPORTE DE FALLAS ANTERIORES (Requisitar únicamente si se solicita sustitución por tres fallas) | | | |
| No. de reporte | Folio | Fecha | Motivo (resumen) |
| Primer reporte de falla |  |  |  |
| Segundo reporte de falla |  |  |  |
| Tercer reporte de falla |  |  |  |
| V. FECHA DE FABRICACIÓN DEL EQUIPO (Requisitar únicamente si se solicita sustitución por fecha de fabricación mayor a 5 años) | | | |
| Fecha de fabricación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| VI. COMENTARIOS/OBSERVACIONES: | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|
|
|
|
| POR PARTE DE PERSONAL DEL INSTITUTO DE CONFORMIDAD PARA EL CIERRE DE LA INCIDENCIA: | | | |
| Nombre del Jefe de Servicio, Coordinador Clínico, Ingeniero Biomédico, Jefe de Conservación, Administrador o Director de la Unidad Médica. |  | | |
| Matrícula: |  | | |
| Cargo: |  | | |
| Firma: |  | | |

**Anexo T6 “Entrega-Recepción de Bienes de Consumo”**

**PARTIDA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LOCALIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
OOAD/UMAE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

**NO. DE CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA DE FALLO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA DE INICIO Y TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA DE ENTREGA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SEMANA: | MES: | AÑO: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CLAVE DE PROCEDIMIENTO** | **ID\_BCB** | **NOMBRE DEL BIEN DE CONSUMO BÁSICO** | **CANTIDAD** | **OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS RESPECTO A LA ENTREGA RECEPCIÓN** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

**Anexo T7 “Programa de Capacitación”**

**PARTIDA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LOCALIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
OOAD/UMAE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

**NO. DE CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **HORA** | **EQUIPO/INSTRUMENTAL/BIEN DE CONSUMO (ESPECIFICAR NOMBRE, MARCA, MODELO, NÚM. DE CATALOGO O DE PARTE)** | **TEMA** | **PONENTE** | **MATERIAL DIDÁCTICO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y Firma del Jefe de Servicio, Coordinador Clínico, Ingeniero Biomédico, Jefe de Conservación, Administrador o Director de la Unidad Médica. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y Firma del Responsable del Programa de Capacitación |
|  |  |

**Anexo T7.1 “Lista de asistencia”**

**PARTIDA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LOCALIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
OOAD/UMAE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

**NO. DE CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE DEL EQUIPO/INSTRUMENTAL/BIEN DE CONSUMO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MARCA Y MODELO, NÚM. DE CATALOGO O DE PARTE DEL EQUIPO/INSTRUMENTAL/BIEN DE CONSUMO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TEMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**HORARIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CONTROL DE ASISTENCIA**

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

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y Firma del Jefe de Servicio, Coordinador Clínico, Ingeniero Biomédico, Jefe de Conservación, Administrador o Director de la Unidad Médica. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y Firma del Responsable del Programa de Capacitación |
|  |  |

**Anexo T8 Relación de documentos a evaluar del Licitante**

En la siguiente tabla indicar en qué folio de la propuesta técnica se encuentra el documento solicitado en **“Términos y condiciones”.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NUMERAL CORRESPONDIENTE A "TÉRMINOS Y CONDICIONES"** | **DOCUMENTACIÓN SOLICITADA** | **FOLIO** |
| 1 | **Aviso de funcionamiento.** |  |
| 2 | **Certificado de calidad ISO 9001:2015.** |  |
| 3 | **Escrito** en formato PDF, mediante la cual el licitante se compromete en caso de resultar adjudicado **a cumplir con lo establecido en el “Anexo Técnico”, “Términos y Condiciones” y demás anexos.** |  |
| 6 | **Fecha de fabricación de los Equipos Médicos.** |  |
| 7 | **Cumplimiento normativo.** Escrito en el que manifieste que la empresa, su personal y el servicio ofertado cumplirán, durante la prestación del servicio ofertado, con las Normas Oficiales Mexicanas aplicables listadas en el “Anexo Técnico”. |  |
| 8 | **Alta ante el IMSS del técnico o especialista o personal propuesto para prestar el servicio** |  |
| 9 | **Plan de Trabajo propuesto.** |  |
| 10 | **Currículum individualizado del técnico en sitio y supervisor.** |  |
| 11 | **Certificado de Estudios, Carta de Pasante, Constancia de avance del 100% de créditos (certificar haber cumplido con el plan de estudios), Título o Cédula Profesional de nivel licenciatura o nivel técnico del técnico en sitio propuesto por el Licitante.** |  |
| 12 | **Capacitación y dominio de equipos de oftalmología.** |  |
| 13 | **Participación de discapacitados o empresas que cuenten con trabajadores con discapacidad.** Escrito donde manifieste que la empresa cuenta con trabajadores con discapacidad en una proporción de, al menos, el 5% de la totalidad de su planta de empleados. |  |
| 14 | **Equidad de Género.** Presentar la certificación vigente, que acredite el cumplimiento de la Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015 |  |
| 15 | **MiPyMEs, cooperativas, organismos del sector social de la economía certificados por el Instituto Nacional de la Economía Social.** 1. Escrito donde manifieste la clasificación que guarda la empresa, si es micro, pequeña o mediana. 2. Carta bajo protesta de decir verdad, en la que manifieste la inclusión de MiPyMEs, cooperativas u organismos del sector social de la economía certificados por el Instituto Nacional de la Economía Social dentro de su cadena de valor. |  |
| 16 | **Experiencia del Licitante.** Presentar contratos en los que acredite por lo menos un año de experiencia durante los últimos 5 años (en el periodo 2021 en adelante), en servicios relacionados con la presente contratación**.** |  |
| 17 | **Especialidad del Licitante.** Al menos 1 contrato y máximo 5 contratos de especialidad, que acrediten que haya prestado servicio con características similares a las del SMI para OFT. |  |
| 18 | **Metodología.** |  |
| 19 | **Currículum empresarial y estructura organizacional del Licitante.** |  |
| 20 | **Cumplimiento de contratos.** |  |

Requisitar la información solicitada con respecto a la documentación presentada en su propuesta técnica, y a lo requerido en los numerales correspondientes de “Términos y condiciones”.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **CAPACIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS (TÉCNICO EN SITIO Y SUPERVISOR)** | | | | | | | |  | | **Partida:** | | | | | | | |  | | **No.** | **Nombre (especificar folio de la identificación INE, pasaporte, cédula, etc.)** | **Especificar si es Técnico en sitio/Supervisor** | **Escolaridad (indicar folio de título, cédula o documento que lo avale)** | **Experiencia laboral (folio del Curriculum individualizado)** | **Experiencia laboral (especificar periodos de inicio y término de actividades laborales al menos con mes y año)** | **Años de experiencia del personal (máximo 2 puntos decimales)** | **Dominio de Herramientas (especificar folio del documento que avale)** |  | | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | **Total de años Experiencia Laboral relacionada con el servicio:** | **0** |  |  | | **Partida:** | | | | | | | |  | | **No.** | **Nombre (especificar folio de la identificación INE, pasaporte, cédula, etc.)** | **Especificar si es Técnico en sitio/Supervisor** | **Escolaridad (indicar folio de título, cédula o documento que lo avale)** | **Experiencia laboral (folio del Curriculum individualizado)** | **Experiencia laboral (especificar periodos de inicio y término de actividades laborales al menos con mes y año)** | **Años de experiencia del personal (máximo 2 puntos decimales)** | **Dominio de Herramientas (especificar folio del documento que avale)** |  | | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | **Total de años Experiencia Laboral relacionada con el servicio:** | **0** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **EXPERIENCIA Y ESPECIALIDAD DEL LICITANTE** | | | | | | | | | | | | **No.** | **Instituciones o personas morales**  **(especificar la institución con la cual se formaliza el contrato y folio donde se encuentra)** | **No. De Contrato (indicar el no. De contrato y folio donde se encuentre)** | | **Vigencia (especificar el inicio y termino del contrato y folio donde se encuentre)** | | **Experiencia (especificar los años que dure el contrato con máximo 2 decimales que dure el contrato y folio donde se encuentre la información)** | | **Especialidad (especificar tipo del servicio del contrato y el folio donde se especifique la información)** | | **Cumplimiento (Especificar el tipo de documento, carta de cumplimiento, acta, fianza, factura etc. De cumplimiento y el folio donde se encuentre)** | | 1 |  |  |  | |  | |  | |  | | | 2 |  |  |  | |  | |  | |  | | | 3 |  |  |  | |  | |  | |  | | | 4 |  |  |  | |  | |  | |  | | | 5 |  |  |  | |  | |  | |  | | | **Total** | | | | | **0** | | **0** | | **0** | |   **LICITANTE:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE O APODERADO LEGAL  O POR LA PERSONA FACULTADA DEL LICITANTE |  |  |  |  |  |  |

**Anexo T9 “Notificación de Pena Convencional Aplicable”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OOAD/UMAE: |  | NO. DE CONTRATO: |  |
| UNIDAD MÉDICA: |  | INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL MES DE: |  |

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 Integral de Oftalmología ha identificado el incumplimiento siguiente:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONCEPTO** | **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 DEL RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL ADMINISTRADOR DE CONTRATO COMO ACUSE DE RECIBIDO |

**Anexo T9.1 “Notificación de Deductivas”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OOAD/UMAE: |  | NO. DE CONTRATO: |  |
| UNIDAD MÉDICA: |  | INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL MES DE: |  |

Mediante el presente documento se notifica **al administrador del contrato** de la deducción aplicable.

El cual el proveedor es acreedor toda vez que el Servicio Integral de Oftalmología ha identificado el incumplimiento siguiente:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONCEPTO** | **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 DEL RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL ADMINISTRADOR DE CONTRATO COMO ACUSE DE RECIBIDO |

**Anexo T10 “Reporte Individual De Procedimientos Y Bienes De Consumo Complementarios”**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| OOAD/UMAE: |  | NO. DE CONTRATO: | |  | | |
| UNIDAD MÉDICA: |  | FECHA | DIA: | | MES: | AÑO: |
| PROVEEDOR: |  | NO. DE FOLIO: |  | | | |

**Datos del Paciente:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo: | | |  | | | | Sexo: | | | F | | M |
| NSS (a diez dígitos o posiciones): | | |  | | | |
| 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)\*** | | | | | | | | | | | | |
| No. | Clave del procedimiento | | | Descripción del Bien de Consumo Básico | | Cantidad | | | Precio Unitario | | Importe | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | | |
| **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: | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | ELABORÓ: (Nombre y firma) | | | | | | | |
| **ETIQUETAS** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| \*Los bienes de consumo básicos no utilizados se descuentan de la factura total del procedimiento. | | | | | | | | | | | | |

**Anexo T10.1 “Reporte Mensual de Procedimientos y Bienes de Consumo Utilizados”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| UNIDAD MÉDICA: | | | | | NÚMERO DE CONTRATO: | | |
|  | | | | |  | | |
| PERÍODO: | del al | | | | | | |
| PROVEEDOR: | |  | | | | | |
| **Total de procedimientos realizados por mes** | | | | | | | |
| Clave CPIM | | | Descripción | Cantidad | | Precio Unitario | Importe |
|  | | |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |
| SUBTOTAL | | | | | |  |  |
| IVA | | | | | |  |  |
| TOTAL | | | | | |  |  |
| **Total de Bienes de Consumo Complementarios utilizados por mes** | | | | | | | |
| Clave CPIM | | | Descripción | Cantidad | | Precio Unitario | Importe |
|  | | |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |
| SUBTOTAL | | | | | |  |  |
| IVA | | | | | |  |  |
| TOTAL | | | | | |  |  |
| |  |  | | --- | --- | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Jefe de Servicio, Coordinador Clínico o Director de la Unidad Médica  Nombre y Firma | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Técnico o representante asignado del proveedor  Nombre y Firma | |  | | | | | | | | |

**Anexo T10.2 “Control de Productividad”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FOLIOS** | **CLAVE OOAD/UMAE** | **OOAD/UMAE (NOMBRE)** | **CLAVE PRESUPUESTAL** | **TIPO** | **NÚMERO** | **UNIDAD MÉDICA** | **LOCALIDAD** | **NOMBRE DEL MÉDICO** | **MATRICULA DEL MÉDICO** | **NSS PACIENTE** | **NOMBRE (S) DEL PACIENTE** | **APELLIDO PATERNO DEL PACIENTE** | **APELLIDO MATERNO DEL PACIENTE** | **FECHA DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO** | **CLVSI DEL PROCEDIMIENTO** | **PROCEDIMIENTO** | **CLVSI DEL BCC** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **MES** | **AÑO** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Jefe de Servicio o Director de la Unidad Medica  Nombre y Firma | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Técnico en sitio  Nombre y Firma | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Supervisor de operaciones  Nombre y Firma |
|  |  |  |

**Anexo T11 “Entrega de instalaciones al término de la prestación del servicio”**

PARTIDA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
OOAD/UMAE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

NO. DE CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA EN QUE EL INSTITUTO RECIBE POR PARTE DEL PROVEEDOR SALIENTE EL ÁREA FÍSICA ASIGNADA

DÍA\_\_\_\_\_\_\_\_ MES\_\_\_\_\_\_\_\_ AÑO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se reunieron el Director, Administrador, Coordinador Clínico, Jefe de Servicio, Jefe de Conservación de la unidad médica, Ingeniero Biomédico o Administrador del Contrato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en su carácter de representantes del Instituto y en su calidad de representante del Proveedor el C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con el fin de proceder a la entrega y recepción formal del área física en buenas condiciones así como la información generada durante la prestación del servicio y registrada en el sistema de información, a entera conformidad del Instituto.

RECEPCIÓN DE ÁREA FÍSICA

1.-IDENTIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA EL ÁREA ENTREGADA:

TOMA DE AGUA SI ( ) NO ( ) TOMA ELÉCTRICA SI ( ) NO ( )

2.-ENTREGA DE ESPACIO FÍSICO EN BUENAS CONDICIONES: SI ( ) NO ( )

**COMENTARIOS/OBSERVACIONES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

El(los) licitante(s) adjudicado(s) a la Partida deberá(n) realizar un proceso de borrado seguro de la información en todos aquellos activos que hayan formado parte del servicio.

El (los) licitante(s) adjudicado(s) presentó evidencia del borrador de la información: Sí \_\_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma del Director, Administrador, Coordinador Clínico, Jefe de Servicio, Jefe de Conservación de la unidad médica, Ingeniero Biomédico o Administrador de Contrato | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma del Técnico o Representante del proveedor |

Lugar: Ciudad de México a 14 de enero de 2026.

**Firma de los responsables:**

**POR EL ÁREA TÉCNICO-MÉDICA:**

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