



**PUEBLA**  
Gobierno del Estado  
2 0 2 4 - 2 0 3 0

**Finanzas**  
Secretaría de Planeación,  
Finanzas y Administración

POR **AMOR** A  
**PUEBLA**

**Pensar**  
*en* **Grande**



**SECRETARÍA DE PLANEACIÓN, FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN  
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN  
DIRECCIÓN GENERAL DE ADJUDICACIONES  
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS**



**PUEBLA**  
Gobierno del Estado  
2 0 2 4 - 2 0 3 0

**BASES**

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL**

**GEP-SPFA-LPN-145-214/2025**

**SERVICIO INTEGRAL DE CARDIOLOGÍA PARA EL INSTITUTO  
DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO  
DE PUEBLA**

**JULIO DE 2025**

11 oriente 2224 colonia Azcárate, Puebla, Pue. C.P.72501  
Tel. (222) 2 29 70 00 Ext. 7013 ó 7014





| CALENDARIO                                                                   |                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. FECHA DE PUBLICACIÓN DE LICITACIÓN                                        | 04 DE JULIO DE 2025                                                                            |
| 2. PERIODO DE COMPRA DE BASES                                                | A PARTIR DE LA FECHA DE LA CONVOCATORIA<br>Y HASTA EL 08 DE JULIO DE 2025 A LAS 16:00 HORAS    |
| 3. ENVÍO DE DUDAS                                                            | A PARTIR DE LA FECHA DE CONVOCATORIA<br>HASTA LAS 17:00 HORAS DEL 08 DE JULIO DE 2025          |
| 4. JUNTA DE ACLARACIONES                                                     | EL 11 DE JULIO DE 2025 A LAS 11:00 HORAS<br>SALA DE JUNTAS DE LA CONVOCANTE                    |
| 5. PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN LEGAL Y APERTURA<br>DE PROPUESTAS TÉCNICAS  | EL 17 DE JULIO DE 2025 A LAS 10:00 HORAS<br>SALA DE JUNTAS DE LA CONVOCANTE                    |
| 6. COMUNICACIÓN DE EVALUACIÓN TÉCNICA Y APERTURA DE<br>PROPUESTAS ECONÓMICAS | EL 21 DE JULIO DE 2025 A LAS 12:00 HORAS<br>SALA DE JUNTAS DE LA CONVOCANTE                    |
| 7. COMUNICACIÓN DE FALLO (VÍA CORREO ELECTRÓNICO)                            | A PARTIR DE LAS 13:00 HORAS DEL 22 DE JULIO DE 2025<br>Y HASTA CINCO DÍAS NATURALES SIGUIENTES |

| ÍNDICE                                                                         |                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 1.- DEFINICIONES.                                                              | 14.- FALLO.                                                         |
| 2.- DESCRIPCIÓN GENERAL.                                                       | 15.- DESCALIFICACIÓN DE LOS LICITANTES.                             |
| 3.- PODERES DE REPRESENTACIÓN Y ACREDITACIÓN DE<br>PERSONAS FÍSICAS Y MORALES. | 16.- CRITERIOS DE ADJUDICACIÓN.                                     |
| 4.- ASPECTOS TÉCNICOS.                                                         | 17.- DECLARACIÓN DE LICITACIÓN Y/O PARTIDA DESIERTA O<br>CANCELADA. |
| 5.- ASPECTOS ECONÓMICOS.                                                       | 18.- GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.                                      |
| 6.- ASPECTOS INFORMATIVOS.                                                     | 19.- CONTRATOS.                                                     |
| 7.- GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA.                                         | 20.- LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.                              |
| 8.- PREGUNTAS PREVIAS A LA JUNTA DE ACLARACIONES.                              | 21.- SANCIONES Y PENAS CONVENCIONALES.                              |
| 9.- JUNTA DE ACLARACIONES.                                                     | 22.- PAGO.                                                          |
| 10.- PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN LEGAL Y APERTURA<br>DE PROPUESTAS TÉCNICAS. | 23.- ASPECTOS VARIOS.                                               |
| 11.- EVALUACIÓN TÉCNICA.                                                       | 24.- INCONFORMIDADES.                                               |
| 12.- COMUNICACIÓN DE EVALUACIÓN TÉCNICA.                                       | 25.- AVISO DE PRIVACIDAD.                                           |
| 13.- APERTURA DE PROPUESTAS ECONÓMICAS.                                        |                                                                     |

| ANEXOS                                                                  |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|
| ANEXO A: CARTA MODELO ARTÍCULO 77, ESTATUTOS GENERALES Y ESCRITO PODER. |  |
| CARÁTULA DEL ANEXO B.                                                   |  |
| ANEXO B: FORMATO PROPUESTA TÉCNICA.                                     |  |
| ANEXO B1: FORMATO CURRÍCULUM DEL LICITANTE.                             |  |
| ANEXO C: FORMATO PROPUESTA ECONÓMICA.                                   |  |
| ANEXO D: FORMATO GARANTÍA (FIANZA) DE SERIEDAD DE PROPUESTA.            |  |
| ANEXO E: FORMATO GARANTÍA (FIANZA) DE CUMPLIMIENTO.                     |  |
| ANEXO F: FORMATO ELABORACIÓN DE PREGUNTAS.                              |  |
| ANEXO G: FORMATO CARTA DATOS GENERALES.                                 |  |
| ANEXO H: FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE INICIO DE SERVICIO.                 |  |
| ANEXO I: FORMATO CARTA NO CONFLICTO DE INTERESES                        |  |
| ANEXO 1: ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL SERVICIO.                        |  |
| ANEXO 2: PROCEDIMIENTOS                                                 |  |
| ANEXO 3: EQUIPOS                                                        |  |
| ANEXO 4: INSUMOS                                                        |  |
| MODELO DE CONTRATO.                                                     |  |





En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y del artículo 108 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, en los Artículos 1, 7, 15, 31 fracción II y 33 fracción LXXV, de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla; así como en los Artículos 15 fracción I, 16, 47 fracción IV inciso b), 63, 67 fracción V, 80, 82, 108 y demás relativos de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal y en el Artículo 47 de la Ley de Egresos del Estado de Puebla para el Ejercicio Fiscal 2025, de conformidad con los Artículos 1, 5 VI inciso c), numeral 1. y 69 fracción VIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Planeación, Finanzas y Administración, se emiten las siguientes:

## **BASES PARA LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL**

### **GEP-SPFA-LPN-145-214/2025**

#### **SERVICIO INTEGRAL DE CARDIOLOGÍA PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA**

##### **1.- DEFINICIONES.**

Para los efectos de las presentes bases, se establecen las siguientes definiciones:

**1.1.- ADMINISTRADOR DEL CONTRATO Y CONTRATANTE:** Departamento de Administración de Servicios Subrogados del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla.

**1.2.- BASES:** El presente documento, en conjunto con sus anexos y demás elementos que los lleguen a conformar, mismos que contienen los conceptos, prevenciones, especificaciones, requisitos, motivos de descalificación y requerimientos, sobre los que se regirá la presente Licitación Pública Nacional y que serán aplicados para la adjudicación del o los servicios que se oferten.

**1.3.- CONVOCANTE:** Gobierno del Estado de Puebla, a través de la Dirección de Adquisiciones de Bienes y Servicios de la Dirección General de Adjudicaciones de la Subsecretaría de Administración.

**1.4.- CONVOCATORIA:** La publicación legal hecha en los términos de los Artículos 78 y 79 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, así como las modificaciones que al efecto se hicieren a la misma.

**1.5.- DOMICILIO DE LA CONTRATANTE:** Calle Venustiano Carranza No. 810, Colonia San Baltazar Campeche Puebla, Pue., Código Postal 72550.

**1.6.- DOMICILIO DE LA CONVOCANTE:** Planta Baja del Edificio ubicado en Avenida 11 Oriente, número

2224 en la Colonia Azcárate, C.P. 72501 de la Ciudad de Puebla, Puebla.

**1.7.- FINALIDAD DE LA LICITACIÓN:** La presente Licitación Pública Nacional tiene como objeto atender los requerimientos de la Contratante PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE CARDIOLOGÍA.

**1.8.- LEY:** La Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal vigente.

**1.9.- LICITACIÓN:** La Licitación Pública Nacional GEP-SPFA-LPN-145-214/2025.

**1.10.- LICITANTE:** La persona física o moral que participe en la licitación de conformidad con lo que establecen las presentes bases.

**1.11.- LICITANTE ADJUDICADO:** La persona física o moral que resulte adjudicada conforme al fallo de las presentes bases.

**1.12.- ÓRGANO INTERNO DE CONTROL:** De conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas, es la unidad administrativa a cargo de promover, evaluar y fortalecer el buen funcionamiento del control interno en los entes públicos.

**1.13.- PROVEEDOR:** La persona física o moral que celebre contrato(s) de adquisiciones, con la Contratante como resultado de la presente Licitación.

**1.14.- PROPUESTA:** Proposición legal, técnica o económica que se presenta en esta Licitación conforme a estas bases, para su análisis y valoración en todos sus aspectos.





**1.15.- VERIFICADOR DEL CONTRATO:** Hospital de Especialidades del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla.

#### **INFORMACIÓN GENERAL DE LA LICITACIÓN:**

##### **2.- DESCRIPCIÓN GENERAL.**

**2.1.- SERVICIO INTEGRAL DE CARDIOLOGÍA PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA**, según cantidades, especificaciones y características descritas en el **ANEXO 1** de las presentes bases.

**2.2.-** El carácter de esta licitación es: **NACIONAL.**

**2.3.-** El origen de los recursos es: **PROPIO.**

**2.4.- CONSULTA Y COMPRA DE BASES.**

**2.4.1.- PERIODO PARA ADQUIRIR BASES: DEL 04 DE JULIO AL 08 DE JULIO DE 2025, EN UN HORARIO DE 09:00 A 16:00 HORAS**

**2.4.2.- CONSULTA DE BASES:** Se podrán consultar a través de la página: <http://licitaciones.puebla.gob.mx/>, **DEL 04 DE JULIO AL 08 DE JULIO DE 2025**, en días hábiles y en un horario de **09:00 a 16:00 horas**, también en el domicilio de la contratante hasta las 16:00 horas del 08 de julio.

**2.4.3.- GENERACIÓN DE ORDEN DE COBRO Y PAGO DE BASES:** Para adquirir las bases de la presente licitación deberán efectuar el pago de estas de acuerdo con lo siguiente:

**2.4.3.1.- GENERACIÓN DE ORDEN DE COBRO:** Para poder realizar el pago, se deberá solicitar la generación de la “orden de cobro”, previa presentación del ANEXO G de las bases debidamente llenado y legible, así como, la copia de la Constancia de Situación Fiscal actualizada al año 2025 del licitante y de la identificación oficial con fotografía VIGENTE (credencial del IFE/INE, PASAPORTE, CARTILLA MILITAR O CÉDULA PROFESIONAL) de la persona que realiza el trámite y firma el ANEXO G. Esta orden de cobro se expedirá POR LA CONVOCANTE POR CORREO ELECTRÓNICO o de manera presencial en las oficinas de la convocante **DEL 04 DE JULIO AL 08**

**DE JULIO DE 2025**, en un horario de 9:00 a 16:00 horas.

**2.4.3.1.1.-** Deberán solicitar la generación de la “Orden de Cobro”, AL SIGUIENTE CORREO.

[ordendecobrodabs@puebla.gob.mx](mailto:ordendecobrodabs@puebla.gob.mx)

Por esa vía, se podrá generar la orden de cobro y les será enviada su referencia de pago. Sólo se generará dicha orden DEL 04 DE JULIO AL 08 DE JULIO DE 2025, en un horario de **09:00 a 16:00 horas**.

Queda bajo la responsabilidad de los licitantes confirmar la recepción de su solicitud al teléfono (222) 2 29 70 00 /13/ /14/ ext. 7124.

**2.4.3.2.- PAGO DE BASES:** Una vez obtenida la Orden de Cobro, se deberá pagar el monto establecido en el PUNTO 2.4.4 en los bancos referidos en dicha orden teniendo como fecha límite el periodo señalado en la misma orden.

**2.4.4.- COSTO DE BASES: \$3,535.00 (TRES MIL QUINIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS 00/100 M.N.)** pagaderos en las instituciones bancarias señaladas en la orden de cobro.

**2.4.5.-** Para la consulta, generación de orden de cobro y pago de bases de esta licitación, se deberá respetar el periodo y horarios mencionados en los **PUNTOS 2.4.2., 2.4.3.1. y 2.4.3.2.**

**2.4.6.-** Es requisito indispensable para participar en la presente licitación la adquisición de las bases y en ningún caso el derecho de participación será transferible.

**2.4.6.1.-** Es **OBLIGATORIO** que los licitantes que solicitaron generación de orden de cobro envíen mediante correo electrónico el **COMPROBANTE DE PAGO ANTES DE LA FECHA Y HORA DE JUNTA DE ACLARACIONES**, en caso de no enviarlo, **NO** serán tomados en cuenta para la participación en en dicho evento.

***Se reitera a los licitantes que el trámite de solicitud de Generación de Orden de Cobro para poder efectuar el Pago de Bases debe realizarse a través de la Dirección de Adquisiciones de Bienes y***





**Servicios, de conformidad con lo establecido en el PUNTO 2.4.3.1 de las bases.**

## 2.5.- CONSTANCIA DE NO INHABILITADO

**2.5.1.- No podrán participar** en los procedimientos de adjudicación o contratación que realicen las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, **las personas físicas o jurídicas que no presenten la Constancia de No Inhabilitado de personas físicas y/o jurídicas.** Dicha constancia tendrá una **Vigencia de 30 días naturales** a partir del día de su expedición.

**2.5.2.- La Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno,** previo pago de derechos del servicio y en los casos que resulte procedente, entregará al solicitante la “Constancia de No Inhabilitado de personas físicas y/o jurídicas” a que se refiere el acuerdo respectivo, la cual deberá tramitarse en la Planta Baja del Edificio Sur del Centro Integral de Servicios ubicado en **Vía Atlxycayotl 1101, Col. Reserva Territorial Atlxycayotl, en caso de duda, podrán comunicarse al teléfono: (222) 3-03-46-00 exts. 30134 y 30102** o bien, será expedida en los casos que resulte procedente a través de la página **<https://ventanilladigital.puebla.gob.mx/ventanilla/>** realizando los siguientes pasos:

1. Buscador: “Constancia de no inhabilitado de personas físicas y/o jurídicas para participar en procedimientos de adjudicación.” (clic)
2. Seguir las indicaciones

**2.6.- INTEGRACIÓN DE LAS PROPUESTAS.** El licitante deberá presentar tres (3) sobres o empaques debidamente cerrados, sellados con cinta adhesiva, e identificados con nombre del licitante, número de licitación **GEP-SPFA-LPN-145-214/2025** y número de sobre; en el lugar y fechas establecidas en el **PUNTO 10** de estas bases.

**2.6.1.-** Previo a la apertura de los tres sobres, el licitante deberá presentar **FUERA DE LOS SOBRES la Constancia de No Inhabilitado de Personas Físicas y/o Jurídicas, VIGENTE, con Código QR verificable, para participar en procedimientos de adjudicación o para suscribir contratos de obra pública o servicios realizados con la misma, de adquisiciones, arrendamientos o servicios. En términos del acuerdo de la Secretaría de la**

**Contraloría (actualmente Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno), publicado en el Periódico Oficial del Estado el 13 de abril de 2021, el incumplimiento a lo anterior será causa de descalificación.**

El **PRIMER SOBRE** deberá contener:

### 3.- PODERES DE REPRESENTACIÓN Y ACREDITACIÓN DE PERSONAS FÍSICAS O MORALES.

**3.1.- DOS COPIAS SIMPLES LEGIBLES DE LAS CUALES UNA DEBERÁ ESTAR SELLADA, RUBRICADA, FIRMADA Y FOLIADA EN ORIGINAL CON TINTA AZUL, DEBIENDO PRESENTAR ORIGINALES O COPIAS CERTIFICADAS PARA COTEJO de los siguientes documentos:**

#### 3.1.1.- PERSONA FÍSICA

- Acta de Nacimiento de la persona física que firma la propuesta.
- Constancia de Situación Fiscal actualizada al año 2025 (copia simple legible, si es por vía electrónica, con la liga digital correspondiente).
- Identificación Oficial con fotografía (**INE, PASAPORTE, CARTILLA MILITAR O CÉDULA PROFESIONAL VIGENTE**) de la persona que firma.
- Constancia de No Adeudo relativa al cumplimiento formal de obligaciones y la inexistencia de créditos fiscales expedida por la Secretaría de Planeación, Finanzas y Administración, vigente, con Código QR verificable. De conformidad con el Artículo 31 en el apartado B de Otros Servicios, Fracción II de la Ley de Ingresos del Estado de Puebla para el ejercicio fiscal 2025 y el Artículo 24 E del Código Fiscal del Estado de Puebla.
- Comprobante de domicilio con una antigüedad máxima de 3 meses. En caso de que el comprobante de domicilio no se encuentre a nombre del licitante, deberán presentar original y copia simple legible del contrato de arrendamiento junto con copia legible de las identificaciones de los representantes legales que suscriban el contrato.

#### 3.1.2.- PERSONA MORAL





- Constancia de Situación Fiscal actualizada al año 2025 (copia simple legible, si es por vía electrónica, con la liga digital correspondiente).
- Acta Constitutiva de la Empresa; en caso de que hubiese modificaciones sustantivas a los estatutos, deberán presentar las dos últimas. Resaltando, preferentemente, en qué consiste la modificación. (El objeto social indicado en el acta constitutiva de la empresa, deberá coincidir o estar relacionado con los bienes, motivo de esta Licitación).
- Instrumento Notarial de la persona con poder general para Actos de Administración y/o poder especial para participar en Procedimientos de Adjudicación, con facultades para presentar y firmar propuestas, en tamaño carta.
- Identificación Oficial con fotografía (**IFE/INE, PASAPORTE, CARTILLA MILITAR O CÉDULA PROFESIONAL VIGENTE**) de la persona que firma, conforme al poder.
- Constancia de No Adeudo relativa al cumplimiento formal de obligaciones y la inexistencia de créditos fiscales expedida por la Secretaría de Planeación, Finanzas y Administración, vigente, con Código QR verificable. De conformidad con el Artículo 31 en el apartado B de Otros Servicios, Fracción II de la Ley de Ingresos del Estado de Puebla para el ejercicio fiscal 2025 y el Artículo 24 E del Código Fiscal del Estado de Puebla.
- Comprobante de domicilio con una antigüedad máxima de 3 meses. En caso de que el comprobante de domicilio no se encuentre a nombre del licitante, deberán presentar original y copia simple legible del contrato de arrendamiento junto con copia legible de las identificaciones de los representantes legales que suscriban el contrato.

**3.1.3.-** En caso de que asista un tercero en representación de la persona física o moral, deberá acreditar su personalidad mediante la presentación de una Carta Poder simple Original otorgada por la persona facultada para ello, para acudir en su representación a los eventos de Presentación de Documentación Legal y Apertura de Propuestas Técnicas, Comunicación de Evaluación Técnica, Apertura de Propuestas Económicas y Fallo (anexando originales o copias certificadas para cotejo de las identificaciones oficiales vigentes de quien otorga el poder, de quien lo recibe,

así como de los testigos y copia simple legible de las mismas).

NOTA: La Carta Poder simple podrá presentarse fuera de los sobres e identificarse en cada evento, deberá contener los siguientes elementos:

- ✓ Nombre y firma del otorgante;
- ✓ Nombre y firma de quien recibe el poder;
- ✓ Debe hacer referencia al procedimiento de licitación correspondiente;
- ✓ Manifestando que le otorga poder amplio, cumplido y bastante para asistir, participar e intervenir en los distintos eventos del proceso de licitación, así como presentar los documentos legales, técnicos y propuesta económica; y
- ✓ Nombre y firma de 2 testigos.

**3.2.- Carta original** (de acuerdo con el **ANEXO A**) **dentro del fólder de copias** dirigida a la Convocante, indicando el procedimiento **GEP-SPFA-LPN-145-214/2025**, en hoja membretada, sellada, foliada (numerada) y firmada por el representante legal de la empresa y/o de la persona física, en la que manifieste bajo protesta de decir verdad:

**A) PERSONA FÍSICA**

- Que no me encuentre en alguno de los supuestos del Artículo 77 fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X y XI de la Ley.
- Que conozco en su integridad y manifiesto mi conformidad con todos y cada uno de los puntos y requisitos esenciales establecidos en el presente procedimiento **GEP-SPFA-LPN-145-214/2025**.
- Que sujeto la información proporcionada en la documentación legal, en la propuesta técnica y económica a la evaluación de la Convocante y la Contratante.
- Soy: **MICRO, PEQUEÑA, MEDIANA o GRANDE** empresa. (Especificar el tamaño de empresa), o

**B) PERSONA MORAL**

- Que cuento con facultades suficientes para suscribir a nombre de mi representada la propuesta correspondiente.
- Que el poder con el que acredito mi representación no me ha sido revocado ni limitado en forma alguna.





- Que mi representada no se encuentra en ninguno de los supuestos del Artículo 77 fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X y XI de la Ley.
- Que, a nombre de mi representada, conozco en su integridad y manifiesto mi conformidad con todos y cada uno de los puntos y requisitos esenciales establecidos en el presente procedimiento **GEP-SPFA-LPN-145-214/2025**.
- Que sujeto la información proporcionada en la documentación legal, en la propuesta técnica y económica a la evaluación de la Convocante y la Contratante.
- Manifiesto que mi representada es: **MICRO, PEQUEÑA, MEDIANA o GRANDE** empresa. (Especificar el tamaño de empresa).

**3.3.- La Carta Original de No Conflicto de Interés** se colocará dentro del folder de copias dirigida a la Convocante, en hoja membretada, sellada, foliada y firmada por el representante legal de la empresa y/o de la persona autorizada para ello, de acuerdo con el **Anexo I**.

**3.4.-** Constancia de registro en el Padrón de Proveedores del Gobierno del Estado de Puebla, vigente.

- En caso de que el licitante no se encuentre inscrito o actualizado en el Padrón de Proveedores del Gobierno del Estado, deberá presentar carta en original en hoja membretada del licitante, debidamente sellada, foliada y firmada por el representante legal, dirigida a la convocante y haciendo referencia al presente procedimiento **GEP-SPFA-LPN-145-214/2025**, en la que se compromete en caso de que se le adjudique el contrato, a iniciar los trámites ante la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno, para inscribirse o actualizarse en dicho Padrón y entregar a la contratante la documentación que acredite el inicio de citado trámite.

**3.5.-** Copia simple legible del documento vigente de la Opinión **positiva** respecto del Cumplimiento de sus Obligaciones Fiscales ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT). Lo anterior, de conformidad con lo establecido en el Artículo 32D, regla 2.1.36 de la Resolución Miscelánea Fiscal para 2025, publicada en el Diario Oficial de la Federación. Deberá contener código QR legible que permita su verificación

de autenticidad de acuerdo al formato oficial emitido por el sistema correspondiente.

**3.6.-** Constancia sin adeudo sobre el cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de aportaciones patronales y entero de descuentos expedidos por el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT), en términos del artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación y el acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de junio de 2017. Deberá contener código QR legible que permita su verificación de autenticidad de acuerdo al formato oficial emitido por el sistema correspondiente en materia de aportaciones patronales y entero de descuentos, publicado en el diario oficial de la federación el 28 de junio de 2017. Del bimestre inmediato anterior a la presentación de las propuestas.

**3.7.-** Opinión positiva del Cumplimiento de Obligaciones Fiscales en materia de Seguridad Social, el cual debe contener código QR legible que permita su verificación de autenticidad de acuerdo al formato oficial emitido por el sistema correspondiente; así mismo, de conformidad con el ACUERDO número ACDO.AS2.HCT.270422/107.P.DIR dictado por el H. Consejo Técnico en sesión ordinaria de 27 de abril de 2022, por el que se aprobaron las Reglas de carácter general para la obtención de la Opinión de Cumplimiento de Obligaciones Fiscales en materia de Seguridad Social, el cual deberá estar generada dentro de los 30 días naturales previos a la presentación y apertura de proposiciones.

**3.8.-** Deberán presentar copia simple legible del comprobante de pago de compra de bases del presente procedimiento, acompañado del comprobante fiscal electrónico CFDI.

**Nota:** el comprobante fiscal electrónico podrá ser descargado a través de la página <https://servicios.sfapuebla.gob.mx/ComprobanteDePago>.

#### CONSIDERACIONES GENERALES:

Se solicita a todos los licitantes que la documentación legal, original y copia solicitada según sea el caso, se presente preferentemente señalada (las copias con marca-textos) para su rápida identificación, en un solo sobre o paquete cerrado y sellado con cinta adhesiva, debidamente identificado con el nombre del licitante, número de licitación y la leyenda "Documentación Legal





o Sobre 1", de la cual los originales o copias certificadas estarán en un folder dentro del sobre 1 y las copias simples en tamaño **carta** en folder con broche baco (cada juego de copias en un folder), dentro del mismo sobre o paquete, respetando en ambos casos el orden de presentación. **LA DOCUMENTACIÓN NO DEBERÁ PRESENTARSE ENGRAPADA, NI SELLADA EN ESPACIOS QUE OCUPEN LOS CÓDIGOS BIDIMENSIONALES (QR).**

Únicamente se permitirá presentar fuera del sobre, el original de la Identificación Oficial con fotografía (**IFE/INE, PASAPORTE, CARTILLA MILITAR O CÉDULA PROFESIONAL VIGENTE**) de la persona que asiste o en su caso, carta poder simple junto con identificación oficial (**IFE/INE, PASAPORTE, CARTILLA MILITAR O CÉDULA PROFESIONAL VIGENTE**) de quien otorga poder y quien lo recibe.

En caso de que el licitante no presente la copia simple de algún documento, podrá, de así considerarlo pertinente y bajo su propio riesgo, dejar el documento original para copia y cotejo por parte de la Convocante, pudiendo solicitar su devolución a partir del día hábil posterior a la emisión del fallo y hasta 3 meses posteriores, después de este término los documentos serán enviados al Archivo General.

#### 4.- REQUISITOS TÉCNICOS

El **SEGUNDO SOBRE**, debidamente sellado con cinta adhesiva e identificado con el nombre del licitante, número de licitación y con la leyenda "Propuesta Técnica" o Sobre 2, deberá contener:

Toda la propuesta deberá presentarse en original y copia simple debidamente separados, en diferentes recopiladores de dos argollas, debiendo los dos tantos ser exactamente iguales, tanto en anexos, cartas, etc. y separando los originales de las copias. **LA DOCUMENTACIÓN NO DEBERÁ PRESENTARSE ENGRAPADA.**

##### 4.1.- PROPUESTA TÉCNICA.

**4.1.1.-** La propuesta técnica estará integrada por la **CARÁTULA DEL ANEXO B, ANEXO B, ANEXOS 2, 3 y 4**, así como demás cartas y documentos solicitados en el numeral 4 de las bases. Invariablemente, deberán estar impresos en papel membretado del licitante y presentarse en original y copia simple, indicando el número de la Licitación **GEP-SPFA-LPN-145-214/2025**,

dirigido a la Convocante. En caso de no cumplir con alguno de los requisitos descritos en este párrafo, la propuesta será descalificada. La falta de alguno de los elementos mencionados en este punto será total responsabilidad del licitante.

**4.1.2.-** Aquellos documentos que formen parte de la Propuesta Técnica y que por su misma naturaleza no puedan ser modificados o alterados, se acepta que se presenten en su forma original, con copia simple para su cotejo, copias que deberán estar **foliadas, selladas (para personas morales)** y debidamente **firmadas** por la persona autorizada para ello conforme al poder notarial, **la devolución de los originales o copias certificadas para cotejo será a partir del día hábil posterior a la emisión del fallo y hasta 3 meses posteriores, después de este término los documentos serán enviados al archivo general.**

**4.1.3.-** La **CARÁTULA DEL ANEXO B, ANEXO B, ANEXOS 2, 3 y 4** deberán estar debidamente capturados **en formato Word** (con la información idéntica a la presentada en el documento físico) en 2 dispositivos **USB**, los cuales serán proporcionados por el licitante.

**NOTA:** Al finalizar el evento de presentación de Documentación Legal y Apertura de Propuestas Técnicas, uno de los dispositivos **USB** será devuelto a cada licitante con el acta correspondiente.

**Es importante que el licitante verifique antes de incluir sus dispositivos en el sobre, que éstos no estén sin información, que no contengan virus y los mismos estén identificados con el nombre del licitante, preferentemente, que la información solicitada se encuentre debidamente capturada en formato word, no escaneada, no presentar el formato como imagen, a renglón seguido no dividir la tabla y que no tengan problemas para leerse. Lo anterior con el objeto de que la misma se pueda plasmar en el Acta correspondiente del evento señalado en el PUNTO 10 de estas bases.**

**4.2.-** Todas las características y especificaciones de la partida que se manifiesten en la Propuesta Técnica (**ANEXO B**) deberán basarse invariablemente en lo requerido en el **ANEXO 1**, atendiendo también a lo establecido, en su caso, en la Junta de Aclaraciones; no cumplir con lo anterior será causa de descalificación.

##### 4.3.- PERIODO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:





Será a partir del día natural siguiente a la formalización del contrato y hasta el 31 de diciembre de 2025, en los lugares y horarios que se indican, debiéndose coordinar con el Jefe del Departamento de Administración de Servicios Subrogados, previa cita, al teléfono 5-51-02-00 Ext. 1220.

El presente procedimiento será en la modalidad de contrato abierto, de acuerdo con el Artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, por lo que la Contratante está obligada a contratar el presupuesto mínimo requerido, quedando el presupuesto máximo sujeto a las necesidades y suficiencia presupuestal de la Contratante.

**4.4.- PERIODO DE GARANTÍA:** Durante la vigencia del contrato.

**4.5.-** Los datos anteriores deberán coincidir con la propuesta técnica. **(PUNTOS 4.3 y 4.4) VER ANEXO B.**

**4.6.- REQUISITOS TÉCNICOS QUE COMPLEMENTAN Y CONFORMAN LA PROPUESTA TÉCNICA:** Se deberán anexar a la Propuesta Técnica (tanto en el original como en la copia) dentro del segundo sobre, además del Anexo B y la carátula del Anexo B, lo siguiente:

**4.6.1.-** Currículo en hoja membretada, debidamente firmado por la persona autorizada para ello y sellado, en el que indiquen su experiencia mínima de 1 año en la prestación de servicios iguales o similares al requerido, de acuerdo con el **ANEXO B1.**

**4.6.2.-** Indicar, conforme al **Anexo 3**, para los **numerales 17 y 20** la marca y para los demás numerales la marca (Producto denominado o denominación distintiva que aparece en el Registro Sanitario), modelo y país de procedencia de los bienes ofertados en dicho Anexo. En caso de que no aplique modelo, los licitantes deberán indicar No APLICA. Para el **numeral 20**, la marca y modelo del CPU, monitor, teclado y mouse, deberá ser de la misma marca, no se aceptarán equipos ensamblados, clones o reconstruidos, los equipos deberán ser nuevos de fábrica.

**4.6.2.1.-** Indicar, conforme al **Anexo 4**, la marca (Producto denominado o denominación distintiva que aparece en el registro sanitario), laboratorio fabricante, presentación y país de procedencia de los bienes

ofertados en dicho Anexo. En caso de que no aplique laboratorio, los licitantes deberán indicar NO APLICA.

**4.6.2.2.-** Así mismo los licitantes deberán presentar en su propuesta técnica el **Anexo 2** referenciado en el presente procedimiento, el cual deberá estar debidamente firmado por la persona autorizada para ello.

**4.6.3.-** Relación en formato libre de mínimo tres servicios iguales o similares en características a los servicios que se están solicitando en este procedimiento de contratación, con clientes diferentes, que hayan sido efectuados durante los últimos años, sin exceder de tres, la cual deberá contener: nombre, domicilio y teléfono del cliente, monto del servicio, así como indicar a qué sector fue destinado (público o privado).

Dicha relación, deberá acreditarse con copia simple legible de contratos debidamente formalizados y/o facturas, expedidas a nombre del licitante, de servicios iguales o similares al requerido, los cuales deberán contener: el importe y fecha.

**4.6.4.-** Escrito libre en hoja membretada, debidamente firmado por la persona autorizada para ello y sellado, donde indique un correo electrónico y número telefónico para cualquier aclaración, con atención las 24 horas del día de lunes a domingo durante la vigencia del contrato.

**4.6.5.-** Presentar en formato libre currículo firmado del personal, en el que indique su experiencia mínima de 1 año en la prestación del servicio igual o similar al requerido, del siguiente personal:

a) Para los eventos quirúrgicos:

- Un Médico con especialidad en cardiología Cardiotorácica o Cardiovascular, adjuntando copia simple legible del título y/o cédula profesional de nivel licenciatura y título y cédula profesional de especialidad, así como diploma universitario, diploma del hospital de formación y certificación vigente del Consejo Mexicano de Cardiología.

- Un Médico con especialidad en cardiología Cardiotorácica o Cardiovascular con Subespecialidad en Cardiología Pediátrica, adjuntando copia simple legible del título y/o cédula profesional de nivel licenciatura y título y cédula profesional de especialidad, así como diploma universitario, diploma del hospital de





formación y certificación vigente del Consejo Mexicano de Cardiología.

- Un Médico Anestesiólogo con Especialidad Cardiovascular, adjuntando copia simple legible del título y/o cédula profesional de nivel licenciatura y título y cédula profesional de especialidad, así como diploma universitario, diploma del hospital de formación y certificación vigente del Consejo Mexicano de Cardiología.

- Un Perfusionista, adjuntando copia simple legible del título y/o cédula profesional de nivel licenciatura y título y cédula profesional de especialidad.

- Una Enfermera Especialista o un Técnico o Coordinador de servicio, quien deberá suministrar y entregar los insumos requeridos y asegurar el correcto funcionamiento de los equipos antes de cada procedimiento, para cubrir los eventos necesarios, así mismo deberá realizar la limpieza y puesta en operación de todos los equipos e insumos involucrados, adjuntando copia simple legible del título y/o cédula profesional de nivel licenciatura y título y cédula profesional de especialidad.

b) Para la modalidad de servicio de cardiología para pruebas diagnósticas y gabinete:

- Un Médico con especialidad en cardiología y Electrofisiología, adjuntando copia simple legible del título y/o cédula profesional de nivel licenciatura y título y cédula profesional de especialidad, así como diploma universitario, diploma del hospital de formación y certificación vigente del Consejo Mexicano de Cardiología.

- Un Médico con especialidad en cardiología y Ecocardiografista, adjuntando copia simple legible del título y/o cédula profesional de nivel licenciatura y título y cédula profesional de especialidad, así como diploma universitario, diploma del hospital de formación y certificación vigente del Consejo Mexicano de Cardiología.

- Un Médico con especialidad en cardiología pediátrica certificados en Ecocardiografía, adjuntando copia simple legible del título y/o cédula profesional de nivel licenciatura y título y cédula profesional de especialidad, así como diploma universitario, diploma del hospital de formación y certificación vigente del Consejo Mexicano de Cardiología.

- Dos enfermeras con especialidad en cardiología, adjuntando copia simple legible del título y/o cédula profesional de nivel licenciatura y título y cédula profesional de especialidad.

- Un Técnico en Electrocardiografía, adjuntando copia simple legible del título y/o cédula profesional de nivel licenciatura y título y cédula profesional de especialidad.

- Un Asistente para contestar el teléfono y agende citas, adjuntando dos cartas de recomendación con antigüedad no mayor a 3 meses y copia simple legible de su identificación oficial vigente.

**4.6.6.-** Copia simple legible vigente por ambos lados, al menos del 50%, de los registros sanitarios o modificaciones del registro vigentes, emitido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), en relación a los equipos ofertados, mismos que deberán coincidir con las características solicitadas, con la marca (producto denominado o denominación distintiva que aparece en el Registro Sanitario), modelo, en caso de que aplique, y país de procedencia conforme al **ANEXO 3** excepto **numerales 17 y 20**, así como de los insumos ofertados, mismos que deberán coincidir con las características solicitadas, con la marca (producto denominado o denominación distintiva que aparece en el Registro Sanitario), laboratorio fabricante, en caso de que aplique, presentación y país de procedencia conforme al **ANEXO 4**. Teniendo 30 días hábiles posteriores a la firma del contrato para presentar el 50% restante.

**4.6.6.1.-** En caso de que el registro sanitario o modificación de registro no se encuentre vigente, los licitantes podrán presentar copia simple legible por ambos lados de cualquiera de los siguientes documentos:

a) Prórroga del Registro Sanitario vigente emitida por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), la cual deberá coincidir con las características solicitadas de los equipos del **ANEXO 3** excepto numerales 17 y 20, con la marca (producto denominado o denominación distintiva que aparece en el Registro Sanitario), modelo, en caso de que aplique, y país de procedencia, correspondiente a los equipos, y con las características solicitadas de los insumos del **ANEXO 4**, con la marca (producto denominado o denominación distintiva que aparece en el Registro Sanitario), laboratorio fabricante, en caso de que





aplique, presentación y país de procedencia, correspondiente a los insumos.

b) Solicitud de prórroga completa, la cual deberá coincidir con las características solicitadas, de los equipos del **ANEXO 3** excepto **numerales 17 y 20**, con la marca (producto denominado o denominación distintiva que aparece en el Registro Sanitario), modelo, en caso de que aplique, y país de procedencia, correspondiente a los equipos, y con las características solicitadas de los insumos del **ANEXO 4**, con la marca (producto denominado o denominación distintiva que aparece en el Registro Sanitario), laboratorio fabricante, en caso de que aplique, presentación y país de procedencia, correspondiente a los insumos.

**4.6.6.2.-** En caso de que algún equipo o insumo no maneje registro sanitario, se deberá de presentar:

a) Carta bajo protesta de decir verdad en hoja membretada del licitante, firmada por la persona autorizada para ello, donde manifieste que los equipos o insumos no requieren registro sanitario; o

b) Documento por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) o Secretaría de Salud, en la cual se indique que no se requiere registro sanitario y por ende no requieren de Registro Sanitario, subrayando el equipo o los insumos.

Cada copia de Registro Sanitario vigente, prórroga o carta deberá venir identificado por el número de equipo o de insumos, con marcador rojo preferentemente en la parte superior derecha de dicha copia.

La contratante se reserva el derecho de verificar la autenticidad de la copia de registro sanitario o modificación del registro, así como en su caso el documento de que no se requiere registro de la Secretaría de Salud, debiendo ser fiel y auténtica de la original expedida por ella, en dado caso de que se detecte alguna alteración del registro será motivo de descalificación.

**4.6.7.-** Presentar en su propuesta técnica alguno de los siguientes documentos:

a) En caso de ser fabricante de los bienes ofertados: deberá presentar en original carta en hoja membretada y con firma autógrafa en la que se comprometa a cumplir con el abasto suficiente de los equipos e insumos mencionados en los **ANEXOS 3 y 4**, indicando

el número del procedimiento, marca y/o nombre del fabricante.

b) En caso de ser distribuidor primario de los bienes ofertados: deberá presentar al menos para el 80% de los numerales mencionados en los **ANEXOS 3 y 4**, carta del Fabricante, en original, en hoja membretada y con firma autógrafa, en la que manifieste respaldar la propuesta técnica que se presente por la partida, con la que garantiza el abasto suficiente de los equipos e insumos mencionados en los **ANEXOS 3 y 4**, indicando el número del procedimiento, marca y/o nombre del fabricante. Teniendo 30 días hábiles posteriores a la firma del contrato para presentar el 20% restante.

c) En caso de ser distribuidor secundario de los bienes: deberá presentar al menos para el 80% de los numerales mencionados en los **ANEXOS 3 y 4**, carta del Distribuidor Primario, en original, en hoja membretada y con firma autógrafa, en la que manifieste respaldar la propuesta técnica que se presente por la partida, con la que garantiza el abasto suficiente de los equipos e insumos mencionados en los **ANEXOS 3 y 4**, indicando el número del procedimiento, marca y/o nombre del fabricante, además, deberá adjuntar copia simple del documento emitido por el fabricante, mediante el cual demuestre que el distribuidor primario que emite la carta de respaldo es un distribuidor autorizado por el fabricante. Teniendo 30 días hábiles posteriores a la firma del contrato para presentar el 20% restante.

**4.6.8.-** Carta bajo protesta de decir verdad, en hoja membretada, debidamente firmada por la persona autorizada para ello y sellada, en la que manifiesten que cumplen y se apegan con las siguientes Normas Mexicanas:

a) **NOM-030-SSA3-2013**, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

b) **NOM-016-SSA3-2012**, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

c) **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos





biológico-infecciosos- clasificación y especificaciones de manejo.

d) **NOM-006-SSA3-2011**, Práctica de la anestesiología.

e) **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.

f) **NOM-025-SSA3-2013**, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

**4.6.9.-** Presentar carta bajo protesta de decir verdad, en hoja membretada, debidamente firmada por la persona autorizada para ello y sellada, donde se comprometan, en caso de resultar adjudicado, a lo siguiente:

a) A realizar el servicio en el plazo y lugar señalado por la Contratante.

b) A ser el único responsable de la relación laboral, pago oportuno de sus salarios, deslindando de cualquier responsabilidad a la Contratante y en ningún caso se considera a la Contratante como patrón sustituto o patrón solidario, responsabilizándose así por el personal que participe para la prestación del servicio.

c) A realizar el canje al 100% de los equipos del **Anexo 3** y de los insumos del **Anexo 4**, que presenten vicios ocultos así como de aquellos que resulten dañados por defectos de empaque y/o transportación, que hayan sido entregados a la contratante, ya sea en la Central de Equipos y Esterilización del Hospital de Especialidades o en cualquier almacén o lugar propiedad de la contratante, los cuales le serán devueltos y deberá sustituirlos a entera satisfacción de la contratante, de forma inmediata. Se entiende por vicios ocultos cualquier inconsistencia que no pueda ser apreciada al momento de la recepción de los insumos y equipos.

d) A contar con los equipos indicados en el **ANEXO 3** e insumos indicados en el **ANEXO 4** necesarios en cada procedimiento a realizarse, en el entendido de que los insumos y equipos que oferte cumplirán con los estándares de calidad.

e) A garantizar la disponibilidad de los servicios, insumos y equipos descritos en los **ANEXOS 2, 3 y 4** durante la vigencia del contrato.

f) A apegarse estrictamente a las características y especificaciones técnicas establecidas en la descripción del servicio.

g) A contar con personal calificado, recursos financieros suficientes y equipo requerido de manera inmediata y permanente durante todo el periodo del servicio.

h) A asumir la responsabilidad civil y cualquiera derivada de la relación jurídica generada con la Contratante, que en su caso origine algún daño o perjuicio causado a la Contratante por vicios ocultos, error, dolo, negligencia o mala fe.

i) A presentar los entregables en tiempo y forma de acuerdo con lo solicitado en la descripción del servicio y a entera satisfacción de la Contratante.

j) A no subcontratar los servicios ofertados.

k) A ser responsable de la instalación y transportación de los equipos **Anexo 3** y/o insumos **Anexo 4** así como las maniobras de carga y descarga, sin representar algún costo adicional para la contratante, mismos que permanecerán en resguardo en el Hospital de Especialidades de la contratante, durante la vigencia del contrato.

l) A instalar los equipos para la realización de los procedimientos y pruebas diagnósticas y gabinete, nuevos con tecnología de vanguardia, conforme al **ANEXO 3**, y en los lugares que se le indiquen durante la vigencia del contrato.

m) A proporcionar los servicios, equipos y consumibles descritos en los **ANEXOS 2, 3 y 4**, en resguardo, así como en óptimas condiciones de operación, considerando que los equipos deben ser nuevos.

n) A acondicionar el espacio asignado por la contratante e instalar los equipos necesarios para poder brindar el servicio de cardiología para pruebas diagnósticas y gabinete.

o) A entregar únicamente a la contratante a través de la Subdirección General Médica, los documentos e información de los resultados de los servicios realizados a los pacientes, en un plazo máximo de dos días hábiles, mediante la plataforma que disponga la contratante o por el medio que para que tal efecto se determine.

p) A que cada estudio deberá ser almacenado durante la vigencia del contrato, con nombre, afiliación y folio de solicitud del estudio, los cuales deberán ser entregados





en formato digital (pdf, excel, video) en una usb o disco duro externo al día siguiente natural de concluido la vigencia del contrato.

q) A proporcionar los mantenimientos preventivos y solución a todas las fallas sin costo extra para la contratante a los equipos descritos en el **ANEXO 3**.

r) A recibir al término de la vigencia del contrato, los equipos indicados en el **ANEXO 3** en el estado físico que el desgaste natural propio del uso que se le dio.

s) A responsabilizarse por el resguardo de equipos e insumos descritos en los **ANEXOS 3 y 4** y ubicados en el área facilitada por la contratante.

t) A liberar a la contratante de toda responsabilidad de carácter civil, mercantil, penal o administrativa que en su caso se ocasione con motivo de una infracción de derecho de autor, patentes, marcas y otros derechos de propiedad industrial o intelectual a nivel nacional o internacional.

u) A entregar durante los primeros 5 días hábiles de cada quincena al Departamento de Administración de Servicios Subrogados del contratante listado de servicios y pacientes atendidos que también deberá enviar al correo electrónico [issstep.cga.ssm@hotmail.com](mailto:issstep.cga.ssm@hotmail.com), en formato libre preferentemente en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office que contenga los siguientes datos:

- Número consecutivo
- Número de pase subrogado.
- Nombre de médico solicitante y tratante.
- Nombre del Jefe de División.
- Nombre del derechohabiente y/o beneficiario.
- Afiliación nueva del derechohabiente o y/o beneficiario.
- Servicio otorgado.
- Fecha del servicio
- Cantidad
- Precio Unitario antes de I.V.A.
- Al final del listado indicar: Subtotal, I.V.A., Subtotal Bruto, Retenciones (I.S.R. y 5 al millar) y total a pagar.

v) A entregar durante los primeros 5 días hábiles de cada quincena al Departamento de Administración de Servicios Subrogados;

Para la modalidad del servicio de cardiología para pruebas diagnósticas y gabinete: Pases subrogados

originales con el sello y firma del médico solicitante, Jefe de División y Subdirector Médico del Hospital de Especialidades, así como la firma del derechohabiente y/o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio.

Para la modalidad de procedimientos quirúrgicos: Pases subrogados originales con el sello y firma del médico solicitante, Jefe de División y Subdirector Médico del Hospital de Especialidades, así como la Hoja quirúrgica.

w) A apegarse al Programa de Supervisión de Servicios Integrales y Específicos que para tal efecto establecerá la Contratante.

**4.6.10.-** Presentar carta bajo protesta de decir verdad en hoja membretada, debidamente firmada por la persona autorizada para ello y sellada, donde se comprometan en caso de resultar adjudicado a lo siguiente:

a) A que aceptan y reconocen que toda la información, datos o documentación, que le sea proporcionada por la Contratante, así como aquella a la que llegase a tener acceso, será considerada como confidencial, por lo que se obliga a mantener absoluta discreción y confidencialidad respecto de cualquier tipo de información, datos o documentación, así como a obligar a sus trabajadores y/o empleados, a mantener en los mismos términos de discreción tales aspectos confidenciales y a no divulgar a terceros la información, datos o documentación a los que pudieran llegar a tener acceso durante o con posterioridad al desarrollo y ejecución de los servicios objeto de la presente adjudicación y a la vigencia de la misma.

b) A que el manejo de la información confidencial incluye, de manera enunciativa más no limitativa, lo siguiente:

I. La obligación de no divulgar la información confidencial a terceras personas sin el consentimiento por escrito de la Contratante;

II. La obligación de no usar la información confidencial para beneficio propio o de terceras personas, debiendo el adjudicado utilizarla exclusivamente con el propósito de cumplir con el servicio encomendado, y

III. La obligación de no llevar a cabo ninguna acción que pueda llegar a comprometer o poner en riesgo la





información, datos o documentación, que le sea proporcionada por los trabajadores o por la Contratante.

Para efectos de la presente carta, se considerará como información confidencial, toda aquella documentación e información de carácter industrial, comercial, operativa, contable, legal, financiera, corporativa, de mercadotecnia, de ventas, métodos, procesos, formas de distribución, comercialización, fórmulas, técnicas, productos, maquinarias, mejoras, diseños, descubrimientos, estudios, compilaciones, programas de software, hardware, folletos, gráficas o cualquier otro tipo de información, propiedad de la Contratante a la que tenga acceso el adjudicado; misma que podrá constar en documentos, fórmulas, cintas magnéticas, documentos impresos, medios electrónicos de cualquier tipo, programas de computadora, disquetes, discos magnéticos, películas o cualquier otro material o instrumentos similares que retengan información técnica, financiera, de mercadotecnia, de análisis, compilaciones, estudios, gráficas, información contable, legal o de cualquier otro tipo.

#### 4.7.- INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

La Propuesta Técnica deberá presentarse dentro del segundo sobre de la siguiente manera:

- a) Se deberá presentar la propuesta Técnica en 2 recopiladores (registradores de cartón marmoleado clásico) de dos argollas, un juego en original firmado en tinta azul por la persona facultada para ello y otro juego en copia simple. De igual forma, se solicita **NO** presentar hojas sueltas y/o engrapadas, engargoladas o en fólder con broche.
- b) La información contenida en el juego en original y el de copia, deberá ser idéntica.
- c) Se solicita que la documentación venga organizada de acuerdo con el orden de los puntos señalados en las presentes bases, debiendo incluir separadores o pestañas.
- d) Cada uno de los documentos que integren la Propuesta Técnica deberán estar **debidamente foliados, sellados (obligatorio para personas morales) y con rubrica al margen en todas y cada una de las hojas**, además, la última hoja de cada documento deberá incluir el **nombre y firma** del licitante o de su representante legal conforme al poder notarial, tanto en el original como en la copia, el licitante deberá considerar que la falta de alguno de los elementos mencionados en este punto, será total responsabilidad

del mismo; incluyendo toda la documentación anexa; ejemplo: cartas, permisos, etc., que se les haya solicitado.

e) Los documentos que se anexen y no hayan sido solicitados en las presentes bases, no serán considerados para la evaluación técnica.

f) Todos los documentos y requisitos solicitados en los aspectos técnicos deberán estar debidamente sellados y foliados, si carecen de ello, no será responsabilidad de la Convocante, por lo que el licitante deberá revisar su información y documentación.

### 5.-REQUISITOS ECONÓMICOS

El **TERCER SOBRE**, debidamente sellado con cinta adhesiva e identificado con nombre del licitante, número de licitación y con la leyenda "Propuesta Económica" o Sobre 3, deberá contener:

#### 5.1.- PROPUESTA ECONÓMICA.

**5.1.1.-** La propuesta económica **ANEXO C**, así como todos los demás documentos solicitados que se anexen a la misma, deberán presentarse en fólder tamaño carta con broche para archivo, estar impresos en papel membretado original del licitante, dirigida a la Convocante, indicando el número de la presente Licitación **GEP-SPFA-LPN-145-214/2025**, debiendo contener **folio, sello (para personas morales) y rubrica al margen en todas y cada una de las hojas**, además, la última hoja de cada documento deberá incluir el **nombre y firma** del licitante o de su representante legal conforme al poder notarial. La falta de alguno de los elementos mencionados en este punto será total responsabilidad del licitante. **LA DOCUMENTACIÓN NO DEBERÁ PRESENTARSE ENGRAPADA.**

La propuesta económica del licitante o sobre 3, deberá contener 2 dispositivos **USB** con el **ANEXO C** grabado en formato **EXCEL**, mismos que serán proporcionados por el licitante.

**NOTA:** Al finalizar el evento de apertura de propuestas económicas uno de los dispositivos **USB** será devuelto a cada licitante con el acta correspondiente en PDF.

**5.1.2.-** Los precios deberán presentarse en moneda nacional, con 2 decimales como máximo. Adicionalmente, se deberá anexar la leyenda "**Los precios serán firmes hasta la total prestación del**





## **servicio o terminación del contrato”.**

**5.1.3.-** La propuesta económica no deberá presentar raspaduras, enmendaduras o correcciones en la misma.

**5.1.4.-** En caso de existir descuentos se deberán incluir en el precio unitario.

**5.1.5.-** En caso de que existan errores aritméticos éstos serán rectificadas, prevaleciendo invariablemente el precio unitario. Si el Licitante, en uno u otro caso, no acepta la corrección, su propuesta será rechazada.

**5.1.6.-** Se solicita que, los precios presentados se protejan con cinta adhesiva preferentemente.

**Es importante que el licitante verifique antes de incluir sus dispositivos en el sobre, que los mismos no estén sin información, que no contengan virus, que contengan el nombre del licitante, número de licitación y la mención de “Propuesta Económica”, que la información solicitada se encuentre debidamente capturada en formato excel, no escaneada, a renglón seguido y que no tenga problema para leerse, ni que contengan virus. Lo anterior, con el objeto de que la misma se pueda plasmar en el acta correspondiente del evento señalado en el PUNTO 13 de estas bases. (No incluir imágenes).**

**5.1.7.-** Garantía de seriedad conforme al **PUNTO 7** de estas bases.

**5.1.8.-** Copia simple legible de la declaración anual 2024, en la que se advierta que tienen ingresos, las últimas 2 declaraciones provisionales 2025 (ISR e IVA) del mes inmediato anterior a la presentación de la propuesta, con su respectivo acuse de recibido del SAT con sello o liga digital correspondiente y comprobante de pago (anual y provisionales).

## **6.- ASPECTOS INFORMATIVOS**

**6.1.-** Se informa a los licitantes que toda la documentación que integre sus propuestas, legal, técnica y económica deberá ser presentada en español, o en su caso, con traducción simple al español, el no hacerlo será motivo de descalificación.

**6.2.-** No se aceptará participación conjunta ya que se requiere que un solo licitante presente las garantías solicitadas.

**6.3.-** La contratante una vez acordado con el licitante adjudicado, podrá modificar los estudios y/o servicios adjudicados detallados en las partidas del presente procedimiento, pudiendo aumentar o reducirlos, ya sea por necesidades o por restricciones presupuestales y a petición de estas.

## **7.- GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA.**

**7.1.-** De conformidad con el Artículo 126 fracción I de la Ley, los licitantes deberán garantizar la seriedad de sus propuestas, mediante:

**7.1.1.-** En el caso de **Cheque** este deberá ser cruzado el cual deberá contener la leyenda **“No negociable”**, a favor del Gobierno del Estado de Puebla.

En caso de presentar cheque cruzado este no deberá contener otra leyenda diversa a “No negociable”, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 178 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.

En caso de exhibir cheque cruzado, éste deberá presentarse dentro de una mica o sobre, (no enmicado) por lo que no se aceptarán cheques engrapados o pegados en hojas blancas.

**7.2.-** En caso de que los licitantes, para garantizar sus propuestas, decidan otorgar póliza de fianza, ésta deberá ser expedida por afianzadora autorizada conforme a la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y su redacción será conforme al **ANEXO D**.

**7.2.1.-** Para el caso de las **Pólizas de Fianza**, se deberá incluir una leyenda en el cuerpo de dicho instrumento, en la que se aclare que esa póliza se expide a favor del **Gobierno del Estado de Puebla, a través de la Secretaría de Planeación, Finanzas y Administración**.

En todos los casos será por un importe equivalente al 10% (diez por ciento) del monto total ofertado **a cantidades máximas** sin incluir el IVA.

**7.3.-** La garantía se exige para cubrir al Gobierno del Estado de Puebla contra el riesgo de incumplimiento por parte de los licitantes en los siguientes casos:

**a)** Si el (los) licitante(s) retira(n) su oferta.

**b)** Si el (los) licitante(s) al (los) que se le(s) adjudicó el contrato derivado de esta licitación, no firma(n) el mismo





de conformidad con los plazos establecidos en estas bases; esto último en relación con el Artículo 105 de la Ley.

En cualquiera de estos casos, la garantía de seriedad se aplicará en beneficio del Gobierno del Estado de Puebla, como indemnización por los daños y perjuicios ocasionados. Esta garantía deberá presentarse dentro del tercer sobre.

**7.4.-** No se aceptarán garantías con enmendaduras, tachaduras, rotas o perforadas. Ni cheques de cuentas de persona distinta al licitante. El presentarlas de estas maneras será causa de descalificación.

**7.5.-** Esta garantía se devolverá a los licitantes que no hayan resultado adjudicados, a partir del día hábil siguiente a la notificación del fallo.

**7.6.-** Por lo que respecta al licitante adjudicado, le será devuelta una vez que presente la garantía de cumplimiento respectiva, debidamente sellada de recibido por la Contratante.

**7.7.-** El horario para recoger dichas garantías será de lunes a viernes de **10:00 a 15:00 horas** en las oficinas de la Convocante, presentando el recibo, su solicitud respectiva y copia de identificación de la persona que recibirá la garantía.

**7.8.-** La Convocante conservará en custodia las garantías de seriedad que sean otorgadas por este concepto, hasta la fecha de notificación del fallo.

La devolución de las garantías de seriedad a los licitantes se realizará previa solicitud por escrito de los mismos, en un **periodo máximo de seis meses** posteriores a la comunicación del fallo de esta licitación, después de este plazo, las garantías serán consideradas como canceladas y resguardadas en el Archivo General.

## **EVENTOS DE LA LICITACIÓN:**

### **8.- PREGUNTAS PREVIAS A LA JUNTA DE ACLARACIONES.**

**8.1.-** Las dudas referentes a las especificaciones descritas, puntos de las bases y requisitos para los licitantes, serán recibidas en horario y días señalados en el **PUNTO 3** del calendario establecido al inicio de las presentes bases, mismas que **invariablemente**

deberán ser enviadas en el formato identificado como **ANEXO F** (no escaneado y en formato **WORD**), a través del correo electrónico que a continuación se señala (se deberá indicar en el asunto del correo la leyenda "**PREGUNTAS GEP-SPFA-LPN-145-214/2025 (NOMBRE DEL LICITANTE)**") debiendo enviar de forma legible escaneado el comprobante de pago de Bases respectivo, por el mismo medio:

[juntadeaclaraciones@puebla.gob.mx](mailto:juntadeaclaraciones@puebla.gob.mx)  
[miguel.reyes@puebla.gob.mx](mailto:miguel.reyes@puebla.gob.mx)

**QUEDA BAJO LA MÁS Estricta RESPONSABILIDAD DE LOS LICITANTES, LLAMAR AL TELÉFONO (222) 2 29 70 00 /13/ /14/ EXT. 7124 PARA CONFIRMAR QUE SUS PREGUNTAS HAYAN SIDO RECIBIDAS, PREVIO A LA REALIZACIÓN DEL ACTO DE JUNTA DE ACLARACIONES.**

**8.2.-** Lo anterior, con el fin de que la Convocante y la Contratante se encuentren en posibilidad de analizar, responder y dar lectura a las respuestas de las dudas planteadas en tiempo y forma en el evento de Junta de Aclaraciones. En caso de no enviarlas al correo antes mencionado, en el formato correspondiente, y dentro del término señalado anteriormente, la Convocante **NO LAS CONSIDERARÁ PARA EL EVENTO DE JUNTA DE ACLARACIONES.**

**8.3.-** Las preguntas serán aceptadas únicamente a través del correo electrónico antes mencionado y dentro de la hora prevista. Solo serán contestadas las preguntas de carácter técnico, legal y económico previamente presentadas, reservándose la Convocante el derecho de resumirlas en caso de que éstas contengan comentarios adicionales.

**8.4.-** Las preguntas de los licitantes deberán realizarse precisando a que punto de las bases o del **ANEXO 1 o anexos** se refieren.

**8.5.-** No se tomarán en cuenta las preguntas de aquellos participantes que no hayan enviado su comprobante de pago de Bases.

### **9.- JUNTA DE ACLARACIONES.**

**9.1.- FECHA, HORA Y LUGAR.** – Se realizará conforme a lo dispuesto en el **PUNTO 4**, del calendario establecido al inicio de estas bases.





**9.2.-** Uno de los representantes de la Convocante dará lectura a las respuestas de las preguntas que los licitantes hayan presentado previo a este evento por escrito en los términos señalados en el **PUNTO 8** de estas bases.

**9.2.1.-** En caso de que alguna de las respuestas emitidas no haya sido precisada con claridad, los licitantes podrán solicitar clarificar la respuesta, tomando en cuenta que, únicamente podrán hacerlo sobre las respuestas relacionadas con alguna de sus preguntas previamente realizadas en los términos señalados en el **PUNTO 8** de las bases. Los licitantes no podrán repreguntar por respuestas de preguntas realizadas por otros participantes; de no tomarse en cuenta lo anterior la Contratante y Convocante no se manifestarán al respecto.

**9.3.-** Los representantes de la Convocante y de la Contratante, así como los licitantes asistentes, firmarán el acta en la cual se encuentran asentadas las aclaraciones a las dudas presentadas y se entregará el acta en medio electrónico. La omisión de firmas por parte de algún asistente no invalidará el contenido y efectos de dicha acta.

**9.4.-** Todo lo que se establezca en el acta de Junta de Aclaraciones, será parte integrante de las bases de la presente licitación, de conformidad al Artículo 81 fracción II de la Ley, por lo que los cambios realizados deberán considerarse para la presentación de las propuestas. El no cumplir con lo anterior será causa de descalificación.

**9.5.-** Toda vez que, la presencia del licitante no es requisito indispensable para participar en este evento, su inasistencia queda bajo su más estricta consideración, tomando en cuenta que estará de acuerdo con las aclaraciones realizadas en la misma y que la Convocante se libera de cualquier responsabilidad en relación a que el licitante interesado carezca de alguna información.

La falta de alguna pregunta no invalidará el contenido y efecto del acta.

**LOS LICITANTES DEBERÁN PRESENTAR MEMORIA USB PARA QUE SE LES PROPORCIONE EN ARCHIVO DIGITAL PDF EL ACTA DEL EVENTO.**

## **10.- PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN LEGAL Y APERTURA DE PROPUESTAS TÉCNICAS.**

**10.1.- FECHA, HORA Y LUGAR.** - Se realizará conforme a lo dispuesto en el **PUNTO 5** del calendario establecido al inicio de estas bases. El **registro** se llevará a cabo **20 minutos antes de esa hora**.

Tomando como base la hora que marca el reloj del recinto mencionado, se cerrarán las puertas del mismo a la hora señalada en el punto 5, no permitiéndose el ingreso a documentación o licitante alguno, quedando descalificado automáticamente y sin responsabilidad alguna para la Convocante.

Para este evento solo podrá ingresar una persona por licitante o su representante debidamente acreditado.

**10.2.-** Los licitantes que adquirieron bases y se hayan inscrito, pero, que no estén presentes al iniciar este acto, quedarán automáticamente descalificados.

### **DESARROLLO DEL EVENTO:**

**10.3.-** Declaración oficial del evento de Presentación de Documentación Legal y Apertura de Propuestas Técnicas por parte del Representante de la Convocante.

**10.4.-** Presentación de los representantes de la Convocante, el Órgano Interno de Control y representantes de la Contratante.

**10.5.-** Se pasará lista de asistencia de los licitantes quienes deberán presentar, a través de sus representantes debidamente acreditados los **TRES SOBRES IDENTIFICADOS, CERRADOS Y SELLADOS CON CINTA ADHESIVA**, conforme a lo señalado en los **PUNTOS 3, 4 y 5** de estas bases.

**10.6.-** Previo a la apertura de los tres sobres, el licitante deberá presentar fuera de los sobres la **Constancia de No Inhabilitado vigente, con código QR verificable, para participar en procedimientos de adjudicación, el no hacerlo será motivo de descalificación.**

**10.7.-** Con fundamento en el Artículo 85 fracción II de la Ley, se procederá a la apertura del primer sobre, con la documentación legal de cada licitante, que debe contener los originales o copias certificadas y copias





simples de la documentación solicitada, mismas que se cotejarán en el momento. Los originales o copias certificadas serán devueltos a los licitantes, excepto lo solicitado en el **ANEXO A**. Las copias simples se quedarán invariablemente en poder de la Convocante.

En caso de que algún licitante quede descalificado por no presentar uno o varios de los documentos legales solicitados en el **PUNTO 3** de las presentes bases, se le hará entrega inmediatamente de los dos sobres que contienen la propuesta técnica, así como la económica, quedando bajo su elección el abandonar el recinto o permanecer hasta la conclusión del evento.

**10.8.-** En caso de que la documentación presentada se encuentre completa, se procederá a abrir el segundo sobre de cada licitante, el cual debe contener lo solicitado en el **PUNTO 4** de estas bases.

**10.9.-** La **CARÁTULA DEL ANEXO B** será rubricada por los asistentes.

**10.10.-** Se levantará acta circunstanciada del evento de Presentación de Documentación Legal y Apertura de Propuestas Técnicas, asentando los motivos de la descalificación de aquellos licitantes que no se encuentren presentes o hubiesen omitido cualquiera de los requisitos a que se refieren los **PUNTOS 3 y 4** de las presentes bases, las propuestas recibidas y las observaciones respectivas de los licitantes aceptados.

**10.11.-** La omisión de firmas por parte de algún asistente no invalidará el contenido y efectos del acta.

**10.12.-** El tercer sobre de cada licitante, cerrado y sellado con cinta adhesiva, que debe contener la propuesta económica y la garantía de seriedad de propuestas, será debidamente firmado por los asistentes, quedando los mismos en custodia de la Convocante hasta el día del evento de la Apertura de Propuestas Económicas.

**10.13.-** Si se da el caso, en el que algún licitante haya comprado bases y no presente alguno o ninguno de los sobres solicitados, se le dará acceso al evento, pero sin voz y quedará automáticamente descalificado, situación que será asentada en el acta correspondiente.

#### **11.- EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA.**

La Convocante realizará la evaluación de las propuestas técnicas recibidas y emitirá el dictamen

técnico respectivo, pudiéndose apoyar en la Contratante, mismo que se dará a conocer en el evento señalado en el **PUNTO 12** de estas bases.

#### **CRITERIOS QUE SE APLICARÁN PARA LA EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS:**

**11.1.-** Se evaluará que la descripción técnica ofertada por el licitante corresponda invariablemente con lo solicitado en el **ANEXO 1**, así como los documentos solicitados en el **PUNTO 4.6**, ambos de las presentes bases.

**11.2.-** La evaluación de las propuestas técnicas se realizará comparando:

- a) Todo lo solicitado en estas bases.
- b) Cartas, Anexos, etc. y
- c) Demás requisitos que se establezcan en la Junta de Aclaraciones.

El no cumplir con lo anterior será causa de descalificación

#### **12.- COMUNICACIÓN DE EVALUACIÓN TÉCNICA.**

**12.1.- FECHA, HORA Y LUGAR.** – Se llevará a cabo conforme a lo dispuesto en el **PUNTO 6** del calendario establecido de estas bases.

**12.2.-** La Convocante procederá a informar el resultado de la evaluación de las propuestas técnicas, de cada licitante, según dictamen emitido.

**12.3.-** Con relación a las propuestas técnicas descalificadas, en ese momento será devuelto el tercer sobre al o los licitantes correspondientes.

**12.4.-** Si la propuesta técnica es rechazada y el licitante no asiste a este evento, el tercer sobre cerrado y sellado, quedará en poder de la Convocante, hasta en tanto el licitante acuda a solicitarlo, mediante escrito firmado por la persona autorizada para ello, en un plazo máximo de seis meses posteriores a la comunicación del fallo de esta licitación, después de este plazo, será considerada como cancelada y resguardada en el Archivo General. Una vez firmada el acta correspondiente a esta Comunicación de Evaluación Técnica, por los asistentes en el entendido que la falta de alguna firma no invalidará el acta se procederá con:





### 13.- APERTURA DE PROPUESTAS ECONÓMICAS.

#### DESARROLLO DEL EVENTO:

**13.1.-** Declaración oficial del evento de Apertura de Propuestas Económicas por el Representante de la Convocante.

**13.2.-** Se pasará lista de asistencia de los licitantes cuyas propuestas técnicas fueron aceptadas.

**13.3.-** En el caso de las propuestas aceptadas, se procederá a la apertura del tercer sobre y una vez verificada la garantía de seriedad, se dará lectura en voz alta a la propuesta económica.

**13.4.-** Cuando algún licitante no asista a este evento y su propuesta técnica sea aceptada, el tercer sobre que debe contener la propuesta económica, así como la garantía solicitada, será abierto por el representante de la Convocante y se procederá a dar lectura a la misma.

**13.5.-** Las propuestas económicas **ANEXO C** serán rubricadas por los asistentes.

**13.6.-** Se levantará acta circunstanciada del evento asentando los importes unitarios y totales de todas y cada una de las propuestas económicas aceptadas y las observaciones respectivas, firmando los asistentes y entregando copia a los mismos.

**13.7.-** Para los fines de la evaluación económica, en caso de error aritmético, prevalecerán los precios unitarios. Cuando se presente un error de cálculo en las propuestas presentadas, solo habrá lugar a su rectificación por parte de la Convocante, cuando la corrección no implique la modificación de precios unitarios. En caso de diferencias entre lo plasmado en papel físico (firmado por la persona autorizada para ello) y lo presentado en medio digital, invariablemente prevalecerá lo plasmado en papel físico.

**NO ES OBLIGATORIA LA PRESENCIA DE LOS LICITANTES, Y LA FALTA DE ALGUNA FIRMA NO INVALIDARÁ EL ACTA DEL EVENTO.**

**13.8.-** La Convocante podrá negociar a la baja los precios contenidos en las propuestas económicas de los licitantes, cuando exista el riesgo de declararse desierto el procedimiento, siempre y cuando se haga del conocimiento de todos los licitantes presentes en el

evento de la apertura de propuestas; lo anterior de conformidad con la fracción III del Artículo 81 de la Ley.

**13.9.-** Si se da el caso de negociación, la Convocante levantará el acta respectiva donde se asentará el resultado de este hecho.

**13.10.-** La convocante conservará en custodia las garantías de seriedad de propuestas, hasta la fecha del fallo, en la que se devolverán a los licitantes a partir del día hábil siguiente al mismo; salvo la de aquél a quien se hubiere adjudicado el contrato, la que se retendrá hasta el momento en que el proveedor constituya la garantía de cumplimiento del contrato correspondiente y acredite haberla presentado al área contratante.

**NOTA** Al finalizar el evento de apertura de propuestas económicas uno de los dispositivos **USB** será devuelto a cada licitante con el acta correspondiente en PDF.

### 14.- FALLO.

**14.1.-** La Convocante, con fundamento en lo dispuesto en los Artículos 88 y 90 de la Ley, comunicará vía correo electrónico (el establecido por el licitante en el **ANEXO G** y/o el asentado en los listados de asistencia a los diversos eventos que conforman la presente licitación), el acta de fallo a los licitantes participantes cuyas propuestas fueron susceptibles de evaluarse técnicamente, a partir del plazo señalado en el **PUNTO 7** del calendario establecido al inicio de estas bases **Y HASTA CINCO DÍAS NATURALES SIGUIENTES AL MISMO.**

**14.2.-** Una vez que el Acta de Fallo es enviada, es responsabilidad del licitante adjudicado confirmar la recepción de esta, de no hacerlo, se da por entendido que fue recibida y comunicada para cualquier efecto.

### 15.- DESCALIFICACIÓN DE LOS LICITANTES

Será motivo de descalificación a los licitantes que incurran en uno o más de los siguientes supuestos:

**15.1.-** Por no estar presentes al iniciar el evento de Presentación de Documentación Legal y Apertura de Propuestas Técnicas.

**15.1.1.-** Por no presentar fuera del sobre respectivo la **Constancia de No Inhabilitado vigente, con código QR verificable, para participar en procedimientos de**





**adjudicación, conforme a lo establecido en el apartado 2.5 de las bases.**

**15.2.-** Si no presenta o no cumple con todos y cada uno de los requisitos solicitados en las bases de la presente licitación, de conformidad a lo señalado en el Artículo 80 fracción VII de la Ley, ya que todos los requisitos solicitados son esenciales.

**15.3.-** Si la propuesta técnica, económica y demás documentos solicitados no se presentan en hojas membretadas originales del licitante, dirigidas a la Convocante, indicando número de licitación, selladas (**obligatorio para personas morales**), rubricadas y en la última hoja el nombre y firma del representante legal conforme a poder notarial.

**15.4.-** Si se comprueba que algún licitante ha acordado con otro u otros elevar los precios del servicio, o cualquier otro acuerdo que tenga como fin obtener una ventaja sobre los demás licitantes.

**15.5.-** Si no presenta la garantía solicitada en el **PUNTO 7** de estas bases dentro del tercer sobre o cuando el valor de la garantía de seriedad de propuestas sea inferior al 10% (diez por ciento) del monto total de la oferta sin incluir el I.V.A. (según sea el caso), o si esta garantía no se encuentra debidamente requisitada.

**15.6.-** Cuando se compruebe que algún licitante se encuentre dentro de los supuestos que marca el Artículo 77 de la Ley.

**15.7.-** Si no presenta original y copia de la propuesta o si esta última estuviera incompleta.

**15.8.-** Si su propuesta no indica el periodo de prestación del servicio o periodo de garantía o si éstos no se ajustan a los establecidos en estas bases o en Junta de Aclaraciones.

**15.9.-** Si en la propuesta ya sea legal, técnica o económica, existe información que se contraponga, o resulte ambigua y confusa para realizar la evaluación correspondiente.

**15.10.-** En caso de que la carta solicitada en el **PUNTO 3.2** se presente con alguna restricción o salvedad.

**15.11.-** Cualquier punto o concepto adicional no solicitado en las bases, que sea presentado en la

propuesta técnica o económica y que afecte a los intereses del Gobierno del Estado de Puebla.

**15.12.-** Si se demuestra que el licitante utiliza o ha utilizado documentación no auténtica, falsa, apócrifa o declarado falsamente en este o cualquier otro procedimiento de adjudicación previsto por la Ley en el que se encuentre participando, cualquiera que sea el estado del procedimiento en cuestión.

**15.13.-** La inclusión de elementos en cualquiera de las propuestas técnica, económica e incluso en la documentación legal, que implique el otorgamiento de servicios en condiciones inferiores a las establecidas por las bases y eventualmente modificadas por la Junta de Aclaraciones, toda vez que lo anterior representa una negociación indirecta de las Bases, de conformidad con lo establecido en los Artículos 79 fracción V y 80 fracción X de la Ley de la materia expresamente establecen que el contenido de las bases no es negociable.

**15.14.-** En aquellos casos en que la inclusión sea de elementos que impliquen condiciones superiores a las establecidas, se estará a lo que al efecto determine la Contratante, previo análisis de la conveniencia de la aceptación de dichas condiciones, por lo que de determinarse que no son convenientes, será procedente la descalificación.

**15.15.-** Por no cumplir con la descripción completa y detallada del servicio en su **propuesta técnica** conforme al **ANEXO 1** de estas bases, así como por no considerar los cambios derivados de la junta de aclaraciones.

**15.16.-** Por no presentar **CARÁTULA DEL ANEXO B, ANEXOS B y C**, debidamente requisitados, o bien la información requerida no coincida conforme a lo solicitado en el **ANEXO 1** o bien, si éste no se presenta en los formatos indicados en estas bases.

**15.17.-** Si en el evento señalado en el **PUNTO 10** de estas bases, no presenta alguno de los 3 sobres requeridos.

**15.18.-** Por no aplicar en sus propuestas, los cambios derivados de la Junta de Aclaraciones.

**15.19.-** Por no presentar o por no cumplir con algún requisito legal solicitado en el **PUNTO 3** de las presentes bases.





**15.20.-** Por no presentar o por no cumplir con algún requisito técnico solicitado en el **PUNTO 4** de las presentes bases.

**15.21.-** Por no presentar o por no cumplir con algún requisito económico solicitado en el **PUNTO 5** de las presentes bases.

**15.22.-** Por presentar en propuestas legal, técnica y económica documentación no legible.

**15.23.-** Por no indicar en su propuesta técnica lo solicitado en los **PUNTOS 4.6.2, 4.6.2.1 y 4.6.2.2** de las presentes bases.

**15.24.-** Por presentar documentación en inglés u otro idioma sin adjuntar traducción simple al español.

**15.25.-** Por presentar dos o más propuestas técnicas o económicas por partida.

**15.26.-** Por no presentar las propuestas legales, técnicas y económicas originales con firma autógrafa del licitante o la persona autorizada para ello.

**15.27.-** Por que su propuesta económica rebase el presupuesto autorizado.

#### **16.- CRITERIOS DE ADJUDICACIÓN.**

**16.1.-** El criterio de adjudicación será en favor de aquel licitante que cumpla con los requisitos legales, técnicos, económicos y oferte la suma más baja de los precios unitarios en cada uno de los costos unitarios de cada servicio, estudio y/o procedimiento, conforme al **ANEXO C**, siendo el monto mínimo de contratación el presupuesto autorizado para la misma y el monto máximo quedará sujeto a la disponibilidad y necesidad de la Contratante.

**16.2.-** Si resultare que 2 o más propuestas satisfacen la totalidad de los requerimientos de la Convocante, y exista un empate en el precio, se adjudicará el servicio a aquel licitante que, siendo persona física o moral, tenga establecido su domicilio fiscal dentro del territorio del Estado de Puebla; entendido como tal, el que se haya manifestado ante el Registro Federal de Contribuyentes para los efectos fiscales.

**16.3.-** Si una vez verificado lo establecido en el punto anterior, apareciere que más de un licitante tiene su

domicilio fiscal dentro del territorio del Estado de Puebla, la partida o partidas se dividirán entre los participantes empatados y en caso de que no sea susceptible de ser dividido, se establecerá el procedimiento de puja a la baja, en el cual todos los Licitantes en empate, podrán en ese mismo acto reevaluar sus propuestas y otorgar un nuevo precio **mismo que por ningún motivo deberá ser superior al originalmente presentado**, de conformidad con el Artículo 89 de la Ley en la materia.

**16.4.-** El presente procedimiento será en la modalidad de contrato abierto, de acuerdo con el Artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, por lo que la Contratante está obligada a contratar el presupuesto mínimo requerido, quedando el presupuesto máximo sujeto a las necesidades y suficiencia presupuestal de la Contratante.

#### **17.- DECLARACIÓN DE LICITACIÓN Y/O PARTIDA DESIERTA O CANCELADA.**

La presente licitación o alguna de sus partidas podrá declararse desierta y/o cancelada en los siguientes casos:

**17.1.-** Cuando las propuestas presentadas **no reúnan los requisitos esenciales** previstos en las bases de la presente licitación, con fundamento en el Artículo 92 fracción I de la Ley.

**17.2.-** Si después de efectuada la evaluación, no fuese posible adjudicar el contrato objeto de la presente licitación con ningún licitante porque sus precios **rebasen** el presupuesto autorizado, de conformidad con el Artículo 92 fracción II de la Ley.

**17.3.-** Cuando **no adquieran las bases de esta licitación por lo menos tres licitantes** o habiéndose inscrito no se presente ninguna propuesta, de conformidad con el Artículo 92 fracción III de la Ley.

**17.4.-** Si después de realizarse la evaluación, no fuera posible adjudicar a ninguno de los licitantes por así convenir a los intereses de la Convocante y/o Contratante, de conformidad con el Artículo 92 fracción IV de la Ley.

**17.5.-** Por caso fortuito o fuerza mayor, o bien, existan circunstancias que provoquen la extinción de la





necesidad de el/los servicio(s) o de esta licitación de conformidad con el Artículo 91 de la Ley.

**17.6.-** Por restricciones presupuestales de la Contratante.

### **18.- GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO Y VICIOS OCULTOS.**

**18.1.-** De conformidad con el Artículo 126 fracción III de la Ley, el licitante adjudicado garantizará el cumplimiento del contrato, así como la indemnización en caso de vicios ocultos, mediante cheque certificado, de caja, fianza o hipoteca otorgada a favor del Gobierno del Estado de Puebla.

Para el caso de las pólizas de fianza, se deberá incluir una leyenda en el cuerpo de dicho instrumento, en la que se aclare que esa póliza se expide a favor del Gobierno del Estado de Puebla a través de la Secretaría de Planeación, Finanzas y Administración, conforme al **Anexo E**.

En todos los casos será por un importe equivalente al **10% (diez por ciento) del monto total adjudicado a cantidades máximas con IVA.**

Esta garantía deberá presentarse al área Contratante, para cubrir el cumplimiento oportuno de la prestación de los servicios, calidad y vicios ocultos.

**18.2.-** No se aceptarán garantías de cumplimiento de contrato y vicios ocultos diferente a cheque certificado, de caja, fianza o hipoteca, con independencia del texto del contrato y del importe adjudicado.

**18.3.-** Cabe destacar que en caso de que algún licitante adjudicado no presente la garantía de cumplimiento, se estará a lo previsto en el Artículo 105 de la Ley.

**18.4.-** Con fundamento en el Artículo 128 de la Ley, la garantía de cumplimiento de contrato y vicios ocultos deberá presentarse a más tardar dentro de los **cinco días naturales** siguientes al que se firme el contrato.

### **19.- CONTRATOS.**

**19.1.-** El licitante adjudicado, deberá presentarse a firmar y recibir el contrato derivado de la presente licitación dentro de los **5 DÍAS HÁBILES** siguientes a la notificación del fallo respectivo, en las instalaciones de la Contratante, con los documentos señalados (original

y dos copias) y a través de los representantes acreditados:

**a)** Constancia de situación fiscal con una antigüedad de expedición no mayor a 30 días naturales.

**b)** Acta constitutiva de la persona jurídica o acta de nacimiento, en caso de ser persona física. Para el caso de que la empresa haya tenido modificaciones a su acta constitutiva, deberá presentar las últimas modificaciones correspondientes.

**c)** Poder notarial del representante o apoderado legal de la empresa.

**d)** Identificación oficial vigente con fotografía del apoderado o representante legal.

**e)** Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses. En caso de que el comprobante de domicilio no se encuentre a nombre del licitante, deberá presentar copia simple legible del contrato de arrendamiento o comodato, junto con copia simple legible de las identificaciones de los suscribientes del contrato, con facultades legales correspondientes.

**f)** Constancia de Inscripción en el Padrón de Proveedores del Gobierno del Estado de Puebla, vigente.

**g)** Constancia de No Inhabilitado de Personas Físicas y/o Jurídicas, vigente, con Código QR verificable.

**h)** Constancia de No Adeudo relativa al cumplimiento formal de obligaciones y la inexistencia de créditos fiscales expedida por la Secretaría de Planeación, Finanzas y Administración del Estado de Puebla, vigente y con Código QR verificable. De conformidad con el Artículo 31 en el apartado B de Otros Servicios, Fracción II de la Ley de Ingresos del Estado de Puebla para el ejercicio fiscal 2025 y el Artículo 24 E del Código Fiscal del Estado de Puebla.

**i)** Documento vigente en el que conste la opinión positiva respecto del cumplimiento de sus obligaciones fiscales ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT). Lo anterior, de conformidad con lo establecido en el artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación, regla 2.1.36 de la Resolución Miscelánea Fiscal para 2025, publicada en el Diario Oficial de la Federación. Deberá contener código QR legible que permita su





verificación de autenticidad de acuerdo con el formato oficial emitido por el sistema correspondiente.

**Todos los documentos solicitados en este numeral también deberán ser presentados en dispositivo de almacenamiento USB.**

**En su caso, aquellos documentos que, con motivo de esta licitación, se hubieren comprometido a entregar.**

Lo anterior permitirá elaborar, firmar y recibir el contrato derivado a la presente licitación dentro de los **5 DÍAS HÁBILES** siguientes a la notificación del fallo respectivo, en las instalaciones de la Contratante.

**19.2.-** En caso de no presentarse a la formalización del contrato, o no presentar alguno de los documentos mencionados en el **PUNTO 19.1** dentro del tiempo y lugar estipulado en el punto anterior, no se podrá proceder a la formalización del contrato y se hará efectiva la garantía de seriedad de propuesta; ante ello, la contratación podrá efectuarse con el licitante que haya presentado la siguiente proposición solvente más baja, y así sucesivamente en caso de que este último no acepte la adjudicación, siempre que la diferencia en precio con respecto a la propuesta que inicialmente hubiere resultado ganadora, no sea superior al monto autorizado (Artículo 105 párrafo segundo de la Ley).

**19.3.-** El **Administrador del Contrato**, será el responsable de desempeñar lo establecido en el Contrato y tramitar a petición del verificador, las acciones necesarias para el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

Podrá solicitar a la autoridad competente la suspensión o cancelación del registro del licitante adjudicado en el Padrón de Proveedores del Gobierno del Estado de Puebla y que ésta conforme a derecho lo inhabilite temporalmente para participar en procedimientos de adjudicación o celebrar contratos regulados por la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, en los casos de incumplimiento de las obligaciones contractuales y que, como consecuencia, causen daños o perjuicios graves a la Dependencia o Entidad de que se trate; así como aquellos que entreguen bienes o presten servicios con especificaciones distintas de las convenidas, de conformidad con el Artículo 136 de la Ley en la materia.

El **Verificador del Contrato**, será el responsable de recibir el servicio y deberá supervisar que la prestación de este se haya realizado en tiempo y forma, de conformidad con las especificaciones técnicas estipuladas, solicitar al licitante adjudicado todos los datos e informes relacionados con los actos y obligaciones que emanen del Contrato, notificar de cualquier inconsistencia al administrador, así como vigilar la correcta diligencia de este.

**19.4.-** Con fundamento en el Artículo 80 fracción XXIV, la indicación de que el licitante que no firme el contrato por causas imputables al mismo será sancionado en términos del Artículo 136 de la Ley.

**19.5.-** De conformidad con los Artículos 126 fracción III, 128 de la Ley, así como los **PUNTOS 18.1, 18.2, 18.3 y 18.4** de las bases, el licitante adjudicado, deberá presentar a la dependencia Contratante, dentro de los **5 días naturales** siguientes contados a partir de la firma de contrato, la Garantía de Cumplimiento y Contra Vicios Ocultos, para los efectos precisados en la Ley y los citados puntos de las bases.

## **20.- LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.**

**20.1.- LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.** – Se deberá llevar a cabo de acuerdo con lo siguiente:

- Modalidad Procedimientos quirúrgicos: se llevará a cabo en las instalaciones del Hospital de Especialidades, ubicado en Calle Venustiano Carranza, número 810, Colonia San Baltazar Campeche, C.P. 72550, Puebla, Puebla, en un horario de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas, sábados de 08:00 a 14:00 horas y en caso de urgencias las 24 horas del día de lunes a domingo durante la vigencia del contrato.

- Modalidad de servicio de cardiología para pruebas diagnósticas y gabinete: se llevará a cabo en las instalaciones que la contratante establezca para dichos servicios dentro del Hospital de Especialidades, ubicado en Calle Venustiano Carranza, número 810, Colonia San Baltazar Campeche, C.P. 72550, Puebla, Pue., en un horario de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas, sábados de 08:00 a 14:00 horas y en caso de urgencias las 24 horas del día de lunes a domingo durante la vigencia del contrato.

Los datos anteriores deberán coincidir con la propuesta técnica. Ver anexo B.





**20.2.-** El inicio del servicio deberá ser notificado a la Convocante mediante el formato identificado como "ANEXO H" al correo electrónico [fernanda.lopez@puebla.gob.mx](mailto:fernanda.lopez@puebla.gob.mx), con una anticipación mínima de 24 hrs, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 107 fracción IV de la Ley.

Teléfono para notificación: **(222) 2 29 70 00 ext. 4137/5062.**

## 21.- SANCIONES Y PENAS CONVENCIONALES.

Las sanciones que la Contratante aplicará serán las estipuladas en la Ley.

Se harán efectivas las garantías respectivas a la seriedad de las propuestas en los siguientes casos:

**21.1.-** Cuando los licitantes no sostengan sus propuestas o se retiren de la licitación, después del acto de Apertura de Propuestas Técnicas.

**21.2.-** Cuando el licitante adjudicado no confirme su aceptación para que se le adjudique el contrato dentro de los 5 (cinco) días hábiles siguientes a la fecha en que se hubiere comunicado el fallo.

**21.3.-** Cuando el licitante adjudicado no entregue la garantía de cumplimiento, dentro de los **5 (cinco) días naturales** posteriores a la firma del contrato.

**21.4.-** Se hará efectiva la garantía de cumplimiento, cuando exista incumplimiento en el servicio, por no iniciar el servicio motivo de esta licitación en los plazos y especificaciones establecidos en las Bases, o por dar servicios de calidad inferior a la pactada.

**21.5.-** Las penas convencionales se aplicarán por causas imputables al licitante adjudicado, cuando existan retrasos en el inicio de la prestación del servicio conforme a:

a) El 2% del monto correspondiente a los servicios no iniciados o pendientes de realizar del contrato (sin incluir I.V.A.), y por cada día natural de retraso, a partir del día siguiente posterior a la fecha pactada para el inicio de estos.

b) El 2% cuando el licitante no preste el servicio en la fecha, lugar y hora requeridos y el resultado resulte urgente, y se aplicara dicha pena convencional debido

a los servicios pendientes por realizar (sin incluir I.V.A.), por cada servicio no prestado oportunamente.

c) El 2% cuando el licitante no preste el servicio en la fecha, lugar y hora requerida y el resultado no sea urgente, y se aplicara dicha pena convencional por cada día natural de retraso a partir del día siguiente a aquel en que debiera entregarlos, debido a los servicios pendientes por realizar (sin incluir I.V.A.).

El monto que corresponda por la pena convencional aplicada será deducido a través de cheque certificado, de caja o nota de Crédito o transferencia electrónica. Dicho documento que deberá estar a nombre de: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla y deberá ser presentado previamente a la entrega de la facturación.

En ningún caso el monto de las penas convencionales será superior, en su conjunto, al monto total de la garantía de cumplimiento del contrato.

La Contratante podrá rescindir el contrato haciendo efectiva la póliza de garantía y podrá adjudicar el contrato al segundo lugar, de conformidad con el artículo 122 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.

## 22.- PAGO.

**22.1.-** El proveedor deberá ingresar sus facturas con la Contratante cubriendo los requisitos legales y administrativos vigentes, ya que será responsabilidad del proveedor, los inconvenientes que para su cobro representen.

Las facturas deberán ser expedidas de acuerdo con lo siguiente:

|                  |                                                                                                                 |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOMBRE</b>    | INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA |
| <b>R.F.C.</b>    | ISS810211 CA0 (ISS OCHO UNO CERO DOS UNO UNO C A CERO).                                                         |
| <b>DIRECCIÓN</b> | CALLE VENUSTIANO CARRANZA NO. 810, COLONIA SAN BALTAZAR CAMPECHE PUEBLA, PUE., CÓDIGO POSTAL 72550.             |





**22.2.-** La Factura Electrónica (CFDI) deberá enviarse al correo electrónico [servicios\\_subrogadoscfdi@outlook.com](mailto:servicios_subrogadoscfdi@outlook.com)

**22.2.1.-** La contratante no liberará el pago de las facturas correspondientes si no están integradas con toda la documentación que ampare el total otorgamiento del servicio, (facturas, nota de crédito, carta compromiso, aviso de cancelación en su caso, etc.), así como los entregables que se establecen en la descripción de la requisición.

**22.3.-** La factura deberá contener la descripción del servicio prestado, sujetándose al que ese establezca en el respectivo Contrato que celebre con la contratante.

**22.3.1.-** Se facturará por servicio, señalando el mes en que se otorgó el servicio y el número de procedimiento mediante el cual fue adjudicado; asimismo, la factura deberá ser firmada por el Subdirector General Médico y el Subdirector General de Finanzas y Administración.

**22.4.-** Para efectos de facturación se deberá adjuntar la siguiente documentación en original:

a) Factura electrónica CFDI y factura digital con formato XML que será enviada a la siguiente dirección de correo electrónico por cada operación realizada: [servicios\\_subrogadoscfdi@outlook.com](mailto:servicios_subrogadoscfdi@outlook.com)

b) Documentación soporte original de la factura consistirá en:

1. Pase subrogados originales y/u Hoja Quirúrgica con firma del médico solicitante o tratante y sello del área médica correspondiente

2. Listado de pacientes atendidos y servicios otorgados de manera mensual, mismo que deberá enviar al correo [servicios\\_subrogadoscfdi@outlook.com](mailto:servicios_subrogadoscfdi@outlook.com) en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office, y que deberá presentar impreso rubricado al margen y firmado al calce por la persona autorizada para ello, con los siguientes datos:

- Número consecutivo,
- Nombre del derechohabiente y/o beneficiario,
- Afiliación del derechohabiente y/o beneficiario,
- Nombre de médico solicitante,
- Fecha en que se realizó el servicio,
- Descripción del servicio solicitado,
- Cantidad del servicio solicitado,

- Precio unitario,
- Subtotal,
- IVA,
- Total,
- Al final del listado indicar: Subtotal, I.V.A., Subtotal Bruto, Retenciones (I.S.R. y 5 al millar) y total a pagar.

c) Los licitantes adjudicados dentro de los primeros 5 días hábiles de cada mes o cada quincena, según corresponda, entregarán las facturas originales correspondientes al mes inmediato anterior, debidamente firmadas por el representante legal, con la documentación soporte establecida como entregables en la descripción de la requisición en el Departamento de Administración de Servicios Subrogados de la contratante, para su trámite de pago.

**22.5.-** La Contratante no cubrirá factura que no esté validada en su totalidad, además no liberará el pago de las facturas correspondientes si éstas no cuentan con toda la documentación que ampare la total realización del servicio.

**22.6.-** El pago se realizará en exhibiciones mensuales durante la vigencia del contrato, dentro de los 20 días hábiles posteriores a la entrega de las facturas, mismas que deberán venir debidamente requisitadas y selladas de recibido por el Departamento de Administración de Servicios Subrogados, así como de los entregables recibidos a entera satisfacción de la Contratante.

**22.7.-** No se otorgarán anticipos al licitante adjudicado en esta licitación.

**22.8.-** Se hace del conocimiento del Licitante que la Contratante será la responsable de llevar a cabo la retención a que se refiere la Ley de Ingresos del Estado de Puebla para el Ejercicio Fiscal 2025, correspondiente al pago de derechos equivalente al 5 al millar sobre el importe de su factura antes de IVA, el cual se deberá considerar en la presentación de su factura.

**22.9.-** Solo será cubierto por la Contratante el IVA, cualquier otro impuesto o derecho deberá ser cubierto por parte del Proveedor.

## 23.- ASPECTOS VARIOS.

**23.1.-** Una vez que los licitantes hayan ingresado al recinto establecido, durante cualquier etapa, no podrán utilizar aparatos de intercomunicación de ningún tipo,





(teléfonos celulares, radios, computadoras portátiles, auriculares, smartwatch, etc.).

**23.2.-** Una vez iniciado el evento de Presentación de Documentación Legal y Apertura de Propuestas Técnicas, no podrá ingresar licitante alguno o introducir al recinto documento de cualquier índole.

Únicamente podrá ingresar una persona por licitante para los eventos del presente procedimiento.

**23.3.-** Los lugares, fechas y horarios de los distintos eventos que conforman la licitación podrán ser suspendidos, cambiados o diferidos de conformidad con las necesidades de la Convocante con el fin de proveer al óptimo desarrollo de la Licitación, siempre apegándose a lo dispuesto para tal efecto en la Ley, por lo anterior será de la más estricta responsabilidad del licitante por medio de sí o de quien lo represente, el presentarse en todos y cada uno de los eventos, tanto en las fechas indicadas en las presentes bases, así como en las que al efecto sean señaladas como sustitución a éstas, lo cual invariablemente le será señalado en los eventos de Junta de Aclaraciones o de aperturas. Lo anterior, sin que en ninguna circunstancia tenga la Convocante obligación alguna de notificar personalmente al licitante acerca del estado, resultado, fechas, horas o lugares de cualquier evento de la presente licitación, pues, en estas bases le han sido informadas tales circunstancias o lo serán en las actas que al efecto se levanten.

#### **24.- INCONFORMIDADES.**

**24.1.-** Las inconformidades que se susciten con motivo de la interpretación o ejecución derivadas de estas bases, se resolverán con apego a lo previsto en el Artículo 143 de la Ley y demás disposiciones aplicables.

#### **25.- AVISO DE PRIVACIDAD**

**25.1.-** De conformidad con los artículos 23 y 26 párrafo segundo de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de sujetos Obligados; artículos 34, 36 y 37 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos obligados del Estado de Puebla, se adoptarán las medidas necesarias para garantizar la seguridad de los datos personales que correspondan, evitando su alteración, pérdida, transmisión o acceso no autorizado; al respecto, toda persona interesada podrá consultar el aviso de privacidad en la dirección electrónica:

[https://transparencia.puebla.gob.mx/media/k2/attachments/BASE\\_DE\\_DATOS\\_DE\\_LOS\\_PROCEDIMIENTOS\\_DE\\_ADQUISICIONES\\_ARRENDAMIENTOS\\_Y\\_SERVICIOS\\_DE\\_LA\\_ADMINISTRACION\\_PUBLICA\\_ESTATAL.pdf](https://transparencia.puebla.gob.mx/media/k2/attachments/BASE_DE_DATOS_DE_LOS_PROCEDIMIENTOS_DE_ADQUISICIONES_ARRENDAMIENTOS_Y_SERVICIOS_DE_LA_ADMINISTRACION_PUBLICA_ESTATAL.pdf)

**A T E N T A M E N T E**  
**CUATRO VECES HEROICA PUEBLA DE**  
**ZARAGOZA A 04 DE JULIO DE 2025**

**C. ALMA LUZ VILLEGAS POZAS**  
**DIRECTORA DE ADQUISICIONES DE BIENES Y**  
**SERVICIOS**

LAGP/ELS/MRA/MFLS





## ANEXO A

### LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL GEP-SPFA-LPN-145-214/2025 SERVICIO INTEGRAL DE CARDIOLOGÍA PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

#### SECRETARÍA DE PLANEACIÓN, FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN DIRECCIÓN GENERAL DE ADJUDICACIONES DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS PRESENTE

Por medio de la presente, en mi carácter de representante legal de **(PERSONA FÍSICA O MORAL)** declaro bajo protesta de decir verdad que:

#### A) PERSONA FÍSICA

- Que no me encuentro en ninguno de los supuestos del Artículo 77 fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X y XI de la Ley.
- Que conozco en su integridad y manifiesto mi conformidad con todos y cada uno de los puntos y requisitos esenciales establecidos en el presente procedimiento **GEP-SPFA-LPN-145-214/2025**.
- Que sujeto la información proporcionada en la documentación legal, en la propuesta técnica y económica a la evaluación de la Convocante y la Contratante.
- Soy: **MICRO, PEQUEÑA, MEDIANA o GRANDE** empresa. (Especificar el tamaño de empresa), o

#### B) PERSONA MORAL

- Cuento con facultades suficientes para suscribir a nombre de mi representada la propuesta correspondiente.
- Que el poder con el que acredito mi representación no me ha sido revocado ni limitado en forma alguna.
- Que mi representada no se encuentra en ninguno de los supuestos del Artículo 77 fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X y XI de la Ley.
- Que conoce en su integridad y manifiesta su conformidad con todos y cada uno de los puntos y requisitos esenciales establecidos en el presente procedimiento **GEP-SPFA-LPN-145-214/2025**.
- Que sujeto la información proporcionada en la documentación legal, en la propuesta técnica y económica a la evaluación de la Convocante y la Contratante.
- Manifiesto que mi representada es: **MICRO, PEQUEÑA, MEDIANA o GRANDE** empresa. (Especificar el tamaño de empresa).

**ATENTAMENTE  
LUGAR Y FECHA**

**NOMBRE, PUESTO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
LEGAL Y/O PERSONA FÍSICA  
SELLO DE LA EMPRESA**





**CARÁTULA DEL ANEXO B**

**RESUMEN DE LA PROPUESTA TÉCNICA**

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

| NOMBRE DEL LICITANTE:       |                 |                 |                  |                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------|-----------------|-----------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIRIGIDA A:                 |                 |                 |                  | SECRETARÍA DE PLANEACIÓN, FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA, A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ADJUDICACIONES DE LA SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN |
| LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL |                 |                 |                  | GEP-SPFA-LPN-145-214/2025                                                                                                                                                                                                              |
| CONTRATACIÓN DEL SERVICIO:  |                 |                 |                  | INTEGRAL DE CARDIOLOGÍA PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA                                                                                        |
| NO. DE PARTIDA              | CANTIDAD MÍNIMA | CANTIDAD MÁXIMA | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN GENERAL                                                                                                                                                                                                                    |
| 1                           | 1               | 1               | SERVICIO         | SE REQUIERE CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE CARDIOLOGÍA PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA (ISSSTEP)                                            |

**A T E N T A M E N T E  
BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD**

**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA FÍSICA  
SELLO DE LA EMPRESA**





**ANEXO B**

**PROPUESTA TÉCNICA**

Formato para la presentación de la Propuesta Técnica con características originales, el licitante tendrá que tomar en cuenta todos los cambios que se generen de la Junta de Aclaraciones para la presentación de su propuesta.

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL GEP-SPFA-LPN-145-214/2025 SERVICIO INTEGRAL DE CARDIOLOGÍA PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA**

**SECRETARÍA DE PLANEACIÓN, FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA  
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN  
DIRECCIÓN GENERAL DE ADJUDICACIONES  
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS  
PRESENTE**

| NOMBRE DEL LICITANTE:               |                 |                 |                  |                                                                                                                           |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NO. DE PARTIDA                      | CANTIDAD MÍNIMA | CANTIDAD MÁXIMA | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA PARTIDA (CONFORME AL ANEXO 1 COMPLETO Y LO QUE RESULTE APLICABLE DE LA JUNTA DE ACLARACIONES) |
| 1                                   |                 |                 |                  |                                                                                                                           |
| PERIODO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO: |                 |                 |                  |                                                                                                                           |
| PERIODO DE GARANTÍA:                |                 |                 |                  |                                                                                                                           |
| LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:   |                 |                 |                  |                                                                                                                           |

**A T E N T A M E N T E  
BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD**

**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA FÍSICA  
SELLO DE LA EMPRESA**

**NOTAS:**

- 1.- El licitante deberá respetar y llenar el presente formato con toda la información solicitada, en caso de no hacerlo, será causa de descalificación.
- 2.- El licitante deberá capturar y presentar su propuesta técnica a renglón seguido, evitando dividir la tabla o presentando hoja por partida, tampoco se deberán intercalar datos entre las filas de la tabla. Únicamente podrán configurar la página para que ésta se imprima correctamente en sus hojas membretadas.
- 3.- Todos son requisitos esenciales la falta de alguno de ellos será causa de descalificación
- 4.- Sellada (obligatorio en caso de ser persona moral), FIRMADA en todas y cada una de sus hojas, indicando nombre y puesto de la persona autorizada.





**ANEXO B1**

**CURRÍCULUM VITAE DEL LICITANTE**

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL GEP-SPFA-LPN-145-214/2025 SERVICIO INTEGRAL DE CARDIOLOGÍA PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA**

**SECRETARÍA DE PLANEACIÓN, FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA  
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN  
DIRECCIÓN GENERAL DE ADJUDICACIONES  
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS  
PRESENTE**

**INDICACIONES: Todos los campos del presente anexo se deberán llenar sin excepción alguna. En caso de que no exista la información de alguno de los campos se deberá asentar "NO APLICA".**

Se podrán utilizar los espacios que requiera en cada uno de los campos del presente anexo.

**(Nombre completo)**, manifiesto bajo protesta de decir verdad, que los datos aquí asentados, son ciertos y han sido debidamente verificados, así como que cuento con facultades suficientes para suscribir la propuesta en el presente procedimiento de adjudicación, a nombre y representación de: (persona jurídica); y que la documentación que se entrega con la propuesta es verídica, legítima y fidedigna.

|                                                                                                                                                                                                 |                                                   |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------|
| <b>1. INFORMACIÓN GENERAL</b>                                                                                                                                                                   |                                                   |                     |
| NOMBRE DEL LICITANTE                                                                                                                                                                            |                                                   |                     |
| RFC CON HOMOCLEAVE                                                                                                                                                                              |                                                   |                     |
| DOMICILIO FISCAL                                                                                                                                                                                | CALLE:                                            | NÚMERO:             |
|                                                                                                                                                                                                 | COLONIA:                                          | C.P.                |
|                                                                                                                                                                                                 | DELEGACIÓN O MUNICIPIO:                           | ENTIDAD FEDERATIVA: |
| TELÉFONOS DE CONTACTO                                                                                                                                                                           |                                                   |                     |
| NOMBRE Y CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO                                                                                                                                                        |                                                   |                     |
| NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE LEGAL                                                                                                                                                         |                                                   |                     |
| <b>2. PRINCIPALES SERVICIOS O PRODUCTOS QUE MANEJE, INDICANDO SUS PRINCIPALES MARCAS, (ÉSTOS DEBEN SER PRODUCTOS IGUALES O SIMILARES A LOS SOLICITADOS EN EL PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN).</b> |                                                   |                     |
| <b>3. INDICAR LA EXPERIENCIA QUE SE TIENE EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS IGUALES O SIMILARES A LOS SOLICITADOS EN EL PROCEDIMIENTO (ESTÁ DEBE SER MINIMA DE 1 AÑO DE ANTIGÜEDAD).</b>            |                                                   |                     |
| <b>4. RELACIÓN DE PRINCIPALES CLIENTES (MÍNIMO 3)</b>                                                                                                                                           |                                                   |                     |
| DEBERÁN SER DEL MISMO GIRO O SIMILAR AL SOLICITADO EN EL PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN                                                                                                           |                                                   |                     |
| 1                                                                                                                                                                                               | NOMBRE COMPLETO:                                  |                     |
|                                                                                                                                                                                                 | DEPARTAMENTO AL QUE SE LE VENDIÓ.                 |                     |
|                                                                                                                                                                                                 | CONTACTO DE VENTA (NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA) |                     |
|                                                                                                                                                                                                 | ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO                       |                     |
|                                                                                                                                                                                                 | DIRECCIÓN:                                        |                     |





|   |                                                   |  |
|---|---------------------------------------------------|--|
|   | TELÉFONOS CON LADA:                               |  |
|   | CORREO ELECTRÓNICO:                               |  |
| 2 | NOMBRE COMPLETO:                                  |  |
|   | DEPARTAMENTO AL QUE SE LE VENDIÓ                  |  |
|   | CONTACTO DE VENTA (NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA) |  |
|   | ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO                       |  |
|   | DIRECCIÓN:                                        |  |
|   | TELÉFONOS CON LADA:                               |  |
|   | CORREO ELECTRÓNICO:                               |  |
| 3 | NOMBRE COMPLETO:                                  |  |
|   | DEPARTAMENTO AL QUE SE LE VENDIÓ                  |  |
|   | CONTACTO DE VENTA (NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA) |  |
|   | ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO                       |  |
|   | DIRECCIÓN:                                        |  |
|   | TELÉFONOS CON LADA:                               |  |
|   | CORREO ELECTRÓNICO:                               |  |

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
LEGAL Y/O PERSONA FÍSICA  
SELLO**





**ANEXO C**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

Formato para la presentación de la Propuesta económica con características originales, el licitante tendrá que tomar en cuenta todos los cambios que se generen de la Junta de Aclaraciones para la presentación de su propuesta.

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL GEP-SPFA-LPN-145-214/2025 SERVICIO INTEGRAL DE CARDIOLOGÍA PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA**

**SECRETARÍA DE PLANEACIÓN, FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA**  
**SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE ADJUDICACIONES**  
**DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS**  
**PRESENTE**

| Fecha:                |                          |                                  |                   |                     |                  |                                                                                                  |                 |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------------|-------------------|---------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Nombre del Licitante: |                          |                                  |                   |                     |                  |                                                                                                  |                 |
| Licitación Pública:   |                          |                                  |                   |                     |                  |                                                                                                  |                 |
| Presupuesto:          |                          | Presupuesto mínimo: \$ 7,200,000 |                   |                     |                  | Presupuesto mínimo: \$ 18,000,000                                                                |                 |
| Partida               | Cantidad Mínima y Máxima | Unidad de Medida                 | Descripción Breve | Conforme al Anexo 2 |                  |                                                                                                  | Precio Unitario |
|                       |                          |                                  |                   | No.                 | UNIDAD DE MEDIDA | CONCEPTO DETALLADO                                                                               |                 |
|                       |                          |                                  |                   | 1                   | ESTUDIO          | ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO ADULTO BIDIMENSIONAL MODO M Y DOPPLER INCLUIDO.                     |                 |
|                       |                          |                                  |                   | 2                   | ESTUDIO          | ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO PEDIÁTRICO BIDIMENSIONAL MODO M Y DOPPLER INCLUIDO                  |                 |
|                       |                          |                                  |                   | 3                   | ESTUDIO          | PRUEBA HOLTER DE 24 HORAS INTERACTIVO Y EN TIEMPO REAL                                           |                 |
|                       |                          |                                  |                   | 4                   | ESTUDIO          | ECOCARDIOGRAMA CON ESTRESS FARMACOLÓGICO CON DOBUTAMINA                                          |                 |
|                       |                          |                                  |                   | 5                   | ESTUDIO          | ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO                                                                    |                 |
|                       |                          |                                  |                   | 6                   | ESTUDIO          | MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL DE 24 HORAS                                                   |                 |
|                       |                          |                                  |                   | 7                   | ESTUDIO          | ULTRASONIDO DOPPLER COLOR DE CARÓTIDAS                                                           |                 |
|                       |                          |                                  |                   | 8                   | ESTUDIO          | ULTRASONIDO DOPPLER COLOR DE MIEMBROS PÉLVICOS                                                   |                 |
|                       |                          |                                  |                   | 9                   | ESTUDIO          | ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO ADULTO/PEDIÁTRICO BIDIMENSIONAL MODO M Y DOPPLER INCLUIDO PORTÁTIL. |                 |
|                       |                          |                                  |                   | 10                  | ESTUDIO          | ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO ADULTO BIDIMENSIONAL MODO M Y DOPPLER INCLUIDO. (CONTRASTADO)       |                 |
|                       |                          |                                  |                   | 11                  | ESTUDIO          | ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO PEDIÁTRICO BIDIMENSIONAL MODO M Y DOPPLER INCLUIDO                  |                 |
|                       |                          |                                  |                   | 12                  | ESTUDIO          | PRUEBA HOLTER DE 24 HORAS INTERACTIVO EN TIEMPO REAL Y COLOCADO EN HOSPITAL                      |                 |





LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL

GEP-SPFA-LPN-145-214/2025

SERVICIO INTEGRAL DE CARDIOLOGÍA PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y  
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES  
DEL ESTADO DE PUEBLA.

| Fecha:                |                                |                                  |                   |                     |                  |                                                                                                                           |                 |
|-----------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------|---------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Nombre del Licitante: |                                |                                  |                   |                     |                  |                                                                                                                           |                 |
| Licitación Pública:   |                                |                                  |                   |                     |                  |                                                                                                                           |                 |
| Presupuesto:          |                                | Presupuesto mínimo: \$ 7,200,000 |                   |                     |                  | Presupuesto mínimo: \$ 18,000,000                                                                                         |                 |
| Partida               | Cantidad<br>Mínima y<br>Máxima | Unidad de<br>Medida              | Descripción Breve | Conforme al Anexo 2 |                  |                                                                                                                           | Precio Unitario |
|                       |                                |                                  |                   | No.                 | UNIDAD DE MEDIDA | CONCEPTO DETALLADO                                                                                                        |                 |
|                       |                                |                                  |                   | 13                  | ESTUDIO          | PRUEBA DE MESA INCLINADA O<br>BASCULANTE                                                                                  |                 |
|                       |                                |                                  |                   | 14                  | PROCEDIMIENTO    | REVASCULARIZACION<br>CORONARIA CON CIRCULACION<br>EXTRACORPOREA                                                           |                 |
|                       |                                |                                  |                   | 15                  | PROCEDIMIENTO    | REVASCULARIZACION<br>CORONARIA SIN CIRCULACION<br>EXTRACORPOREA                                                           |                 |
|                       |                                |                                  |                   | 16                  | PROCEDIMIENTO    | REVASCULARIZACION<br>CORONARIA CON CAMBIO<br>VALVULAR                                                                     |                 |
|                       |                                |                                  |                   | 17                  | PROCEDIMIENTO    | ANULOPLASTIA                                                                                                              |                 |
|                       |                                |                                  |                   | 18                  | PROCEDIMIENTO    | CAMBIO VALVULAR (AORTICO,<br>MITRAL, PULMONAR,<br>TRICUSPIDEO)                                                            |                 |
|                       |                                |                                  |                   | 19                  | PROCEDIMIENTO    | CAMBIO BIVALVULAR (AORTICO,<br>MITRAL, PULMONAR,<br>TRICUSPIDEO)                                                          |                 |
|                       |                                |                                  |                   | 20                  | PROCEDIMIENTO    | CAMBIO TRIVALVULAR (AORTICO,<br>MITRAL, PULMONAR,<br>TRICUSPIDEO)                                                         |                 |
|                       |                                |                                  |                   | 21                  | PROCEDIMIENTO    | CORRECCION DE DEFECTOS<br>CONGENITOS COMPLEJOS                                                                            |                 |
|                       |                                |                                  |                   | 22                  | PROCEDIMIENTO    | CIERRE DE DEFECTOS<br>INTERAURICULARES O<br>INTRAVENTRICULARES                                                            |                 |
|                       |                                |                                  |                   | 23                  | PROCEDIMIENTO    | REPARACIÓN DE ANEURISMA<br>AORTICO DE RAIZ O AORTA<br>TORACICA                                                            |                 |
|                       |                                |                                  |                   | 24                  | PROCEDIMIENTO    | REPARACIÓN DE ANEURISMA<br>AORTICO DESCENDENTE O<br>ABDOMINAL                                                             |                 |
|                       |                                |                                  |                   | 25                  | PROCEDIMIENTO    | REINTERVENCION POR<br>SANGRADO QUIRURGICO CON<br>CEC                                                                      |                 |
|                       |                                |                                  |                   | 26                  | PROCEDIMIENTO    | REINTERVENCION POR<br>SANGRADO QUIRURGICO SIN CEC                                                                         |                 |
|                       |                                |                                  |                   | 27                  | PROCEDIMIENTO    | CATETERISMO PEDIÁTRICO,<br>ADULTO Y NEONATAL<br>(INCLUYENDO USO DE SALA,<br>MAQUINA DE ANESTESIA Y<br>HONORARIOS MÉDICOS) |                 |
|                       |                                |                                  |                   | 28                  | PROCEDIMIENTO    | TORACOSCOPIA VIDEOASISTIDA<br>(VATS) PARA TRATAMIENTO DE<br>ENFERMEDADES<br>PLEUROPULMONARES                              |                 |
|                       |                                |                                  |                   |                     |                  | <b>CIRUGÍAS DE CORRECCIÓN DE<br/>DEFECTOS CONGÉNITOS<br/>CARDIOTORÁCICOS SIN CEC</b>                                      |                 |
|                       |                                |                                  |                   | 29                  | PROCEDIMIENTO    | FISTULA SISTEMICO-PULMONAR<br>(BLALOCK-TAUSSIG)                                                                           |                 |
|                       |                                |                                  |                   | 30                  | PROCEDIMIENTO    | CIERRE DE PERSISTENCIA DE<br>CONDUCTO ARTERIOSO<br>(TORACOSCOPICO Y<br>TRADICIONAL)                                       |                 |
|                       |                                |                                  |                   | 31                  | PROCEDIMIENTO    | CERCLAJE DE ARTERIA<br>PULMONAR                                                                                           |                 |
|                       |                                |                                  |                   | 32                  | PROCEDIMIENTO    | COARTECTOMIA                                                                                                              |                 |
|                       |                                |                                  |                   | 33                  | PROCEDIMIENTO    | PLASTIA AORTICA                                                                                                           |                 |





|                         |                                           |                                  |                   |                     |                  |                                                 |                 |
|-------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|-------------------|---------------------|------------------|-------------------------------------------------|-----------------|
| Fecha:                  |                                           |                                  |                   |                     |                  |                                                 |                 |
| Nombre del Licitante:   |                                           |                                  |                   |                     |                  |                                                 |                 |
| Licitación Pública:     |                                           |                                  |                   |                     |                  |                                                 |                 |
| Presupuesto:            |                                           | Presupuesto mínimo: \$ 7,200,000 |                   |                     |                  | Presupuesto mínimo: \$ 18,000,000               |                 |
| Partida                 | Cantidad Mínima y Máxima                  | Unidad de Medida                 | Descripción Breve | Conforme al Anexo 2 |                  |                                                 | Precio Unitario |
|                         |                                           |                                  |                   | No.                 | UNIDAD DE MEDIDA | CONCEPTO DETALLADO                              |                 |
|                         |                                           |                                  |                   | 34                  | PROCEDIMIENTO    | MALFORMACIONES CARDIOPULMONARES Y DE VIA AEREA. |                 |
|                         |                                           |                                  |                   |                     |                  | COMPLEMENTOS                                    |                 |
|                         |                                           |                                  |                   | 35                  | PIEZA            | SOPORTE VENTRICULAR CON BIAC                    |                 |
|                         |                                           |                                  |                   | 36                  | PIEZA            | CANULAS FEMORALES                               |                 |
|                         |                                           |                                  |                   | 37                  | PIEZA            | HEMOSTATICOS                                    |                 |
|                         |                                           |                                  |                   | 38                  | PIEZA            | PARCHE DE PERICARDIO BOVINO                     |                 |
|                         |                                           |                                  |                   | 39                  | PIEZA            | PARCHE DE PTFE                                  |                 |
|                         |                                           |                                  |                   | 40                  | PIEZA            | CLIPS PARA CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA               |                 |
| SUBTOTAL:               |                                           |                                  |                   |                     |                  |                                                 |                 |
| TASA 16% I.V.A.         |                                           |                                  |                   |                     |                  |                                                 |                 |
| TOTAL                   |                                           |                                  |                   |                     |                  |                                                 |                 |
| IMPORTE TOTAL CON LETRA |                                           |                                  |                   |                     |                  |                                                 |                 |
| No. de Partida          | Descripción Detallada conforme al Anexo B |                                  |                   |                     |                  |                                                 |                 |
| 1                       |                                           |                                  |                   |                     |                  |                                                 |                 |

**A T E N T A M E N T E**  
**BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD**

**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA FÍSICA**  
**SELLO DE LA EMPRESA**

**NOTAS:**

- 1.- El licitante deberá respetar y llenar el presente formato con toda la información solicitada, en caso de no hacerlo, será causa de descalificación. Este formato se presentará en **EXCEL**.
- 2.- El licitante deberá capturar y presentar su propuesta económica a renglón seguido, evitando dividir la tabla o presentando hoja por partida, tampoco se deberán intercalar datos entre las filas de la tabla. Únicamente podrán configurar la página para que ésta se imprima correctamente en sus hojas membretadas.
- 3.- Todos son requisitos esenciales la falta de alguno de ellos será causa de descalificación
- 4.- Sellada (obligatorio en caso de ser persona moral), **FIRMADA** en todas y cada una de sus hojas, indicando nombre y puesto de la persona autorizada.





**ANEXO D**

**GARANTÍA (FIANZA) DE SERIEDAD DE PROPUESTA ECONÓMICA  
(TRAMITADA ANTE INSTITUCIÓN FINANCIERA)**

Ante o a favor del: **GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA, A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE PLANEACIÓN,  
FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN**

**EN CASO DE QUE LOS LICITANTES, PARA GARANTIZAR SUS PROPUESTAS, DECIDAN OTORGAR PÓLIZA DE  
FIANZA, LA REDACCIÓN DEBERÁ SER LA SIGUIENTE:**

Para garantizar por (nombre del licitante), con R.F.C. \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, la seriedad de la propuesta presentada en la licitación pública nacional: **GEP-SPFA-LPN-145-214/2025 SERVICIO INTEGRAL DE CARDIOLOGÍA PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA**, realizada por la Dirección de Adquisiciones de Bienes y Servicios del Gobierno del Estado de Puebla de conformidad con la Ley, por el **10 % del monto total de su propuesta a cantidades máximas** sin incluir IVA \$ (número) (letra \_\_\_\_\_ M.N.).

Esta fianza permanecerá vigente aun cuando se interpongan juicios o recursos legales y hasta que no se dicte resolución firme por autoridad competente.

El sostenimiento de la oferta es por un período mínimo de 60 (sesenta) días naturales contados a partir del acto de apertura de ofertas.

En los casos de hacerse exigible la fianza, esta compañía afianzadora pagara en los términos de la Ley, la cantidad de \$ (número) (letra \_\_\_\_\_ M.N.) que corresponde al **10% del monto total de la propuesta económica a cantidades máximas** sin incluir IVA. Como garantía de sostenimiento de oferta, para lo cual, (compañía afianzadora) acepta someterse expresamente al procedimiento de ejecución (con exclusión de cualquier otro) establecido en los Artículos 178, 279, 282, 283 y 289 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.





## ANEXO E

### FIANZA DE CUMPLIMIENTO

**PARA CUMPLIR LO SOLICITADO EN EL PUNTO 18 DE ESTAS BASES, SE DEBERÁ APEGAR A LO SIGUIENTE:**

A favor del: **GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA, A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE PLANEACIÓN,  
FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN**

**(TRAMITADA ANTE INSTITUCIÓN FINANCIERA)**

Para garantizar por (nombre del proveedor adjudicado), con R.F.C. \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, el fiel y exacto cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones derivadas del contrato **(CONTRATO DEPENDENCIA)** relativo a la **SERVICIO INTEGRAL DE CARDIOLOGÍA PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA**, realizada por la Dirección de Adquisiciones de Bienes y Servicios del Gobierno del Estado de Puebla de conformidad con la Ley, dentro del expediente No. **GEP-SPFA-LPN-145-214/2025**, por el monto total adjudicado a cantidades máximas con IVA de \$ (número) (letra \_\_\_\_\_ M.N.)

Esta fianza permanecerá vigente en cuanto al cumplimiento del contrato, desde la fecha de su expedición hasta la total terminación de las obligaciones derivadas del mismo, aún cuando se otorguen prórrogas o esperas y para los casos en que se interpongan juicios o recursos legales y hasta que no se dicte resolución firme por autoridad competente.

Asimismo, esta fianza se otorga para garantizar el pago de la indemnización en los casos de vicios o defectos ocultos de los bienes o servicios contratados, quedando vigente un año posterior a la entrega o prestación de los mismos.

En los casos de hacerse exigible la fianza esta compañía afianzadora pagara en los términos de la Ley, la cantidad de \$ (número) (letra \_\_\_\_\_ M.N.) que corresponde al 10% del monto total del contrato a **cantidades máximas con IVA**. Como garantía de su cumplimiento, así como contra vicios o defectos ocultos, para lo cual, (compañía afianzadora) acepta someterse expresamente al procedimiento de ejecución (con exclusión de cualquier otro) establecido en los Artículos 178, 279, 282, 283 y 289 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.





**ANEXO F**

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL GEP-SPFA-LPN-145-214/2025 SERVICIO INTEGRAL DE CARDIOLOGÍA PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA**

**SECRETARÍA DE PLANEACIÓN, FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA  
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN  
DIRECCIÓN GENERAL DE ADJUDICACIONES  
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS  
PRESENTE**

| NOMBRE DEL LICITANTE: |            |  |
|-----------------------|------------|--|
| 1                     | REFERENCIA |  |
|                       | PREGUNTA   |  |
|                       | RESPUESTA  |  |
| 2                     | REFERENCIA |  |
|                       | PREGUNTA   |  |
|                       | RESPUESTA  |  |
| 3                     | REFERENCIA |  |
|                       | PREGUNTA   |  |
|                       | RESPUESTA  |  |
| 4                     | REFERENCIA |  |
|                       | PREGUNTA   |  |
|                       | RESPUESTA  |  |

**LUGAR Y FECHA  
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL**

**INSTRUCCIONES DE LLENADO:**

**REFERENCIA:** EN ESTE APARTADO EL LICITANTE DEBERÁ MENCIONAR A QUE PUNTO, PARTIDA O ANEXOS DE LAS BASES SE REFIERE.

EN EL CASO DE QUE SEA UN COMENTARIO GENERAL, DEJAR EL APARTADO DE REFERENCIA EN BLANCO.

**APARTADO DE PREGUNTA:** EN ESTE APARTADO EL LICITANTE DEBERÁ HACER SU PREGUNTA U OBSERVACIÓN.

**IMPORTANTE:** SE LE SOLICITA AL LICITANTE NO MODIFICAR EL PRESENTE FORMATO Y SOLO ASENTAR LOS DATOS REQUERIDOS. EN EL CASO DE QUE REQUIERA MAS FILAS SOLO INSERTAR LAS MISMAS, ADEMÁS SE DEBERÁ PRESENTAR EN **FORMATO WORD**.





**ANEXO G**

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL GEP-SPFA-LPN-145-214/2025 SERVICIO INTEGRAL DE CARDIOLOGÍA PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA**

**SECRETARÍA DE PLANEACIÓN, FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA  
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN  
DIRECCIÓN GENERAL DE ADJUDICACIONES  
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS  
PRESENTE**

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

Por medio de la presente declaro bajo protesta de decir verdad que los datos asentados a continuación son los correspondientes a mi representada

|                                                                                             |                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL                                                                       |                                                                                                                      |
| REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES                                                          |                                                                                                                      |
| CURP (EN CASO DE SER PERSONA FÍSICA)                                                        |                                                                                                                      |
| USO DE CFDI                                                                                 |                                                                                                                      |
| NACIONALIDAD                                                                                |                                                                                                                      |
| DOMICILIO FISCAL                                                                            | (CALLE _____, NÚMERO _____, COLONIA _____,<br>DELEGACIÓN O MUNICIPIO _____, C.P. _____, ENTIDAD<br>FEDERATIVA _____) |
| TELÉFONOS DEL CONTACTO                                                                      |                                                                                                                      |
| CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO                                                             |                                                                                                                      |
| NOMBRE DEL APODERADO O REPRESENTANTE<br>LEGAL QUE FIRMA LA PROPUESTA TÉCNICA/<br>ECONÓMICA: |                                                                                                                      |

**LUGAR Y FECHA**

**NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN SOLICITA ORDEN DE COBRO**





**ANEXO H**

**FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE INICIO DE  
SERVICIO**

**DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y  
SERVICIOS**

Se hace del conocimiento de los licitantes adjudicados, que es necesario comunicar a la Dirección de Adquisiciones de Bienes y Servicios, el inicio del servicio con una anticipación de al menos 24 horas, al siguiente correo electrónico [fernanda.lopez@puebla.gob.mx](mailto:fernanda.lopez@puebla.gob.mx) mediante el presente documento denominado "FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE INICIO DE SERVICIO" debiendo asentar lugar, día y hora.

**Parte 1 (Expediente DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS)**

|                                    |                           |       |
|------------------------------------|---------------------------|-------|
| Procedimiento:                     | GEP-SPFA-LPN-145-214/2025 |       |
|                                    | DATOS DE LA ENTREGA:      |       |
| Proveedor:                         |                           |       |
| Dependencia/Entidad:               |                           |       |
| Cantidad:                          |                           |       |
| Descripción genérica del servicio: |                           |       |
| 1.-                                |                           |       |
| 2.-                                |                           |       |
| 3.-                                |                           |       |
| Fecha:                             |                           | Hora: |
| ATENTAMENTE                        |                           |       |
| NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE   |                           |       |
| LEGAL Y/O PERSONA FÍSICA           |                           |       |
| SELLO                              |                           |       |





## ANEXO I

### CARTA DE NO CONFLICTO DE INTERÉS

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL GEP-SPFA-LPN-145-214/2025 SERVICIO INTEGRAL DE CARDIOLOGÍA PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA**

**SECRETARÍA DE PLANEACIÓN, FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA  
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN  
DIRECCIÓN GENERAL DE ADJUDICACIONES  
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS  
PRESENTE**

#### A) PERSONA FÍSICA

Bajo protesta de decir verdad, y consciente de las penas en que incurren quienes, ante autoridad distinta a la jurisdiccional, en términos de lo dispuesto por el artículo 254 del Código Penal del Estado Libre y Soberano de Puebla que establece "I. Quien al declarar ante cualquier autoridad en ejercicio de sus funciones o con motivo de ellas, faltare a la verdad en relación con los hechos que motivan la intervención de ésta; II. Quien, siendo autoridad, rinda informes en los que afirme una falsedad o niegue u oculte la verdad en todo o en parte"; manifiesto conocer los principios institucionales que rigen en las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, y las disposiciones relativas al conflicto de intereses contempladas en los artículos 3 fracción VI, 47, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 81, 82, 83 y 84 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

Una vez leído su contenido, estoy informado(a) de los supuestos en los que se puede incurrir en conflicto de intereses y declaro bajo protesta de decir verdad que, no desempeño empleo, cargo o comisión en el servicio público, o en su caso, que, a pesar de desempeñarlos, con la formalización del contrato respectivo no se actualiza un posible conflicto de interés, de conformidad con lo establecido en la fracción IX del artículo 49 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

Por otra parte, en caso de resultar adjudicado me comprometo a que durante la vigencia del contrato no ofrezca, por mí o mediante interpósita persona dinero, bienes muebles o inmuebles mediante enajenación en precio notoriamente inferior al que tenga en el mercado ordinario, donaciones, servicios, empleos, cargos o comisiones al personal de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal.

De igual manera, desempeñaré las funciones y actividades que me corresponden conforme al contrato que se suscriba bajo principios de imparcialidad, objetividad y con apego a la legalidad.

Acepto que esta declaración es una reflexión individual y compromiso personal con las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, y conozco las disposiciones legales, reglamentarias y éticas que rigen a la misma, así como los alcances y consecuencias de mi incumplimiento.

#### B) PERSONA MORAL

Bajo protesta de decir verdad, y consciente de las penas en que incurren quienes, ante autoridad distinta a la jurisdiccional, en términos de lo dispuesto por el artículo 254 del Código Penal del Estado Libre y Soberano de Puebla que establece "I. Quien al declarar ante cualquier autoridad en ejercicio de sus funciones o con motivo de ellas, faltare a la verdad en relación con los hechos que motivan la intervención de ésta; II. Quien siendo autoridad, rinda informes en los que afirme una falsedad o niegue u oculte la verdad en todo o en parte"; manifiesto conocer los principios





institucionales que rigen en las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, y las disposiciones relativas al conflicto de intereses contempladas en los artículos 3 fracción VI, 47, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 81, 82, 83 y 84 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

Una vez leído su contenido y como representante legal de (razón social del licitante), declaro bajo protesta de decir verdad que, los socios o accionistas que ejercen el control sobre la sociedad, no desempeñan empleos, cargos o comisiones en el servicio público o, en su caso, que, a pesar de desempeñarlos, con la formalización del contrato respectivo no se actualiza un posible Conflicto de Interés, de conformidad con lo establecido en la fracción IX del artículo 49 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

Al mismo tiempo y como complemento de lo anterior, ratifico que **indicar (si) - (no)** cuento con una política de integridad con los requisitos que establece el artículo 25 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas en mi negocio o empresa.

Por otra parte, en caso de resultar adjudicado me comprometo a que durante la vigencia del contrato no ofrezca, por mí o mediante interpósita persona dinero, bienes muebles o inmuebles mediante enajenación en precio notoriamente inferior al que tenga en el mercado ordinario, donaciones, servicios, empleos, cargos o comisiones al personal de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal.

De igual manera, desempeñaré las funciones y actividades que me corresponden conforme al contrato que se suscriba bajo principios de imparcialidad, objetividad y con apego a la legalidad.

Acepto que esta declaración es una reflexión individual y compromiso personal con las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, y conozco las disposiciones legales, reglamentarias y éticas que rigen a la misma, así como los alcances y consecuencias de mi incumplimiento.

**ATENTAMENTE  
LUGAR Y FECHA**

**NOMBRE, PUESTO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
LEGAL Y/O PERSONA FÍSICA  
SELLO DE LA EMPRESA**





**ANEXO 1**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL SERVICIO**

| Partida | Cantidad<br>Mínima | Cantidad<br>Máxima | Unidad de<br>Medida | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------|--------------------|--------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1       | 1                  | 1                  | SERVICIO            | <p><b>I. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL SERVICIO</b></p> <p>Se requiere contratar el Servicio Integral de Cardiología para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de contrato abierto, por lo que la contratante, en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, está obligada a contratar el presupuesto mínimo, quedando el presupuesto máximo sujeto a las necesidades y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p><b>II. PERIODO DEL SERVICIO</b></p> <p>La prestación del servicio será a partir día natural siguiente a la formalización del Contrato y hasta el 31 de diciembre de 2025.</p> <p><b>III. LUGAR Y HORARIO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b></p> <p>El Servicio se deberá llevar a cabo de acuerdo con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Modalidad Procedimientos quirúrgicos: se llevará a cabo en las instalaciones del Hospital de Especialidades, ubicado en Calle Venustiano Carranza, número 810, Colonia San Baltazar Campeche, C.P. 72550, Puebla, Puebla, en un horario de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas, sábados de 08:00 a 14:00 horas y en caso de urgencias las 24 horas del día de lunes a domingo durante la vigencia del contrato.</li><li>• Modalidad de servicio de cardiología para pruebas diagnósticas y gabinete: se llevará a cabo en las instalaciones que la contratante establezca para dichos servicios dentro del Hospital de Especialidades, ubicado en Calle Venustiano Carranza, número 810, Colonia San Baltazar Campeche, C.P. 72550, Puebla, Pue., en un horario de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas, sábados de 08:00 a 14:00 horas y en caso de urgencias las 24 horas del día de lunes a domingo durante la vigencia del contrato.</li></ul> <p><b>IV. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b></p> <p>Se requiere contratar el Servicio Integral de Cardiología para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), por lo que el servicio deberá dividirse en dos modalidades:</p> <p>1. Modalidad de procedimientos quirúrgicos:</p> <p>A) El médico solicitante contactará al proveedor vía telefónica y deberá ser atendida dicha solicitud por un asistente, para esto se deberá proporcionar en la formalización del contrato, un número telefónico, el cual deberá estar disponible las 24 horas del día de lunes a domingo durante la vigencia del contrato para fijar fecha, hora y tipo de procedimiento a realizar de conformidad a lo establecido en el ANEXO 2.</p> <p>B) El proveedor en la fecha y hora indicada deberá acudir a las instalaciones de la contratante, en donde verificará la hoja de subrogación con los datos del derechohabiente y/o beneficiario, afiliación, sexo, así como médico y servicio solicitado.</p> <p>C) El proveedor deberá contar con el equipo necesario para la prestación del servicio de acuerdo con lo descrito en el ANEXO 3.</p> <p>D) El proveedor deberá proporcionar los mantenimientos preventivos y solución a todas las fallas sin costo extra para la contratante a los equipos descritos en el ANEXO 3.</p> |





| Partida | Cantidad<br>Mínima | Cantidad<br>Máxima | Unidad de<br>Medida | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------|--------------------|--------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         |                    |                    |                     | <p>E) El proveedor deberá tener disponibilidad inmediata de todos los insumos incluidos en cada procedimiento de conformidad al ANEXO 4, ofreciendo las medidas necesarias, requeridas por el hospital, bajo la consigna de inventario cero, la logística será responsabilidad del proveedor.</p> <p>F) Una vez realizado el procedimiento, el proveedor deberá proporcionar el registro y control de los mismos, para efectos de control, en formato libre y deberá estar firmado por el cirujano responsable del procedimiento designado por la contratante. Los datos que deberá contener son:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre del hospital.</li><li>• Insumos entregados.</li><li>• Fecha.</li><li>• Folio.</li><li>• Nombre del derechohabiente y/o beneficiario.</li><li>• Edad del derechohabiente y/o beneficiario. (años, meses, días)</li><li>• Sexo del derechohabiente y/o beneficiario.</li><li>• Nombre del cirujano.</li><li>• Tipo de procedimiento quirúrgico.</li><li>• Tiempo del procedimiento quirúrgico: inicio y final.</li><li>• Diagnóstico.</li><li>• Número de afiliación nueva.</li></ul> <p>G) El proveedor deberá realizar el procedimiento de recepción del servicio, conforme a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El proveedor deberá otorgar el servicio integral dentro del quirófano de la contratante.</li><li>• El personal del proveedor deberá registrar el procedimiento dentro del folio mencionado en el inciso anterior.</li><li>• El médico cirujano deberá firmar el registro.</li></ul> <p>Esta información deberá ser entregada al jefe del servicio y a la subdirección administrativa para control estadístico y registro.</p> <p>2. Modalidad de servicio de cardiología para pruebas diagnósticas y gabinete:</p> <p>A) El médico de la contratante proporcionará el pase de subrogación al derechohabiente y/o beneficiario, el cual lo entregará al proveedor con la autorización del médico que remite, el jefe de división correspondiente, así como por la Subdirección Médica del Hospital de Especialidades.</p> <p>B) El derechohabiente y/o beneficiario se comunicará con el proveedor por vía telefónica o en forma presencial, dichos derechohabientes y/o beneficiarios deberán ser atendidos por una asistente por parte del proveedor que programará la cita en las instalaciones que para tal efecto determine la contratante, en donde se le deberán solicitar los siguientes datos: nombre del derechohabiente o beneficiario, afiliación, sexo, talla, peso, médico solicitante, así como área que lo solicita, diagnóstico posible y en caso de estudio (tipo de estudio), el proveedor deberá informar al derechohabiente y/o beneficiario las indicaciones de acuerdo al estudio a realizar.</p> <p>C) La persona que por parte del proveedor va a realizar el estudio deberá verificar que se tenga el sello de subrogación y las diferentes firmas autorizadas, para realizar el estudio o la consulta correspondiente al derechohabiente y/o beneficiario.</p> <p>El estudio requerido será programado de acuerdo con la cita con el médico tratante de la contratante, dentro de las 24 horas siguientes a partir el momento en que el derechohabiente y/o beneficiario se ponga en contacto con el proveedor.</p> <p>D) El proveedor le deberá indicar al derechohabiente y/o beneficiario que deberá presentarse con 15 minutos de anticipación debidamente identificado con su credencial autorizada de</p> |





| Partida | Cantidad<br>Mínima | Cantidad<br>Máxima | Unidad de<br>Medida | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         |                    |                    |                     | <p>derechohabiente de la contratante, con el pase de subrogación y cumpliendo con las condiciones indicadas por el proveedor para poder realizarse el estudio.</p> <p>E) El lugar asignado por la contratante donde se ofrezca el servicio deberá contar con las áreas físicas de apoyo siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sala de espera, contando como mínimo con dos sillones y mostrador de recepción de documentos.</li><li>• Un espacio físico para la instalación de los equipos siendo esta responsabilidad en todo momento del proveedor, el resguardo de los equipos e insumos descritos en los Anexos 3 y 4.</li><li>• Al menos un vestidor.</li></ul> <p>F) El proveedor será el encargado de acondicionar el espacio e instalar los equipos necesarios para poder brindar el servicio.</p> <p>G) El proveedor deberá entregar únicamente a la contratante a través de la Subdirección General Médica, los documentos e información de los resultados de los servicios realizados a los pacientes, en un plazo máximo de dos días hábiles, mediante la plataforma que disponga la contratante o por el medio que para que tal efecto se determine.</p> <p>H) Cada estudio deberá ser almacenado por el proveedor durante la vigencia del contrato, con nombre, afiliación y folio de solicitud del estudio, los cuales deberán ser entregados en formato digital (pdf, excel, video) en una usb o disco duro externo al día siguiente natural de concluido la vigencia del contrato.</p> <p><b>V. CONDICIONES GENERALES</b></p> <p>1. El proveedor para la prestación del servicio deberá apegarse a las siguientes normas oficiales:</p> <p>A) NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>B) NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</p> <p>C) NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos- clasificación y especificaciones de manejo.</p> <p>D) NOM-006-SSA3-2011, Práctica de la anestesiología.</p> <p>E) NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.</p> <p>F) NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.</p> <p>2. El proveedor deberá considerar lo siguiente:</p> <p>A) El proveedor deberá acudir el último día hábil de cada semana a las 09:00 horas a la oficina de la jefatura de cirugía, por el listado de las cirugías próximas a realizar y las solicitudes del servicio integral de cada paciente autorizadas por el jefe del servicio y Visto Bueno del Subdirector Médico en turno del hospital de especialidades, donde se informará el lugar, fecha y hora del evento quirúrgico.</p> <p>B) Para los eventos quirúrgicos urgentes, el proveedor será notificado vía telefónica por el jefe del servicio responsable y/o médico solicitante, informándole el lugar, fecha y hora del evento quirúrgico.</p> |





| Partida | Cantidad<br>Mínima | Cantidad<br>Máxima | Unidad de<br>Medida | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------|--------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         |                    |                    |                     | <p>C) El proveedor deberá proporcionar correo electrónico y número telefónico disponible las 24 horas del día durante la vigencia del contrato, el día de la formalización del contrato.</p> <p>D) Toda la logística (tiempo, consumibles, procedimientos, participación), deberá ser conciliado con el área responsable del servicio previa a la programación de los eventos.</p> <p>E) El proveedor al término de la vigencia del contrato, deberá recibir los equipos indicados en el ANEXO 3 en el estado físico que el desgaste natural propio del uso que se le dio.</p> <p><b>VI. PERSONAL</b></p> <p>1. Para los eventos quirúrgicos que se llevarán a cabo en las instalaciones del hospital de especialidades, el proveedor durante cada uno de los procedimientos quirúrgicos deberá brindar asistencia a través del personal que se detalla a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un Médico con especialidad en cardiología Cardiorrácica o Cardiovascular.</li><li>• Un Médico con especialidad en cardiología Cardiorrácica o Cardiovascular con Subespecialidad en Cardiología Pediátrica.</li><li>• Un Médico Anestesiólogo con Especialidad Cardiovascular.</li><li>• Un Perfusionista.</li><li>• Una Enfermera Especialista o un Técnico o Coordinador de servicio, quien deberá suministrar y entregar los insumos requeridos y asegurar el correcto funcionamiento de los equipos antes de cada procedimiento, para cubrir los eventos necesarios, así mismo deberá realizar la limpieza y puesta en operación de todos los equipos e insumos involucrados.</li></ul> <p>2. Para la modalidad de servicio de cardiología para pruebas diagnósticas y gabinete: proveedor deberá contar con al menos el siguiente personal:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un Médico con especialidad en cardiología y Electrofisiología</li><li>• Un Médico con especialidad en cardiología y Ecocardiografista</li><li>• Un Médico con especialidad en cardiología pediátrica certificado en Ecocardiografía.</li><li>• Dos enfermeras con especialidad en cardiología.</li><li>• Un Técnico en Electrocardiografía</li><li>• Un Asistente para contestar el teléfono y agende citas.</li></ul> <p><b>VII. ENTREGABLES</b></p> <p>El proveedor deberá entregar quincenalmente al Departamento de Administración de Servicios Subrogados de la contratante durante los primeros 5 días hábiles de cada quincena lo siguiente:</p> <p>a) Para la modalidad del servicio de cardiología clínica: Pases subrogados originales con el sello y firma del médico solicitante, Jefe de División y Subdirector Médico del Hospital de Especialidades, así como la firma del derechohabiente y/o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio.</p> <p>b) Para la modalidad de procedimientos quirúrgicos: Pases subrogados originales con el sello y firma del médico solicitante, Jefe de División y Subdirector Médico del Hospital de Especialidades, así como la Hoja quirúrgica.</p> <p>c) Listado de servicios y pacientes atendidos que deberá proporcionar también al correo electrónico <a href="mailto:issstep.cga.ssm@hotmail.com">issstep.cga.ssm@hotmail.com</a>, en formato libre preferentemente en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office que contenga los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Número consecutivo</li><li>• Número de pase subrogado.</li><li>• Nombre de médico solicitante y tratante.</li><li>• Nombre del Jefe de División.</li><li>• Nombre del derechohabiente o beneficiario.</li><li>• Afiliación nueva del derechohabiente o beneficiario.</li><li>• Servicio otorgado.</li></ul> |





| Partida | Cantidad<br>Mínima | Cantidad<br>Máxima | Unidad de<br>Medida | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------|--------------------|--------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         |                    |                    |                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Fecha del servicio</li><li>• Cantidad</li><li>• Precio Unitario de antes de I.V.A.</li><li>• Al final del listado indicar: Subtotal, I.V.A., Subtotal Bruto, Retenciones (I.S.R. y 5 al millar) y total a pagar.</li></ul> <p>VIII. SUPERVISIÓN</p> <p>El proveedor deberá apegarse al Programa de Supervisión de Servicios Integrales y Específicos que para tal efecto establecerá la Contratante; los gastos que se generen estarán a cargo del Proveedor, mismos que no podrán exceder del 3% del monto mensual de facturación.</p> |





**ANEXO 2**

**PROCEDIMIENTOS**

| No.                                                                          | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                                            | ESTUDIO          | ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO ADULTO BIDIMENSIONAL MODO M Y DOPPLER INCLUIDO.                                  |
| 2                                                                            | ESTUDIO          | ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO PEDIÁTRICO BIDIMENSIONAL MODO M Y DOPPLER INCLUIDO                               |
| 3                                                                            | ESTUDIO          | PRUEBA HOLTER DE 24 HORAS INTERACTIVO Y EN TIEMPO REAL                                                        |
| 4                                                                            | ESTUDIO          | ECOCARDIOGRAMA CON ESTRESS FARMACOLÓGICO CON DOBUTAMINA                                                       |
| 5                                                                            | ESTUDIO          | ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO                                                                                 |
| 6                                                                            | ESTUDIO          | MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL DE 24 HORAS                                                                |
| 7                                                                            | ESTUDIO          | ULTRASONIDO DOPPLER COLOR DE CARÓTIDAS                                                                        |
| 8                                                                            | ESTUDIO          | ULTRASONIDO DOPPLER COLOR DE MIEMBROS PÉLVICOS                                                                |
| 9                                                                            | ESTUDIO          | ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO ADULTO/PEDIÁTRICO BIDIMENSIONAL MODO M Y DOPPLER INCLUIDO PORTÁTIL.              |
| 10                                                                           | ESTUDIO          | ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO ADULTO BIDIMENSIONAL MODO M Y DOPPLER INCLUIDO. (CONTRASTADO)                    |
| 11                                                                           | ESTUDIO          | ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO PEDIÁTRICO BIDIMENSIONAL MODO M Y DOPPLER INCLUIDO                               |
| 12                                                                           | ESTUDIO          | PRUEBA HOLTER DE 24 HORAS INTERACTIVO EN TIEMPO REAL Y COLOCADO EN HOSPITAL                                   |
| 13                                                                           | ESTUDIO          | PRUEBA DE MESA INCLINADA O BASCULANTE                                                                         |
| 14                                                                           | PROCEDIMIENTO    | REVASCULARIZACION CORONARIA CON CIRCULACION EXTRACORPOREA                                                     |
| 15                                                                           | PROCEDIMIENTO    | REVASCULARIZACION CORONARIA SIN CIRCULACION EXTRACORPOREA                                                     |
| 16                                                                           | PROCEDIMIENTO    | REVASCULARIZACION CORONARIA CON CAMBIO VALVULAR                                                               |
| 17                                                                           | PROCEDIMIENTO    | ANULOPLASTIA                                                                                                  |
| 18                                                                           | PROCEDIMIENTO    | CAMBIO VALVULAR (AORTICO, MITRAL, PULMONAR, TRICUSPIDEO)                                                      |
| 19                                                                           | PROCEDIMIENTO    | CAMBIO BIVALVULAR (AORTICO, MITRAL, PULMONAR, TRICUSPIDEO)                                                    |
| 20                                                                           | PROCEDIMIENTO    | CAMBIO TRIVALVULAR (AORTICO, MITRAL, PULMONAR, TRICUSPIDEO)                                                   |
| 21                                                                           | PROCEDIMIENTO    | CORRECCION DE DEFECTOS CONGENITOS COMPLEJOS                                                                   |
| 22                                                                           | PROCEDIMIENTO    | CIERRE DE DEFECTOS INTERAURICULARES O INTRAVENTRICULARES                                                      |
| 23                                                                           | PROCEDIMIENTO    | REPARACIÓN DE ANEURISMA AORTICO DE RAIZ O AORTA TORACICA                                                      |
| 24                                                                           | PROCEDIMIENTO    | REPARACIÓN DE ANEURISMA AORTICO DESCENDENTE O ABDOMINAL                                                       |
| 25                                                                           | PROCEDIMIENTO    | REINTERVENCION POR SANGRADO QUIRURGICO CON CEC                                                                |
| 26                                                                           | PROCEDIMIENTO    | REINTERVENCION POR SANGRADO QUIRURGICO SIN CEC                                                                |
| 27                                                                           | PROCEDIMIENTO    | CATETERISMO PEDIÁTRICO, ADULTO Y NEONATAL (INCLUYENDO USO DE SALA, MAQUINA DE ANESTESIA Y HONORARIOS MÉDICOS) |
| 28                                                                           | PROCEDIMIENTO    | TORACOSCOPIA VIDEOASISTIDA (VATS) PARA TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES PLEUROPULMONARES                           |
| <b>CIRUGÍAS DE CORRECCIÓN DE DEFECTOS CONGÉNITOS CARDIOTORACICOS SIN CEC</b> |                  |                                                                                                               |
| 29                                                                           | PROCEDIMIENTO    | FISTULA SISTEMICO-PULMONAR (BLALOCK-TAUSSIG                                                                   |
| 30                                                                           | PROCEDIMIENTO    | CIERRE DE PERSISTENCIA DE CONDUCTO ARTERIOSO (TORACOSCOPICO Y TRADICIONAL)                                    |
| 31                                                                           | PROCEDIMIENTO    | CERCLAJE DE ARTERIA PULMONAR                                                                                  |
| 32                                                                           | PROCEDIMIENTO    | COARTECTOMIA                                                                                                  |
| 33                                                                           | PROCEDIMIENTO    | PLASTIA AORTICA                                                                                               |
| 34                                                                           | PROCEDIMIENTO    | MALFORMACIONES CARDIOPULMONARES Y DE VIA AEREA.                                                               |
| <b>COMPLEMENTOS</b>                                                          |                  |                                                                                                               |
| 35                                                                           | PIEZA            | SOPORTE VENTRICULAR CON BIAC                                                                                  |
| 36                                                                           | PIEZA            | CANULAS FEMORALES                                                                                             |
| 37                                                                           | PIEZA            | HEMOSTATICOS                                                                                                  |
| 38                                                                           | PIEZA            | PARCHE DE PERICÁRDIO BOVINO                                                                                   |
| 39                                                                           | PIEZA            | PARCHE DE PTFE                                                                                                |
| 40                                                                           | PIEZA            | CLIPS PARA CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA                                                                             |





**ANEXO 3**

**EQUIPOS**

| CONSEC. | EQUIPO                                                                                                                                                                                                                                       | UNIDAD DE MEDIDA | MARCA | MARCA (Producto denominado o denominación distintiva que aparece en el Registro Sanitario) | MODELO EN CASO DE QUE APLIQUE | PAIS DE PROCEDENCIA |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| 1       | <b>Equipo para la Modalidad Procedimientos Quirúrgicos</b>                                                                                                                                                                                   | EQUIPO           |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | <b>UNIDAD DE CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA (menor a 5 años de antigüedad y con monitor de gases)</b>                                                                                                                                             |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | BASE DE MANDO.                                                                                                                                                                                                                               |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | TRES CABEZALES DE RODILLOS.                                                                                                                                                                                                                  |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | UN CABEZAL DOBLE.                                                                                                                                                                                                                            |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | INDICADOR DIGITAL DE FLUJO O R.P.M.                                                                                                                                                                                                          |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | SELECTOR DEL CALIBRE DEL TUBO.                                                                                                                                                                                                               |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | CONTROL DE VELOCIDAD.                                                                                                                                                                                                                        |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | ALARMAS.                                                                                                                                                                                                                                     |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | SENSOR DE BURBUJAS.                                                                                                                                                                                                                          |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | INDICADORES DE TIEMPO.                                                                                                                                                                                                                       |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | PINZAMIENTO.                                                                                                                                                                                                                                 |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | MONITOR DE CARDIOPLEJIA.                                                                                                                                                                                                                     |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | MONITOR DE PH Y GASES.                                                                                                                                                                                                                       |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | SATURACIÓN DE OXÍGENO.                                                                                                                                                                                                                       |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO.                                                                                                                                                                                                                   |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | MEZCLADOR DE AIRE Y OXÍGENO.                                                                                                                                                                                                                 |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | INTERCAMBIADOR DE CALOR.                                                                                                                                                                                                                     |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | BOMBA CENTRÍFUGA.                                                                                                                                                                                                                            |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | MONITOR PARA EVALUAR PARÁMETROS DE COAGULACIÓN.                                                                                                                                                                                              |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | SOPORTE PARA OXIGENADOR DE MEMBRANA ADULTO, PEDIÁTRICO Y LACTANTE.                                                                                                                                                                           |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | COLCHONES TÉRMICOS                                                                                                                                                                                                                           |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | BATERÍA DE RESPALDO INTEGRADA.                                                                                                                                                                                                               |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | ACCESORIOS: CUATRO (4) PINZAS PARA OCLUSIÓN DE TUBO CON ESTRIBO DE 18 CM DE LONGITUD, DOS (2) PINZAS PARA OCLUSIÓN DE TUBO PRESBYTERIAN HOSPITAL DE 20 CM DE LONGITUD, UNA (1) PINZA PARA OCLUSIÓN DE TUBO CON ESTRIBO DE 15 CM DE LONGITUD. |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | UNA SILLA BAJA CON RESPALDO, DE ALTURA AJUSTABLE, BASE RODABLE DE AL MENOS 4 BRAZOS, CONSTRUIDA EN MATERIAL ANTI-BACTERIAL, ADECUADA PARA USO DEL PERFUSIONISTA Y EL EQUIPO, EN SALA QUIRÚRGICA.                                             |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
| 2       | <b>ANALIZADOR DE TIEMPOS DE COAGULACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                  | EQUIPO           |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | PRUEBA DE ACT                                                                                                                                                                                                                                |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | PRUEBA DE ACT LR                                                                                                                                                                                                                             |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | PRUEBA DE PT                                                                                                                                                                                                                                 |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | VOLUMEN DE MUESTRA 50 ML                                                                                                                                                                                                                     |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | PORTATIL                                                                                                                                                                                                                                     |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
| 3       | COMPATIBLE CON LOS REACTIVOS OFERTADOS.                                                                                                                                                                                                      | EQUIPO           |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | <b>DESFIBRILADOR PORTÁTIL CON PALETAS INTERNAS Y EXTERNAS.</b>                                                                                                                                                                               |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | CON PANTALLA                                                                                                                                                                                                                                 |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | DESPLIEGUE DIGITAL Y DE ONDA DE FRECUENCIA CARDÍACA.                                                                                                                                                                                         |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | TRAZO DE ECG A SELECCIONAR ENTRE 6 DERIVACIONES: DI, DII, DIII, AVR, AVL Y AVF.                                                                                                                                                              |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | SELECTOR DE ENERGÍA PARA DESCARGA INTERNA Y EXTERNA.                                                                                                                                                                                         |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | ALARMAS AUDIBLES, VISIBLES Y AJUSTABLES.                                                                                                                                                                                                     |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | CAPACIDAD PARA CONEXIÓN DE PALETAS INTERNAS PARA EXCITACIÓN DEL MÚSCULO CARDÍACO:                                                                                                                                                            |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | DESCARGA DIRECTA PREFIJADA.                                                                                                                                                                                                                  |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | CABLE CON PALETAS INTERCONSTRUIDAS ESTERILIZABLES.                                                                                                                                                                                           |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | PALETAS INTERNAS Y PALETAS EXTERNAS REUTILIZABLES QUE DETECTEN ACTIVIDAD ELECTROCARDIOGRÁFICA.                                                                                                                                               |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | SELECTOR DE MODO SINCÓNICO Y ASINCÓNICO.                                                                                                                                                                                                     |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | CON DESCARGA DESDE LAS PALETAS Y DESDE EL PANEL DE CONTROL.                                                                                                                                                                                  |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | CON CAPACIDAD DE AUTO DESCARGA.                                                                                                                                                                                                              |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | BATERÍA RECARGABLE.                                                                                                                                                                                                                          |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
| 4       | SISTEMA DE IMPRESIÓN DE LA ACTIVIDAD ELÉCTRICA DEL CORAZÓN.                                                                                                                                                                                  | EQUIPO           |       |                                                                                            |                               |                     |
|         | <b>MARCAPASOS TEMPORAL EXTERNO</b>                                                                                                                                                                                                           |                  |       |                                                                                            |                               |                     |





| CONSEC.                                                                                         | EQUIPO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | UNIDAD DE MEDIDA | MARCA | MARCA (Producto denominado o denominación distintiva que aparece en el Registro Sanitario) | MODELO EN CASO DE QUE APLIQUE | PAIS DE PROCEDENCIA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------|
|                                                                                                 | RANGO DE FRECUENCIA MÍNIMA DE 30 A 150 PPM.<br>SENSIBILIDAD: RANGO DE 0.1 MV HASTA 20 MV.<br>FUENTE DE ALIMENTACIÓN CON BATERÍAS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
| 5                                                                                               | LÁMPARA FRONTAL<br>CON BATERÍA RECARGABLE<br>CONTROL Y CLIP DE SOPORTE<br>LUZ DE LED, CON INTENSIDAD REGULABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | EQUIPO           |       |                                                                                            |                               |                     |
| 6                                                                                               | CONSOLA DE CONTRAPULSACIÓN INTRAORÍTICA<br>CON CONTROLES AUTOMATIZADOS.<br>FUNCIÓN DE ARRANQUE RÁPIDO PRESIONANDO UN SOLO BOTÓN.<br>MODO ÚNICO DE DISPARO CON ECG.<br>DISPARO AVANZADO CON SEÑAL DE PRESIÓN:<br>EVALUACIÓN Y AJUSTE AUTOMÁTICOS DEL UMBRAL Y LA SINCRONIZACIÓN (TIMING & TRIGGER).<br>ASISTENCIA AUTOMÁTICA AUN EN CASO DE ARRITMIA SEVERA.<br>FUENTES DE SEÑAL SELECCIONABLES EN EL TECLADO.<br>MENÚ DE PREFERENCIAS DE VISUALIZACIÓN.<br>MENÚ DE PREFERENCIAS PARA IMPRESIÓN.<br>AVISOS DEL MODO DE DESINFLADO DE LA ONDA R.<br>TRAZADO A ESCALA Y POSICIONAMIENTO AUTOMÁTICO DE LA ONDA DE PRESIÓN ARTERIAL.<br>INDICADORES EN PANTALLA DE BATERÍA/HELIO.<br>PANTALLA DE CRISTAL LÍQUIDO (LCD) MULTICOLOR.<br>DE TRES CANALES Y ALTA RESOLUCIÓN (480 X 640), 10.4" EN DIAGONAL.<br>TANQUE DE HELIO EXTRA PARA REPUESTO.<br>SIMULADOR EXTERNO PARA PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO | EQUIPO           |       |                                                                                            |                               |                     |
| 7                                                                                               | RECUPERADOR CELULAR.<br>FUNCIÓN DE PLASMAFERESIS.<br>PANTALLA A COLOR CON DESPLIEGUE DE DATOS.<br>ALARMAS Y MEDIDAS CORRECTIVAS.<br>BOMBA PERISTÁLTICA DE ALTA VELOCIDAD.<br>CON RANGO DE FLUJO AJUSTABLE DE 25 A 1000 ML/MIN.<br>SENSOR ULTRASÓNICO DE BURBUJAS.<br>SENSOR ÓPTICO DE HEMATOCRITO.<br>SENSOR ÓPTICO DE BUFFY COAT.<br>FUNCIONAMIENTO MANUAL Y AUTOMÁTICO CON INTERCAMBIO DE OPERACIÓN AUTOMÁTICO/MANUAL Y VICEVERSA<br>SISTEMA BOMBA DE VACÍO INTEGRADO.<br>CENTRIFUGA DE VELOCIDAD AJUSTABLE, DE 1500 A 5600 RPM.<br>CUBIERTA CON SISTEMA DE SEGURIDAD QUE IMPIDE LA APERTURA DURANTE EL FUNCIONAMIENTO.<br>FUNCIONAMIENTO CON 4 TAMAÑOS DE CAMPANA.<br>CONTROL DE TIEMPO Y VELOCIDAD DURANTE EL PROCEDIMIENTO.<br>CUBIERTA RESISTENTE AL IMPACTO.<br>FLUJO CONTINUO.<br>GRUPO DE OCLUSIÓN CON CÓDIGO DE COLORES.                                                             | EQUIPO           |       |                                                                                            |                               |                     |
| <b>Equipo para la Modalidad de servicio de cardiología para pruebas diagnósticas y gabinete</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |       |                                                                                            |                               |                     |
| 8                                                                                               | EQUIPO DE ULTRASONIDO CON PAQUETE COMPLETO DE CARDIOLOGÍA PARA REALIZAR: STRAIN, AFI, 4D TEE, ECHO STRESS PACKAGE, 2D AUTO EF. Y SONDAS PARA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | EQUIPO           |       |                                                                                            |                               |                     |
| 9                                                                                               | SISTEMA DE MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO Y AMBULATORIO DE 12 CANALES.<br>Equipo operado por microprocesadores para registrar y almacenar informacion de las derivaciones electrocardiográficas para el diagnostico de alteraciones del ritmo y de la conducción en pacientes ambulatorios. Así mismo deberá contar con un analizados de electrocardiografía Holter utilizado para el análisis de la actividad eléctrica del corazón, cuyo registro es previamente adquirido por un sistema Holter.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | EQUIPO           |       |                                                                                            |                               |                     |
| 10                                                                                              | SISTEMA DE MONITOREA AMBULATORIO DE LA PRESION ARTERIAS. Equipo operado por microprocesadores para registrar y almacenar informacion de las presiones arterias obtenidas de forma automatizada y programada por el dispositivo en cuestión. Asi mismo deberá contar con un analizados de los registros obtenidos por el sistema cuyo registro es previamente adquirido por un MAPA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | EQUIPO           |       |                                                                                            |                               |                     |





| CONSEC. | EQUIPO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | UNIDAD DE MEDIDA | MARCA | MARCA (Producto denominado o denominación distintiva que aparece en el Registro Sanitario) | MODELO EN CASO DE QUE APLIQUE | PAIS DE PROCEDENCIA |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| 11      | MESA DE INCLINACIÓN ELÉCTRICA DE ALTA EFICIENCIA. Mesa de trabajo con inclinación graduable con indicador de ángulos seleccionados, así como aditamentos tales como monitor y registro cardiovascular continuo y baumanometro para toma de presión durante todo el tiempo de registro del procedimiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | EQUIPO           |       |                                                                                            |                               |                     |
| 12      | EQUIPO PARA ANALISIS Y MONITOREO INTENSIONADO PARA LA REALIZACION DE PRUEBAS DE ESFUERZO. Banda sin fin con capacidad de inclinación y velocidad modificable, con software para procesamiento de pruebas cardiovasculares para la detección de patologías isquémicas, del ritmo cardiaco y con fines de rehabilitación cardiaca.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | EQUIPO           |       |                                                                                            |                               |                     |
| 13      | ECOCARDIOGRAFO CARDIOVASCULAR CON SONTA TRANSESOFÁGICA PARA MONITONZACIÓN TRANSOPERATORIA DE LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS. Conjunto de aparatos para procedimientos de obtención de imágenes extracorpóreas o intracorporeas relacionados con el corazón y vasos sanguíneos. Incluye paquete de software con varias aplicaciones específicas de obtención de imágenes cardiacas estáticas o en tiempo real que se utilizan para diagnosticar defectos anatómicos del corazón, determinar las características del flujo sanguíneo y problemas funcionales o anatómicos asociados con la cardiopatía isquémica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | EQUIPO           |       |                                                                                            |                               |                     |
| 14      | MONITOR DE SIGNOS VITALES BASICOS. Equipo no invasivo que detecta, mide y despliega en pantalla de forma continua múltiples parámetros fisiológicos asociados a un paciente (electrocardiograma, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, presión no invasiva y oximetría de pulso).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | EQUIPO           |       |                                                                                            |                               |                     |
| 15      | DESFIBRILADOR (BIFASICO) – MONITOR – MARCAPASOS. Equipo portátil de soporte vital que sirve para aplicar descargas eléctricas, que contiene un marcapasos temporalno invasivo. Este dispositivo debe mostrar el electrocardiograma en tiempo real, y es capaz de aplicar impulsos eléctricos que estimulen todo el corazón.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | EQUIPO           |       |                                                                                            |                               |                     |
| 16      | BOMBAS DE INFUSION VOLUMETRICA. Equipo medico portátil para administración de medicamentos y soluciones parenterales en forma continua y constante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | EQUIPO           |       |                                                                                            |                               |                     |
| 17      | MINISPLIT 1 TONELADA 220 V SEER 24. Tipo Dual. Capacidad de enfriamiento nominal 12000 Btu/h. Capacidad de calentamiento nominal 12000 Btu/h. Eliminación de humedad 1.30 L/h                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | EQUIPO           |       |                                                                                            |                               |                     |
| 18      | CARRO ROJO COM EQUIPO COMPLETO PARA REANIMACION. Carro rodable especialmente diseñado para la resolución en caso de emergencia cardiovascular, que contenga desfibrilador, resucitador pulmonar, tabla para compresiones cardiacas, instrumental quirúrgico y medicamentos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | EQUIPO           |       |                                                                                            |                               |                     |
| 19      | MESA UNIVERSAL PARA LA EXPLORACION. Equipo semifijo para realizar la exploración física del paciente en posición de decúbito.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | EQUIPO           |       |                                                                                            |                               |                     |
| 20      | Equipo de Cómputo de Escritorio SFF, con Procesador Intel Core i3 12ª Generación con 4 núcleos; Tarjeta madre con CHIPSET INTEL Q670; Memoria RAM de 8GB DDR4, 3200 MHz, expandible desde 64GB hasta 128 GB. Disco duro de 512 GB M.2 SSD; Monitor amplio de 21.5" LCD con retroiluminación LED, con conector de entrada Display Port y/o HDMI; Unidad óptica delgada DVD +/- RW SATA; Tarjeta de red integrada 10/100/1000; Tarjeta de sonido integrada; Controlador de video Intel UHD Graphics 730; Periféricos: Teclado USB alámbrico en español, mouse óptico USB alámbrico; Puertos: 1 USB tipo C, 6 a 10 USB (4 de ellos v3.2 o superior), 1 ó 2 Display Port, 1 HDMI, 1 RJ45; Compartimentos: 1 interna de 3.5"; Ranuras de expansión: una o dos PCIe x16 de media altura o perfil bajo y una x4 o x1 de media altura o perfil bajo; CPU, mouse, teclado y monitor de la misma marca del fabricante, monitor con EnergyStar 8.0; Software precargado: Windows 11 Profesional en español, manual del usuario del equipo para instalación, configuración y operación de manera impresa y/o en electrónico en español, así como la existencia de refacciones para el mantenimiento por cuando menos 5 años posteriores a la fecha de su recepción formal; DISPOSITIVO DE SEGURIDAD TPM 2.0 INTEGRADO; Garantía de 3 a 5 años en sitio en todos los componentes y mano de obra por parte del fabricante; EPEAT GOLD (CPU y monitor) con registro en EUA y/o México; DMTF como miembro activo en la categoría de BoardMember y/o Leadership únicamente y RoHS de la UE. | EQUIPO           |       |                                                                                            |                               |                     |

NOTA: El licitante adjudicado deberá proporcionar e instalar los equipos son costo extra para la contratante.





**ANEXO 4**  
**INSUMOS**

| No. | CONSUMIBLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | MARCA (Producto denominado o denominación distintiva que aparece en el Registro Sanitario) | LABORATORIO FABRICANTE | PRESENTACIÓN | PAÍS DE PROCEDENCIA |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------|---------------------|
| 1   | <b>REVASCULARIZACION CORONARIA CON CIRCULACION EXTRACORPOREA</b>                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | OXIGENADOR PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, DE MEMBRANA CON RECUBRIMIENTO BIOCOMPATIBLE, CON RESERVORIO VENOSO RÍGIDO, CON SISTEMA PARA REALIZAR DRENAJE VENOSO, CON LUER LOCK PARA CAPNOGRAFÍA, (6 LITROS/MIN), VOLUMEN DE CEBADO DE 284 ML.                                                                                  |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | EQUIPO DE TUBERÍA PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, PARA OXIGENADOR TAMAÑO ADULTO COMPATIBLE DE ACUERDO CON LA TECNOLOGÍA DE CADA FABRICANTE.                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE CARDIOPLEGIA CONSTA DE SERPENTÍN, CUBETA CON TAPA, LÍNEAS DE CARDIOPLEGIA PARA PERMITIR LA RECIRCULACIÓN, OBTURADORES DE PASO PARA INICIAR Y TERMINAR LA ADMINISTRACIÓN, CÁMARA TRANSPARENTE ROMPE GOTAS CON LLAVE DE 3 VÍAS PARA CUATRO COMBINACIONES DE FLUJO Y DIAGRAMA E INSTRUCTIVO DE USO. |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | FILTRO ARTERIAL, PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA DE POLICARBONATO, CON MALLA FILTRANTE 40 MICRAS, ENTRADA LUER LOCK. TAMAÑO ADULTO                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | HEMOCONCENTRADOR PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, CON LÍNEAS DE CONEXIÓN Y ENTRADAS LUER LOCK, TAMAÑO ADULTO, CON FIBRA DE POLISULFONA POLIETERSULFONA, CON UNA PRESIÓN TRANSMEMBRANA MÁXIMA DE 480 MMHG.                                                                                                                      |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA VENOSA UNICA (DOBLE CANASTILLA)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA ARTERIAL RECTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS CARDIOPLEJIA ANTEROGRADA                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS CARDIOPLEJIA RETROGRADA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA IRRIGACION INJERTO VENOSO/ARTERIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | TORNIQUETE VENOSO/ARTERIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA SUCCIÓN (VENT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ASPIRADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | TRANSDUCTOR DE PRESIÓN BOMBA (RODILLOS)                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ELECTRODO PARA MARCAPASO EPICARDICO TEMPORAL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SACABOCADOS AORTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | EQUIPO PARA DRENAJE PLEURAL DE SELLO DE AGUA, SUCCIÓN CON REGULADOR EN SECO, CÁMARA DE RECOLECCIÓN DE LÍQUIDOS, CON VÁLVULAS DE SEGURIDAD DE PRESIÓN POSITIVA Y NEGATIVA, ESTÉRIL, DESECHABLE CON CAPACIDAD DE 2100 A 2500 ML, INCLUYE AMPOLLETA DE AGUA.                                                                     |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SONDA PLEURAL DIFERENTES MEDIDAS A ELECCION DEL CIRUJANO                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVO PARA GASÓMETRO, GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS SÉRICOS.                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVOS O CARTUCHOS PARA MEDIR TIEMPO DE COAGULACIÓN ACTIVADA.                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SUTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CLIP DE RESORTE TIPO BULLDOG                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | APLICADOR DE CLIPS MULTIPLES TAMAÑO CHICO, MEDIANO O GRANDE A ELECCION DEL CIRUJANO                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ENGRAPADORA PARA PIEL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | QUITAGRAPAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | HOJA PARA SIERRA DE ESTERNOTOMÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ELECTRODO NEUTRO CON SUPERFICIE DE 72 Ó 168 CM CUADRADOS, CON DOS ÁREAS DE CONTACTO INDEPENDIENTE, DESECHABLE CON CABLE DE 3 METROS. PARA PACIENTE ADULTO O PARA PACIENTE PEDIÁTRICO (A ELECCIÓN DEL CIRUJANO).                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | LÁPIZ DE ELECTROCIRUGÍA CON 2 BOTONES, ELECTRODO DE ESPÁTULA CON CABLE DE CONEXIÓN DE 3M ESTÉRIL.                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CEPILLO PARA LAVADO DE MANOS QUIRURGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
| 2   | <b>REVASCULARIZACION CORONARIA SIN CIRCULACION EXTRACORPOREA</b>                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CLIP DE RESORTE TIPO BULLDOG                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | APLICADOR DE CLIPS MULTIPLES TAMAÑO CHICO, MEDIANO O GRANDE A ELECCION DEL CIRUJANO                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVO PARA GASÓMETRO, GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS SÉRICOS.                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVOS O CARTUCHOS PARA MEDIR TIEMPO DE COAGULACIÓN ACTIVADA.                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SACABOCADOS AORTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |                        |              |                     |





| No. | CONSUMIBLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | MARCA (Producto<br>denominado o<br>denominación distintiva<br>que aparece en el<br>Registro Sanitario) | LABORATORIO<br>FABRICANTE | PRESENTACIÓN | PAÍS DE<br>PROCEDENCIA |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------|------------------------|
|     | EQUIPO PARA DRENAJE PLEURAL DE SELLO DE AGUA, SUCCIÓN CON REGULADOR EN SECO, CÁMARA DE RECOLECCIÓN DE LÍQUIDOS, CON VÁLVULAS DE SEGURIDAD DE PRESIÓN POSITIVA Y NEGATIVA, ESTÉRIL, DESECHABLE CON CAPACIDAD DE 2100 A 2500 ML, INCLUYE AMPOLLETA DE AGUA.                                                                     |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | SONDA PLEURAL DIFERENTES MEDIDAS A ELECCION DEL CIRUJANO                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | ELECTRODO PARA MARCAPASO EPICARDICO TEMPORAL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | SISTEMA DE BRAZO ESTABILIZADOR CON VACIO                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | IRRIGADOR POR ASPERSIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | POSICIONADOR CARDIACO                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | LAZO DE SILICÓN CON AGUJA TIPO SURG I LOOP PRO DE DIFERENTES COLORES                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | SUTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | SHUNTS CORONARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | CLIPS CARDIOVASCULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | HOJA PARA SIERRA DE ESTERNOTOMÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | ENGRAPADORA PARA PIEL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | QUITAGRAPAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | ELECTRODO NEUTRO CON SUPERFICIE DE 72 Ó 168 CM CUADRADOS, CON DOS ÁREAS DE CONTACTO INDEPENDIENTE, DESECHABLE CON CABLE DE 3 METROS. PARA PACIENTE ADULTO O PARA PACIENTE PEDIÁTRICO (A ELECCIÓN DEL CIRUJANO).                                                                                                               |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | LÁPIZ DE ELECTROCIRUGÍA CON 2 BOTONES, ELECTRODO DE ESPÁTULA CON CABLE DE CONEXIÓN DE 3M ESTÉRIL.                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | CEPILLO PARA LAVADO DE MANOS QUIRURGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                        |                           |              |                        |
| 3   | <b>REVASCLARIZACION CORONARIA CON CAMBIO VALVULAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | OXIGENADOR PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, DE MEMBRANA CON RECUBRIMIENTO BIOCOMPATIBLE, CON RESERVORIO VENOSO RÍGIDO, CON SISTEMA PARA REALIZAR DRENAJE VENOSO, CON LUER LOCK PARA CAPNOGRAFÍA, (6 LITROS/MIN), VOLUMEN DE CEBADO DE 284 ML.                                                                                  |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | EQUIPO DE TUBERÍA PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, PARA OXIGENADOR TAMAÑO ADULTO COMPATIBLE DE ACUERDO CON LA TECNOLOGÍA DE CADA FABRICANTE.                                                                                                                                                                                   |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE CARDIOPLEGIA CONSTA DE SERPENTÍN, CUBETA CON TAPA, LÍNEAS DE CARDIOPLEGIA PARA PERMITIR LA RECIRCULACIÓN, OBTURADORES DE PASO PARA INICIAR Y TERMINAR LA ADMINISTRACIÓN, CÁMARA TRANSPARENTE ROMPE GOTAS CON LLAVE DE 3 VÍAS PARA CUATRO COMBINACIONES DE FLUJO Y DIAGRAMA E INSTRUCTIVO DE USO. |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | FILTRO ARTERIAL, PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA DE POLICARBONATO, CON MALLA FILTRANTE 40 MICRAS, ENTRADA LUER LOCK. TAMAÑO ADULTO                                                                                                                                                                                             |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | HEMOCONCENTRADOR PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, CON LÍNEAS DE CONEXIÓN Y ENTRADAS LUER LOCK, TAMAÑO ADULTO, CON FIBRA DE POLISULFONA POLIETERSULFONA, CON UNA PRESIÓN TRANSMEMBRANA MÁXIMA DE 480 MMHG.                                                                                                                      |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | CANULAS VENOSA RECTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | CANULA VENOSA CURVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | CANULA VENOSA UNICA (DOBLE CANASTILLA)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | CANULA ARTERIAL RECTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | CANULA ARTERIAL CURVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | CANULAS CARDIOPLEJIA ANTEROGRADA                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | CANULAS CARDIOPLEJIA RETROGRADA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | CANULA IRRIGACION INJERTO VENOSO/ARTERIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | TORNIQUETE VENOSO/ARTERIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | CANULA SUCCIÓN (VENT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | ASPIRADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | TRANSDUCTOR DE PRESIÓN BOMBA (RODILLOS)                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | ELECTRODO PARA MARCAPASO EPICARDICO TEMPORAL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | SACABOCADOS AORTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | EQUIPO PARA DRENAJE PLEURAL DE SELLO DE AGUA, SUCCIÓN CON REGULADOR EN SECO, CÁMARA DE RECOLECCIÓN DE LÍQUIDOS, CON VÁLVULAS DE SEGURIDAD DE PRESIÓN POSITIVA Y NEGATIVA, ESTÉRIL, DESECHABLE CON CAPACIDAD DE 2100 A 2500 ML, INCLUYE AMPOLLETA DE AGUA.                                                                     |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | SONDA PLEURAL DIFERENTES MEDIDAS A ELECCION DEL CIRUJANO                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | REACTIVO PARA GASÓMETRO, GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS SÉRICOS.                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | REACTIVOS O CARTUCHOS PARA MEDIR TIEMPO DE COAGULACIÓN ACTIVADA.                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                        |                           |              |                        |





| No. | CONSUMIBLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | MARCA (Producto denominado o denominación distintiva que aparece en el Registro Sanitario) | LABORATORIO FABRICANTE | PRESENTACIÓN | PAÍS DE PROCEDENCIA |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------|---------------------|
|     | SUTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CLIP DE RESORTE TIPO BULLDOG                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REPUESTO DE CLIP CARDIOVASCULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ENGRAPADORA PARA PIEL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | QUITAGRAPAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | HOJA PARA SIERRA DE ESTERNOTOMÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ELECTRODO NEUTRO CON SUPERFICIE DE 72 Ó 168 CM CUADRADOS, CON DOS ÁREAS DE CONTACTO INDEPENDIENTE, DESECHABLE CON CABLE DE 3 METROS. PARA PACIENTE ADULTO O PARA PACIENTE PEDIÁTRICO (A ELECCIÓN DEL CIRUJANO).                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | LÁPIZ DE ELECTROCIRUGÍA CON 2 BOTONES, ELECTRODO DE ESPÁTULA CON CABLE DE CONEXIÓN DE 3M ESTÉRIL.                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | VALVULAS MECANICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | VALVULAS BIOLOGICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CEPILLO PARA LAVADO DE MANOS QUIRURGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
| 4   | <b>ANULOPLASTIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | OXIGENADOR PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, DE MEMBRANA CON RECUBRIMIENTO BIOCOMPATIBLE, CON RESERVORIO VENOSO RÍGIDO, CON SISTEMA PARA REALIZAR DRENAJE VENOSO, CON LUER LOCK PARA CAPNOGRAFÍA, (6 LITROS/MIN), VOLUMEN DE CEBADO DE 284 ML.                                                                                  |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | EQUIPO DE TUBERÍA PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, PARA OXIGENADOR TAMAÑO ADULTO, PEDIÁTRICO Y NEONATAL, COMPATIBLE DE ACUERDO CON LA TECNOLOGÍA DE CADA FABRICANTE.                                                                                                                                                           |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE CARDIOPLEGIA CONSTA DE SERPENTÍN, CUBETA CON TAPA, LÍNEAS DE CARDIOPLEGIA PARA PERMITIR LA RECIRCULACIÓN, OBTURADORES DE PASO PARA INICIAR Y TERMINAR LA ADMINISTRACIÓN, CÁMARA TRANSPARENTE ROMPE GOTAS CON LLAVE DE 3 VÍAS PARA CUATRO COMBINACIONES DE FLUJO Y DIAGRAMA E INSTRUCTIVO DE USO. |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | FILTRO ARTERIAL, PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA DE POLICARBONATO, CON MALLA FILTRANTE 40 MICRAS, ENTRADA LUER LOCK. TAMAÑO ADULTO                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | HEMOCONCENTRADOR PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, CON LÍNEAS DE CONEXIÓN Y ENTRADAS LUER LOCK, TAMAÑO ADULTO, CON FIBRA DE POLISULFONA POLIETERSULFONA, CON UNA PRESIÓN TRANSMEMBRANA MÁXIMA DE 480 MMHG.                                                                                                                      |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS VENOSA RECTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA VENOSA CURVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA VENOSA UNICA (DOBLE CANASTILLA)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA ARTERIAL RECTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA ARTERIAL CURVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS CARDIOPLEJIA ANTEROGRADA                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS CARDIOPLEJIA RETROGRADA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | TORNIQUETE VENOSO/ARTERIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA SUCCIÓN (VENT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ASPIRADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | TRANSDUCTOR DE PRESIÓN BOMBA (RODILLOS)                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ELECTRODO PARA MARCAPASO EPICARDICO TEMPORAL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | EQUIPO PARA DRENAJE PLEURAL DE SELLO DE AGUA, SUCCIÓN CON REGULADOR EN SECO, CÁMARA DE RECOLECCIÓN DE LÍQUIDOS, CON VÁLVULAS DE SEGURIDAD DE PRESIÓN POSITIVA Y NEGATIVA, ESTÉRIL, DESECHABLE CON CAPACIDAD DE 2100 A 2500 ML, INCLUYE AMPOLLETA DE AGUA.                                                                     |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SONDA PLEURAL DIFERENTES MEDIDAS A ELECCION DEL CIRUJANO                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVO PARA GASÓMETRO, GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS SÉRICOS.                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVOS O CARTUCHOS PARA MEDIR TIEMPO DE COAGULACIÓN ACTIVADA.                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SUTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ANILO MITRAL O TRICUDPIDEO                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | HOJA PARA SIERRA DE ESTERNOTOMÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ENGRAPADORA PARA PIEL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | QUITAGRAPAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ELECTRODO NEUTRO CON SUPERFICIE DE 72 Ó 168 CM CUADRADOS, CON DOS ÁREAS DE CONTACTO INDEPENDIENTE, DESECHABLE CON CABLE DE 3 METROS. PARA PACIENTE ADULTO O PARA PACIENTE PEDIÁTRICO (A ELECCIÓN DEL CIRUJANO).                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | LÁPIZ DE ELECTROCIRUGÍA CON 2 BOTONES, ELECTRODO DE ESPÁTULA CON CABLE DE CONEXIÓN DE 3M ESTÉRIL.                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |





| No. | CONSUMIBLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | MARCA (Producto<br>denominado o<br>denominación distintiva<br>que aparece en el<br>Registro Sanitario) | LABORATORIO<br>FABRICANTE | PRESENTACIÓN | PAÍS DE<br>PROCEDENCIA |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------|------------------------|
|     | CEPILLO PARA LAVADO DE MANOS QUIRURGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | <b>CAMBIO VALVULAR (AORTICO, MITRAL, PULMONAR, TRICUSPIDEO)</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | OXIGENADOR PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, DE MEMBRANA CON RECUBRIMIENTO BIOCOMPATIBLE, CON RESERVORIO VENOSO RÍGIDO, CON SISTEMA PARA REALIZAR DRENAJE VENOSO, CON LUER LOCK PARA CAPNOGRAFÍA, (6 LITROS/MIN), VOLUMEN DE CEBADO DE 284 ML.                                                                                  |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | EQUIPO DE TUBERÍA PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, PARA OXIGENADOR TAMAÑO ADULTO COMPATIBLE DE ACUERDO CON LA TECNOLOGÍA DE CADA FABRICANTE.                                                                                                                                                                                   |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE CARDIOPLEGIA CONSTA DE SERPENTÍN, CUBETA CON TAPA, LÍNEAS DE CARDIOPLEGIA PARA PERMITIR LA RECIRCULACIÓN, OBTURADORES DE PASO PARA INICIAR Y TERMINAR LA ADMINISTRACIÓN, CÁMARA TRANSPARENTE ROMPE GOTAS CON LLAVE DE 3 VÍAS PARA CUATRO COMBINACIONES DE FLUJO Y DIAGRAMA E INSTRUCTIVO DE USO. |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | FILTRO ARTERIAL, PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA DE POLICARBONATO, CON MALLA FILTRANTE 40 MICRAS, ENTRADA LUER LOCK. TAMAÑO ADULTO                                                                                                                                                                                             |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | HEMOCONCENTRADOR PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, CON LÍNEAS DE CONEXIÓN Y ENTRADAS LUER LOCK, TAMAÑO ADULTO, CON FIBRA DE POLISULFONA POLIETERSULFONA, CON UNA PRESIÓN TRANSMEMBRANA MÁXIMA DE 480 MMHG.                                                                                                                      |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | CANULAS VENOSA RECTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | CANULA VENOSA CURVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | CANULA VENOSA ÚNICA (DOBLE CANASTILLA)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | CANULA ARTERIAL RECTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | CANULA ARTERIAL CURVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | CANULAS CARDIOPLEGIA ANTEROGRADA                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | CANULAS CARDIOPLEGIA RETROGRADA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | TORNIQUETE VENOSO/ARTERIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | CANULA SUCCIÓN (VENT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | ASPIRADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | TRANSDUCTOR DE PRESIÓN BOMBA (RODILLOS)                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | ELECTRODO PARA MARCAPASO EPICARDICO TEMPORAL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | EQUIPO PARA DRENAJE PLEURAL DE SELLO DE AGUA, SUCCIÓN CON REGULADOR EN SECO, CÁMARA DE RECOLECCIÓN DE LÍQUIDOS, CON VÁLVULAS DE SEGURIDAD DE PRESIÓN POSITIVA Y NEGATIVA, ESTÉRIL, DESECHABLE CON CAPACIDAD DE 2100 A 2500 ML, INCLUYE AMPOLLETA DE AGUA.                                                                     |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | SONDA PLEURAL DIFERENTES MEDIDAS A ELECCION DEL CIRUJANO                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | REACTIVO PARA GASÓMETRO, GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS SÉRICOS.                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | REACTIVOS O CARTUCHOS PARA MEDIR TIEMPO DE COAGULACIÓN ACTIVADA.                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | SUTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | VALVULAS MECANICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | VALVULAS BIOLOGICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | HOJA PARA SIERRA DE ESTERNOTOMÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | ENGRAPADORA PARA PIEL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | QUITAGRAPAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | ELECTRODO NEUTRO CON SUPERFICIE DE 72 Ó 168 CM CUADRADOS, CON DOS ÁREAS DE CONTACTO INDEPENDIENTE, DESECHABLE CON CABLE DE 3 METROS. PARA PACIENTE ADULTO O PARA PACIENTE PEDIÁTRICO (A ELECCIÓN DEL CIRUJANO).                                                                                                               |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | LÁPIZ DE ELECTROCIURGÍA CON 2 BOTONES, ELECTRODO DE ESPÁTULA CON CABLE DE CONEXIÓN DE 3M ESTÉRIL.                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | CEPILLO PARA LAVADO DE MANOS QUIRURGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | <b>CAMBIO BIVALVULAR (AORTICO, MITRAL, PULMONAR, TRICUSPIDEO)</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | OXIGENADOR PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, DE MEMBRANA CON RECUBRIMIENTO BIOCOMPATIBLE, CON RESERVORIO VENOSO RÍGIDO, CON SISTEMA PARA REALIZAR DRENAJE VENOSO, CON LUER LOCK PARA CAPNOGRAFÍA, (6 LITROS/MIN), VOLUMEN DE CEBADO DE 284 ML.                                                                                  |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | EQUIPO DE TUBERÍA PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, PARA OXIGENADOR TAMAÑO ADULTO COMPATIBLE DE ACUERDO CON LA TECNOLOGÍA DE CADA FABRICANTE.                                                                                                                                                                                   |                                                                                                        |                           |              |                        |
|     | SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE CARDIOPLEGIA CONSTA DE SERPENTÍN, CUBETA CON TAPA, LÍNEAS DE CARDIOPLEGIA PARA PERMITIR LA RECIRCULACIÓN, OBTURADORES DE PASO PARA INICIAR Y TERMINAR LA ADMINISTRACIÓN, CÁMARA TRANSPARENTE                                                                                                     |                                                                                                        |                           |              |                        |





| No. | CONSUMIBLE                                                                                                                                                                                                                                                | MARCA (Producto denominado o denominación distintiva que aparece en el Registro Sanitario) | LABORATORIO FABRICANTE | PRESENTACIÓN | PAÍS DE PROCEDENCIA |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------|---------------------|
| 7   | ROMPE GOTAS CON LLAVE DE 3 VÍAS PARA CUATRO COMBINACIONES DE FLUJO Y DIAGRAMA E INSTRUCTIVO DE USO.                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | FILTRO ARTERIAL, PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA DE POLICARBONATO, CON MALLA FILTRANTE 40 MICRAS, ENTRADA LUER LOCK. TAMAÑO ADULTO                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | HEMOCONCENTRADOR PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, CON LÍNEAS DE CONEXIÓN Y ENTRADAS LUER LOCK, TAMAÑO ADULTO, CON FIBRA DE POLISULFONA POLIETERSULFONA, CON UNA PRESIÓN TRANSMEMBRANA MÁXIMA DE 480 MMHG.                                                  |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS VENOSA RECTA                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA VENOSA CURVA                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA VENOSA UNICA (DOBLE CANASTILLA)                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA ARTERIAL RECTA                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA ARTERIAL CURVA                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS CARDIOPLEJIA ANTEROGRADA                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS CARDIOPLEJIA RETROGRADA                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | TORNIQUETE VENOSO/ARTERIAL                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA SUCCIÓN (VENT)                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ASPIRADORES                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | TRANSDUCTOR DE PRESIÓN BOMBA (RODILLOS)                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ELECTRODO PARA MARCAPASO EPICARDICO TEMPORAL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | EQUIPO PARA DRENAJE PLEURAL DE SELLO DE AGUA, SUCCIÓN CON REGULADOR EN SECO, CÁMARA DE RECOLECCIÓN DE LÍQUIDOS, CON VÁLVULAS DE SEGURIDAD DE PRESIÓN POSITIVA Y NEGATIVA, ESTÉRIL, DESECHABLE CON CAPACIDAD DE 2100 A 2500 ML, INCLUYE AMPOLLETA DE AGUA. |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SONDA PLEURAL DIFERENTES MEDIDAS A ELECCION DEL CIRUJANO                                                                                                                                                                                                  |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVO PARA GASÓMETRO, GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS SÉRICOS.                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVOS O CARTUCHOS PARA MEDIR TIEMPO DE COAGULACIÓN ACTIVADA.                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SUTURAS                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | VALVULAS MECANICAS                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | VALVULAS BIOLOGICAS                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | HOJA PARA SIERRA DE ESTERNOTOMÍA                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ENGRAPADORA PARA PIEL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | QUITAGRAPAS                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ELECTRODO NEUTRO CON SUPERFICIE DE 72 Ó 168 CM CUADRADOS, CON DOS ÁREAS DE CONTACTO INDEPENDIENTE, DESECHABLE CON CABLE DE 3 METROS. PARA PACIENTE ADULTO O PARA PACIENTE PEDIÁTRICO (A ELECCIÓN DEL CIRUJANO).                                           |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | LÁPIZ DE ELECTROCIRUGÍA CON 2 BOTONES, ELECTRODO DE ESPÁTULA CON CABLE DE CONEXIÓN DE 3M ESTÉRIL.                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CEPILLO PARA LAVADO DE MANOS QUIRURGICO                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | <b>CAMBIO TRIVALVULAR (AORTICO, MITRAL, PULMONAR, TRICUSPIDEO)</b>                                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | OXIGENADOR PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, DE MEMBRANA CON RECUBRIMIENTO BIOCOMPATIBLE, CON RESERVORIO VENOSO RÍGIDO, CON SISTEMA PARA REALIZAR DRENAJE VENOSO, CON LUER LOCK PARA CAPNOGRAFÍA, (6 LITROS/MIN), VOLUMEN DE CEBADO DE 284 ML.              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | EQUIPO DE TUBERÍA PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, PARA OXIGENADOR TAMAÑO ADULTO COMPATIBLE DE ACUERDO CON LA TECNOLOGÍA DE CADA FABRICANTE.                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE CARDIOPLEGIA CONSTA DE SERPENTÍN, CUBETA CON TAPA, LÍNEAS DE CARDIOPLEGIA PARA PERMITIR LA RECIRCULACIÓN, OBTURADORES DE PASO PARA INICIAR Y TERMINAR LA ADMINISTRACIÓN, CÁMARA TRANSPARENTE                                 |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ROMPE GOTAS CON LLAVE DE 3 VÍAS PARA CUATRO COMBINACIONES DE FLUJO Y DIAGRAMA E INSTRUCTIVO DE USO.                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | FILTRO ARTERIAL, PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA DE POLICARBONATO, CON MALLA FILTRANTE 40 MICRAS, ENTRADA LUER LOCK. TAMAÑO ADULTO                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | HEMOCONCENTRADOR PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, CON LÍNEAS DE CONEXIÓN Y ENTRADAS LUER LOCK, TAMAÑO ADULTO, CON FIBRA DE POLISULFONA POLIETERSULFONA, CON UNA PRESIÓN TRANSMEMBRANA MÁXIMA DE 480 MMHG.                                                  |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS VENOSA RECTA                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA VENOSA CURVA                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA VENOSA UNICA (DOBLE CANASTILLA)                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA ARTERIAL RECTA                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA ARTERIAL CURVA                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                            |                        |              |                     |





| No. | CONSUMIBLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | MARCA (Producto denominado o denominación distintiva que aparece en el Registro Sanitario) | LABORATORIO FABRICANTE | PRESENTACIÓN | PAÍS DE PROCEDENCIA |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------|---------------------|
|     | CANULAS CARDIOPLEJIA ANTEROGRADA                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS CARDIOPLEJIA RETROGRADA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | TORNIQUETE VENOSO/ARTERIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA SUCCIÓN (VENT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ASPIRADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | TRANSDUCTOR DE PRESIÓN BOMBA (RODILLOS)                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ELECTRODO PARA MARCAPASO EPICARDICO TEMPORAL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | EQUIPO PARA DRENAJE PLEURAL DE SELLO DE AGUA, SUCCIÓN CON REGULADOR EN SECO, CÁMARA DE RECOLECCIÓN DE LÍQUIDOS, CON VÁLVULAS DE SEGURIDAD DE PRESIÓN POSITIVA Y NEGATIVA, ESTÉRIL, DESECHABLE CON CAPACIDAD DE 2100 A 2500 ML, INCLUYE AMPOLLETA DE AGUA.                                                                     |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SONDA PLEURAL DIFERENTES MEDIDAS A ELECCION DEL CIRUJANO                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVO PARA GASÓMETRO, GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS SÉRICOS.                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVOS O CARTUCHOS PARA MEDIR TIEMPO DE COAGULACIÓN ACTIVADA.                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SUTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | VALVULAS MECANICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | VALVULAS BIOLOGICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | HOJA PARA SIERRA DE ESTERNOTOMÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ENGRAPADORA PARA PIEL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | QUITAGRAPAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ELECTRODO NEUTRO CON SUPERFICIE DE 72 Ó 168 CM CUADRADOS, CON DOS ÁREAS DE CONTACTO INDEPENDIENTE, DESECHABLE CON CABLE DE 3 METROS. PARA PACIENTE ADULTO O PARA PACIENTE PEDIÁTRICO (A ELECCIÓN DEL CIRUJANO).                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | LÁPIZ DE ELECTROCIRUGÍA CON 2 BOTONES, ELECTRODO DE ESPÁTULA CON CABLE DE CONEXIÓN DE 3M ESTÉRIL.                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CEPILLO PARA LAVADO DE MANOS QUIRURGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
| 8   | CORRECCION DE DEFECTOS CONGÉNITOS COMPLEJOS                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | OXIGENADOR PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, DE MEMBRANA CON RECUBRIMIENTO BIOCOMPATIBLE, CON FILTRO ARTERIAL VOLUMEN DE CEBADO DE 16ML, Y CON RESERVORIO VENOSO RÍGIDO, CON SISTEMA PARA REALIZAR DRENAJE VENOSO (SISTEMA CERRADO CON PUERTO PARA ASPIRACIÓN), TAMAÑO NEONATO (0.7 LITROS/MIN), VOLUMEN DE CEBADO DE 31 ML.    |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | EQUIPO DE TUBERÍA PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, PARA OXIGENADOR TAMAÑO ADULTO COMPATIBLE DE ACUERDO CON LA TECNOLOGÍA DE CADA FABRICANTE.                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE CARDIOPLEGIA CONSTA DE SERPENTÍN, CUBETA CON TAPA, LÍNEAS DE CARDIOPLEGIA PARA PERMITIR LA RECIRCULACIÓN, OBTURADORES DE PASO PARA INICIAR Y TERMINAR LA ADMINISTRACIÓN, CÁMARA TRANSPARENTE ROMPE GOTAS CON LLAVE DE 3 VÍAS PARA CUATRO COMBINACIONES DE FLUJO Y DIAGRAMA E INSTRUCTIVO DE USO. |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | FILTRO ARTERIAL, PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA DE POLICARBONATO, TAMAÑO NEONATAL                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | HEMOCONCENTRADOR PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, CON LÍNEAS DE CONEXIÓN Y ENTRADAS LUER LOCK, TAMAÑO ADULTO, CON FIBRA DE POLISULFONA POLIETERSULFONA, CON UNA PRESIÓN TRANSMEMBRANA MÁXIMA DE 480 MMHG.                                                                                                                      |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVO PARA GASÓMETRO, GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS SÉRICOS.                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVOS O CARTUCHOS PARA MEDIR TIEMPO DE COAGULACIÓN ACTIVADA.                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | EQUIPO PARA DRENAJE PLEURAL DE SELLO DE AGUA, SUCCIÓN CON REGULADOR EN SECO, CÁMARA DE RECOLECCIÓN DE LÍQUIDOS, CON VÁLVULAS DE SEGURIDAD DE PRESIÓN POSITIVA Y NEGATIVA, ESTÉRIL, DESECHABLE CON CAPACIDAD DE 2100 A 2500 ML, INCLUYE AMPOLLETA DE AGUA.                                                                     |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SONDA PLEURAL DIFERENTES MEDIDAS A ELECCION DEL CIRUJANO                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | TRANSDUCTOR DE PRESIÓN BOMBA (RODILLOS)                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS VENOSA RECTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA VENOSA CURVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA ARTERIAL RECTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA ARTERIAL CURVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS CARDIOPLEJIA ANTEROGRADA                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS CARDIOPLEJIA RETROGRADA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA SUCCIÓN (VENT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ASPIRADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |





| No. | CONSUMIBLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | MARCA (Producto denominado o denominación distintiva que aparece en el Registro Sanitario) | LABORATORIO FABRICANTE | PRESENTACIÓN | PAÍS DE PROCEDENCIA |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------|---------------------|
|     | ELECTRODO PARA MARCAPASO EPICARDICO TEMPORAL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SUTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | PARCHES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | INJERTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ELECTRODO NEUTRO CON SUPERFICIE DE 72 Ó 168 CM CUADRADOS, CON DOS ÁREAS DE CONTACTO INDEPENDIENTE, DESECHABLE CON CABLE DE 3 METROS. PARA PACIENTE ADULTO O PARA PACIENTE PEDIÁTRICO (A ELECCIÓN DEL CIRUJANO).                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | LÁPIZ DE ELECTROCIRUGÍA CON 2 BOTONES, ELECTRODO DE ESPÁTULA CON CABLE DE CONEXIÓN DE 3M ESTÉRIL.                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CEPILLO PARA LAVADO DE MANOS QUIRURGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
| 9   | <b>CIERRE DE DEFECTOS INTERAURICULAR O INTERVAENTRICULAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | OXIGENADOR PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, DE MEMBRANA CON RECUBRIMIENTO BIOCOMPATIBLE, CON FILTRO ARTERIAL VOLUMEN DE CEBADO DE 16ML, Y CON RESERVORIO VENOSO RÍGIDO, CON SISTEMA PARA REALIZAR DRENAJE VENOSO (SISTEMA CERRADO CON PUERTO PARA ASPIRACIÓN), TAMAÑO NEONATO (0.7 LITROS/MIN), VOLUMEN DE CEBADO DE 31 ML.    |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | EQUIPO DE TUBERÍA PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, PARA OXIGENADOR TAMAÑO ADULTO COMPATIBLE DE ACUERDO CON LA TECNOLOGÍA DE CADA FABRICANTE.                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE CARDIOPLEGIA CONSTA DE SERPENTÍN, CUBETA CON TAPA, LÍNEAS DE CARDIOPLEGIA PARA PERMITIR LA RECIRCULACIÓN, OBTURADORES DE PASO PARA INICIAR Y TERMINAR LA ADMINISTRACIÓN, CÁMARA TRANSPARENTE ROMPE GOTAS CON LLAVE DE 3 VÍAS PARA CUATRO COMBINACIONES DE FLUJO Y DIAGRAMA E INSTRUCTIVO DE USO. |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | FILTRO ARTERIAL, PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA DE POLICARBONATO, TAMAÑO NEONATAL                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | HEMOCONCENTRADOR PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, CON LÍNEAS DE CONEXIÓN Y ENTRADAS LUER LOCK, TAMAÑO ADULTO, CON FIBRA DE POLISULFONA POLIETERSULFONA, CON UNA PRESIÓN TRANSMEMBRANA MÁXIMA DE 480 MMHG.                                                                                                                      |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVO PARA GASÓMETRO, GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS SÉRICOS.                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVOS O CARTUCHOS PARA MEDIR TIEMPO DE COAGULACIÓN ACTIVADA.                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | EQUIPO PARA DRENAJE PLEURAL DE SELLO DE AGUA, SUCCIÓN CON REGULADOR EN SECO, CÁMARA DE RECOLECCIÓN DE LÍQUIDOS, CON VÁLVULAS DE SEGURIDAD DE PRESIÓN POSITIVA Y NEGATIVA, ESTÉRIL, DESECHABLE CON CAPACIDAD DE 2100 A 2500 ML, INCLUYE AMPOLLETA DE AGUA.                                                                     |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SONDA PLEURAL DIFERENTES MEDIDAS A ELECCION DEL CIRUJANO                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | TRANSDUCTOR DE PRESIÓN BOMBA (RODILLOS)                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS VENOSA RECTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA VENOSA CURVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA ARTERIAL RECTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA ARTERIAL CURVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS CARDIOPLEJIA ANTEROGRADA                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS CARDIOPLEJIA RETROGRADA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | TORNIQUETE VENOSO/ARTERIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA SUCCIÓN (VENT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ASPIRADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ELECTRODO PARA MARCAPASO EPICARDICO TEMPORAL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SUTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | PARCHES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | HOJA PARA SIERRA DE ESTERNOTOMÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ELECTRODO NEUTRO CON SUPERFICIE DE 72 Ó 168 CM CUADRADOS, CON DOS ÁREAS DE CONTACTO INDEPENDIENTE, DESECHABLE CON CABLE DE 3 METROS. PARA PACIENTE ADULTO O PARA PACIENTE PEDIÁTRICO (A ELECCIÓN DEL CIRUJANO).                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | LÁPIZ DE ELECTROCIRUGÍA CON 2 BOTONES, ELECTRODO DE ESPÁTULA CON CABLE DE CONEXIÓN DE 3M ESTÉRIL.                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CEPILLO PARA LAVADO DE MANOS QUIRURGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
| 10  | <b>REPARACIÓN DE ANEURISMA AORTICO DE RAIZ O AORTA TORACICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | OXIGENADOR PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, DE MEMBRANA CON RECUBRIMIENTO BIOCOMPATIBLE, CON RESERVORIO VENOSO RÍGIDO, CON SISTEMA PARA REALIZAR DRENAJE VENOSO, CON LUER LOCK PARA CAPNOGRAFÍA, (6 LITROS/MIN), VOLUMEN DE CEBADO DE 284 ML.                                                                                  |                                                                                            |                        |              |                     |





| No. | CONSUMIBLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | MARCA (Producto denominado o denominación distintiva que aparece en el Registro Sanitario) | LABORATORIO FABRICANTE | PRESENTACIÓN | PAÍS DE PROCEDENCIA |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------|---------------------|
|     | EQUIPO DE TUBERÍA PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, PARA OXIGENADOR TAMAÑO ADULTO COMPATIBLE DE ACUERDO CON LA TECNOLOGÍA DE CADA FABRICANTE.                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE CARDIOPLEGIA CONSTA DE SERPENTÍN, CUBETA CON TAPA, LÍNEAS DE CARDIOPLEGIA PARA PERMITIR LA RECIRCULACIÓN, OBTURADORES DE PASO PARA INICIAR Y TERMINAR LA ADMINISTRACIÓN, CÁMARA TRANSPARENTE ROMPE GOTAS CON LLAVE DE 3 VÍAS PARA CUATRO COMBINACIONES DE FLUJO Y DIAGRAMA E INSTRUCTIVO DE USO. |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | FILTRO ARTERIAL, PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA DE POLICARBONATO, CON MALLA FILTRANTE 40 MICRAS, ENTRADA LUER LOCK. TAMAÑO ADULTO                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | HEMOCONCENTRADOR PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, CON LÍNEAS DE CONEXIÓN Y ENTRADAS LUER LOCK, TAMAÑO ADULTO, CON FIBRA DE POLISULFONA POLIETERSULFONA, CON UNA PRESIÓN TRANSMEMBRANA MÁXIMA DE 480 MMHG.                                                                                                                      |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS VENOSA RECTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA VENOSA CURVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA VENOSA UNICA (DOBLE CANASTILLA)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA ARTERIAL RECTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA ARTERIAL CURVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS CARDIOPLEGIA ANTEROGRADA                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS CARDIOPLEGIA RETROGRADA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA IRRIGACION INJERTO VENOSO/ARTERIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | TORNIQUETE VENOSO/ARTERIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA SUCCIÓN (VENT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ASPIRADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | TRANSDUCTOR DE PRESIÓN BOMBA (RODILLOS)                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ELECTRODO PARA MARCAPASO EPICARDICO TEMPORAL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SACABOCADOS AORTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | EQUIPO PARA DRENAJE PLEURAL DE SELLO DE AGUA, SUCCIÓN CON REGULADOR EN SECO, CÁMARA DE RECOLECCIÓN DE LÍQUIDOS, CON VÁLVULAS DE SEGURIDAD DE PRESIÓN POSITIVA Y NEGATIVA, ESTÉRIL, DESECHABLE CON CAPACIDAD DE 2100 A 2500 ML, INCLUYE AMPOLLETA DE AGUA.                                                                     |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SONDA PLEURAL DIFERENTES MEDIDAS A ELECCION DEL CIRUJANO                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVO PARA GASÓMETRO, GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS SÉRICOS.                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVOS O CARTUCHOS PARA MEDIR TIEMPO DE COAGULACIÓN ACTIVADA.                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SUTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CLIP DE RESORTE TIPO BULLDOG                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | APLICADOR DE CLIPS MULTIPLES TAMAÑO CHICO, MEDIANO O GRANDE A ELECCION DEL CIRUJANO                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ENGRAPADORA PARA PIEL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | QUITAGRAPAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | INJERTO VALVULADO (BIOLOGICO O MECANICO A ELECCION DEL CIRUJANO)                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | INJERTO ARCO AORTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | HOJA PARA SIERRA DE ESTERNOTOMÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ELECTRODO NEUTRO CON SUPERFICIE DE 72 Ó 168 CM CUADRADOS, CON DOS ÁREAS DE CONTACTO INDEPENDIENTE, DESECHABLE CON CABLE DE 3 METROS. PARA PACIENTE ADULTO O PARA PACIENTE PEDIÁTRICO (A ELECCIÓN DEL CIRUJANO).                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | LÁPIZ DE ELECTROCIRUGÍA CON 2 BOTONES, ELECTRODO DE ESPÁTULA CON CABLE DE CONEXIÓN DE 3M ESTÉRIL.                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS FEMORALES ARTERIALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS FEMORALES VENOSAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CEPILLO PARA LAVADO DE MANOS QUIRURGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
| 11  | <b>REPARACIÓN DE ANEURISMA AORTICO DESCENDENTE O ABDOMINAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | EQUIPO PARA DRENAJE PLEURAL DE SELLO DE AGUA, SUCCIÓN CON REGULADOR EN SECO, CÁMARA DE RECOLECCIÓN DE LÍQUIDOS, CON VÁLVULAS DE SEGURIDAD DE PRESIÓN POSITIVA Y NEGATIVA, ESTÉRIL, DESECHABLE CON CAPACIDAD DE 2100 A 2500 ML, INCLUYE AMPOLLETA DE AGUA.                                                                     |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SONDA PLEURAL DIFERENTES MEDIDAS A ELECCION DEL CIRUJANO                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVO PARA GASÓMETRO, GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS SÉRICOS.                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVOS O CARTUCHOS PARA MEDIR TIEMPO DE COAGULACIÓN ACTIVADA.                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SUTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ENGRAPADORA PARA PIEL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |





| No. | CONSUMIBLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | MARCA (Producto denominado o denominación distintiva que aparece en el Registro Sanitario) | LABORATORIO FABRICANTE | PRESENTACIÓN | PAÍS DE PROCEDENCIA |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------|---------------------|
|     | QUITAGRAPAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | INJERTO RECTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | INJERTO BIFURCADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ELECTRODO NEUTRO CON SUPERFICIE DE 72 Ó 168 CM CUADRADOS, CON DOS ÁREAS DE CONTACTO INDEPENDIENTE, DESECHABLE CON CABLE DE 3 METROS. PARA PACIENTE ADULTO O PARA PACIENTE PEDIÁTRICO (A ELECCIÓN DEL CIRUJANO).                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | LÁPIZ DE ELECTROCIRUGÍA CON 2 BOTONES, ELECTRODO DE ESPÁTULA CON CABLE DE CONEXIÓN DE 3M ESTÉRIL.                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CEPILLO PARA LAVADO DE MANOS QUIRURGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
| 12  | <b>REINTERVENCION POR SANGRADO QUIRURGICO CON CEC</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | OXIGENADOR PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, DE MEMBRANA CON RECUBRIMIENTO BIOCOMPATIBLE, CON RESERVORIO VENOSO RÍGIDO, CON SISTEMA PARA REALIZAR DRENAJE VENOSO, CON LUER LOCK PARA CAPNOGRAFÍA, (6 LITROS/MIN), VOLUMEN DE CEBADO DE 284 ML.                                                                                  |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | EQUIPO DE TUBERÍA PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, PARA OXIGENADOR TAMAÑO ADULTO COMPATIBLE DE ACUERDO CON LA TECNOLOGÍA DE CADA FABRICANTE.                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE CARDIOPLEGIA CONSTA DE SERPENTÍN, CUBETA CON TAPA, LÍNEAS DE CARDIOPLEGIA PARA PERMITIR LA RECIRCULACIÓN, OBTURADORES DE PASO PARA INICIAR Y TERMINAR LA ADMINISTRACIÓN, CÁMARA TRANSPARENTE ROMPE GOTAS CON LLAVE DE 3 VÍAS PARA CUATRO COMBINACIONES DE FLUJO Y DIAGRAMA E INSTRUCTIVO DE USO. |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | FILTRO ARTERIAL, PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA DE POLICARBONATO, CON MALLA FILTRANTE 40 MICRAS, ENTRADA LUER LOCK. TAMAÑO ADULTO                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | HEMOCONCENTRADOR PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, CON LÍNEAS DE CONEXIÓN Y ENTRADAS LUER LOCK, TAMAÑO ADULTO, CON FIBRA DE POLISULFONA POLIETERSULFONA, CON UNA PRESIÓN TRANSMEMBRANA MÁXIMA DE 480 MMHG.                                                                                                                      |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS VENOSA RECTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA VENOSA CURVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA VENOSA UNICA (DOBLE CANASTILLA)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA ARTERIAL RECTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA ARTERIAL CURVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS CARDIOPLEGIA ANTEROGRADA                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS CARDIOPLEGIA RETROGRADA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA IRRIGACION INJERTO VENOSO/ARTERIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | TORNIQUETE VENOSO/ARTERIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULA SUCCIÓN (VENT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ASPIRADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | TRANSDUCTOR DE PRESIÓN BOMBA (RODILLOS)                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ELECTRODO PARA MARCAPASO EPICARDICO TEMPORAL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | EQUIPO PARA DRENAJE PLEURAL DE SELLO DE AGUA, SUCCIÓN CON REGULADOR EN SECO, CÁMARA DE RECOLECCIÓN DE LÍQUIDOS, CON VÁLVULAS DE SEGURIDAD DE PRESIÓN POSITIVA Y NEGATIVA, ESTÉRIL, DESECHABLE CON CAPACIDAD DE 2100 A 2500 ML, INCLUYE AMPOLLETA DE AGUA.                                                                     |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SONDA PLEURAL DIFERENTES MEDIDAS A ELECCION DEL CIRUJANO                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVO PARA GASÓMETRO, GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS SÉRICOS.                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVOS O CARTUCHOS PARA MEDIR TIEMPO DE COAGULACIÓN ACTIVADA.                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SUTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CLIP DE RESORTE TIPO BULLDOG                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | APLICADOR DE CLIPS MULTIPLES TAMAÑO CHICO, MEDIANO O GRANDE A ELECCION DEL CIRUJANO                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ENGRAPADORA PARA PIEL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | QUITAGRAPAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ELECTRODO NEUTRO CON SUPERFICIE DE 72 Ó 168 CM CUADRADOS, CON DOS ÁREAS DE CONTACTO INDEPENDIENTE, DESECHABLE CON CABLE DE 3 METROS. PARA PACIENTE ADULTO O PARA PACIENTE PEDIÁTRICO (A ELECCIÓN DEL CIRUJANO).                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | LÁPIZ DE ELECTROCIRUGÍA CON 2 BOTONES, ELECTRODO DE ESPÁTULA CON CABLE DE CONEXIÓN DE 3M ESTÉRIL.                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CEPILLO PARA LAVADO DE MANOS QUIRURGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                        |              |                     |
| 13  | <b>REINTERVENCION POR SANGRADO QUIRURGICO SIN CEC</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |





| No. | CONSUMIBLE                                                                                                                                                                                                                                                | MARCA (Producto denominado o denominación distintiva que aparece en el Registro Sanitario) | LABORATORIO FABRICANTE | PRESENTACIÓN | PAÍS DE PROCEDENCIA |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------|---------------------|
|     | EQUIPO PARA DRENAJE PLEURAL DE SELLO DE AGUA, SUCCIÓN CON REGULADOR EN SECO, CÁMARA DE RECOLECCIÓN DE LÍQUIDOS, CON VÁLVULAS DE SEGURIDAD DE PRESIÓN POSITIVA Y NEGATIVA, ESTÉRIL, DESECHABLE CON CAPACIDAD DE 2100 A 2500 ML, INCLUYE AMPOLLETA DE AGUA. |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SONDA PLEURAL DIFERENTES MEDIDAS A ELECCION DEL CIRUJANO                                                                                                                                                                                                  |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVO PARA GASÓMETRO, GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS SÉRICOS.                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVOS O CARTUCHOS PARA MEDIR TIEMPO DE COAGULACIÓN ACTIVADA.                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SUTURAS                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | GRAPAS O CLIPS HEMOSTÁTICAS DESECHABLE.                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REPUESTO DE CLIP CARDIOVASCULAR                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ENGRAPADORA PARA PIEL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | QUITAGRAPAS                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ELECTRODO NEUTRO CON SUPERFICIE DE 72 Ó 168 CM CUADRADOS, CON DOS ÁREAS DE CONTACTO INDEPENDIENTE, DESECHABLE CON CABLE DE 3 METROS. PARA PACIENTE ADULTO O PARA PACIENTE PEDIÁTRICO (A ELECCIÓN DEL CIRUJANO).                                           |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | LÁPIZ DE ELECTROCIRUGÍA CON 2 BOTONES, ELECTRODO DE ESPÁTULA CON CABLE DE CONEXIÓN DE 3M ESTÉRIL.                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CEPILLO PARA LAVADO DE MANOS QUIRURGICO                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
| 14  | <b>CIRUGÍAS DE CORRECCIÓN DE DEFECTOS CONGÉNITOS CARDIOTORACICOS SIN CEC</b>                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | EQUIPO PARA DRENAJE PLEURAL DE SELLO DE AGUA, SUCCIÓN CON REGULADOR EN SECO, CÁMARA DE RECOLECCIÓN DE LÍQUIDOS, CON VÁLVULAS DE SEGURIDAD DE PRESIÓN POSITIVA Y NEGATIVA, ESTÉRIL, DESECHABLE CON CAPACIDAD DE 2100 A 2500 ML, INCLUYE AMPOLLETA DE AGUA. |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SONDA PLEURAL DIFERENTES MEDIDAS A ELECCION DEL CIRUJANO                                                                                                                                                                                                  |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVO PARA GASÓMETRO, GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS SÉRICOS.                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REACTIVOS O CARTUCHOS PARA MEDIR TIEMPO DE COAGULACIÓN ACTIVADA.                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | SUTURAS                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | GRAPAS O CLIPS HEMOSTÁTICAS DESECHABLE.                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | REPUESTO DE CLIP CARDIOVASCULAR                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ENGRAPADORA PARA PIEL DESECHABLE                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | QUITAGRAPAS                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ELECTRODO NEUTRO CON SUPERFICIE DE 72 Ó 168 CM CUADRADOS, CON DOS ÁREAS DE CONTACTO INDEPENDIENTE, DESECHABLE CON CABLE DE 3 METROS. PARA PACIENTE ADULTO O PARA PACIENTE PEDIÁTRICO (A ELECCIÓN DEL CIRUJANO).                                           |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | LÁPIZ DE ELECTROCIRUGÍA CON 2 BOTONES, ELECTRODO DE ESPÁTULA CON CABLE DE CONEXIÓN DE 3M ESTÉRIL.                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |
| 15  | <b>ASISTENCIA VENTRICULAR CON BIAC</b>                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CATETER BALON                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | TRANSDUCTOR                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | TANQUE DE HELIO                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ANTISÉPTICO QUIRÚRGICO A BASE DE GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 2% Y ALCOHOL ISOPROPÍLICO AL 70%, EN ENVASE UNIDOSIS, ESTÉRIL.                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
| 16  | <b>CANULAS FEMORALES</b>                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS FEMORALES ARTERIALES                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | CANULAS FEMORALES VENOSAS                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                            |                        |              |                     |
| 17  | <b>PAQUETE DE HEMOSTATICOS ESPECIALES</b>                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | ESPONJA ABSORBIBLE DE GELATINA PORCINA MALEABLE, INSOLUBLE EN AGUA ESTERIL (SPONGOSTAN)                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | HEMOSTÁTICO CON PROTEÍNAS HUMANAS COAGULABLES CONTIENE FIBRINÓGENO Y TROMBINA EN PRESENTACIONES DE 2ML, 4ML Y 10ML. A ELECCION Y NECESIDAD DEL CIRUJANO.                                                                                                  |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | HEMOSTÁTICO CON MATRIZ HEMOSTÁTICA, CONTIENEN GRÁNULOS DE COLÁGENA Y TROMBINA 5ML, 1 VIAL.                                                                                                                                                                |                                                                                            |                        |              |                     |
| 18  | <b>ANEXOS</b>                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                        |              |                     |
|     | KIT DE DISPOSITIVO AUTOMATICO DE TITANIO PARA FIJACION Y CORTE DE SUTURA VALVULAR                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                        |              |                     |





LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL  
GEP-SPFA-LPN-145-214/2025

SERVICIO INTEGRAL DE CARDIOLOGÍA PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y  
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES  
DEL ESTADO DE PUEBLA.

| No. | CONSUMIBLE                                                                                                                                                | MARCA (Producto<br>denominado o<br>denominación distintiva<br>que aparece en el<br>Registro Sanitario) | LABORATORIO<br>FABRICANTE | PRESENTACIÓN | PAÍS DE<br>PROCEDENCIA |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------|------------------------|
| 19  | GANCHO CON SUJETADOR DE TITANIO                                                                                                                           |                                                                                                        |                           |              |                        |
| 20  | SET DE INSTRUMENTAL PARA CIRUGIA CARDIACA DE MINIMA INVASION DE ACERO INOXIDABLE Y TITANO TIPO CERAMO                                                     |                                                                                                        |                           |              |                        |
| 21  | SISTEMA DE FIJACION DE COSTILLAS Y REPARACION DE DEFECTOS TORACICOS CON PLACAS Y TORNILLOS AUTOENRROSCABLES DE TITANIO                                    |                                                                                                        |                           |              |                        |
| 22  | MATRIX PARCHE DE PERICARDIO EQUINO DE 3 X 3CM, 5 X 5 CM, 8 X 4CM.                                                                                         |                                                                                                        |                           |              |                        |
| 23  | PARCHE DE POLITETRAFLUORETILENO DE DIFERENTES MEDIDAS A ELECCION DE CIRUJANO                                                                              |                                                                                                        |                           |              |                        |
| 24  | SISTEMA DE RECUPERACION CELULAR DINAMICA Y AUTOTRANSFUSION                                                                                                |                                                                                                        |                           |              |                        |
| 25  | ENGRAPADORAS DE PULMÓN MECÁNICA O AUTOMÁTICA TORACOSCÓPICA CON DIFERENTES CARTUCHOS DE 45 MM Y 60 MM DE 12 MM DE DIÁMETRO Y LONGITUD LARGA O EXTRA LARGA. |                                                                                                        |                           |              |                        |
| 26  | SEPARADOR DE TEJIDOS BLANDOS CHICO Y EXTRA LARGA. (PARA CIRUGÍA TORACOSCÓPICA)                                                                            |                                                                                                        |                           |              |                        |
| 27  | TUBO ENDOTRAQUEAL SELECTIVO DERECHO E IZQUIERDO DE DIFERENTES MEDIDAS DE ACUERDO CON EL PESO Y TALLA DEL PACIENTE.                                        |                                                                                                        |                           |              |                        |
| 28  | TORRE DE VIDEO CON LENTE DE 5 Y 10 MM DE 0 Y 30" DE ANGULACIÓN.                                                                                           |                                                                                                        |                           |              |                        |

**Nota:** El licitante adjudicado deberá porporcionar los insumos sin costo extra para la contratante.





## MODELO DE CONTRATO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ----- QUE CELEBRAN POR UNA PARTE, EL **GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA** POR CONDUCTO DE LA **SECRETARÍA** QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINADARA **“LA SECRETARÍA”** -----, REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR -----, EN SU CALIDAD DE ÁREA REQUERENTE Y A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ **“EL CONTRATANTE”**, ASISTIDA POR -----; TODOS POR LA MISMA DEPENDENCIA; Y POR LA OTRA PARTE, LA PERSONA MORAL/FÍSICA DENOMINADA -----; REPRESENTADA LEGALMENTE EN ESTE ACTO POR -----, EN SU CARÁCTER DE -----, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ **“EL PROVEEDOR”**, Y CUANDO ACTÚEN DE FORMA CONJUNTA SE LES DENOMINARA **“LAS PARTES”**, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

## DECLARACIONES

### I.- De **“LA SECRETARÍA”**

**I.1.-** Que, es una Dependencia de la Administración Pública Centralizada del Poder Ejecutivo del Estado de Puebla, y está facultada para intervenir en el presente contrato, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 82 y 83, de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla; 1, 3, 19, 31 fracción I y 32 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.

**I.2.-** Que, el Coordinador General de Administración de la Secretaría de Gobernación tiene la facultad para suscribir el presente contrato de conformidad con lo dispuesto por los artículos 9, segundo párrafo, 13, 15, primer párrafo, de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla; 1, 5, fracción VIII, 18 fracción VI, 73 fracción XVII del Reglamento Interior de la Secretaría General de Gobierno con base en el artículo Décimo Transitorio de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla en vigor, y Acuerdo Delegatorio de fecha dieciocho de febrero del año en curso, por el cual el Titular de ésta Secretaría, delega a los titulares de la Coordinación General de Administración y Dirección de Recursos Materiales y Servicios Generales la facultad de realizar los actos relativos a los procedimientos de adjudicación de contratos de adquisiciones, arrendamientos y prestación de servicios que requiera **“LA SECRETARÍA”**, de conformidad con el artículo Séptimo Transitorio de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla en vigor; asistido por el Coordinador General de Protección Civil en su calidad de área requirente, y la Directora de Recursos Materiales y Servicios Generales, en término de los artículos 5 fracciones VII, VIII.2, 18 fracción VI, 19 fracción XIII, 69 fracciones VII y 75 fracción IX, todos del citado Reglamento.

**I.3.-** Que la prestación del servicio (TIPO DE PROCEDIMIENTO), objeto del presente contrato se efectuó mediante (TIPO DE PROCEDIMIENTO), de fecha -----, de conformidad con lo establecido en los artículos (FUNDAMENTO CORRESPONDIENTE AL TIPO DE PROCEDIMIENTO) y demás aplicables de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.

**I.4.-** Que cuenta con los recursos suficientes para cubrir las erogaciones que se deriven del presente contrato, de acuerdo con el Oficio Núm. ----- que emite -----, con cargo a la llave presupuestal siguiente: -----.

**I.5.-** Que señala como domicilio legal, para los efectos legales correspondientes el ubicado en -----, Código Postal -----, Ciudad.

**I.6.-** Que, su Registro Federal de contribuyentes es-----





## II.- De “EL PROVEEDOR”

**II.1.-** Que es una persona (FÍSICA/MORAL) misma que está constituida conforme a las leyes de los Estados Unidos Mexicanos, lo que se acredita con la póliza número -----, Libro --- del Registro Público de Comercio -----, otorgada ante la fe del Licenciado -----, Corredor Público número ---- de -----.

**II.2.-** Que es ----- de la persona moral denominada -----, que cuenta con la capacidad jurídica para contratar y obligarse a la ejecución y cumplimiento del objeto del presente contrato, constituida conforme -----, la cual acredita con la Escritura Pública Número ----- otorgado ante la fe del -----.  
Declarando bajo protesta de decir verdad que las facultades otorgadas por su representada, no le han sido modificadas, restringidas ni revocadas y se identifica en este momento con Credencial para Votar, expedida por el Instituto Nacional Electoral número ----- y clave de elector -----.

**II.3.-** Que dentro de su objeto social se encuentra la ----- Lo anterior de acuerdo con su Acta Constitutiva.

**II.4.-** Que, se encuentra inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes, bajo el número-----.

**II.5.-** Que, acredita tener solvencia económica, financiera y técnica, lo que permite cumplir con las obligaciones requeridas por “**EL CONTRATANTE**”, de acuerdo con la documentación que se adjunta al presente contrato.

**II.6.-** Que dispone de la organización, experiencia, personal capacitado y demás elementos técnicos, humanos y económicos necesarios para obligarse en términos del presente contrato.

**II.7.-** Que manifiesta bajo protesta de decir verdad, que no se encuentra en alguno de los supuestos que le impida suscribir el presente contrato, previstos en el artículo 77 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamiento que le impida contratar y manifiesta estar al corriente en sus obligaciones fiscales en los términos del artículo 24-E del Código fiscal del Estado de Puebla.

**II.8.-** Que se compromete a inscribirse/actualizarse al Padrón de Proveedores Municipal, de conformidad a lo establecido en el artículo 25 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamiento y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.

**II.9.-** Que señala como domicilio legal para los efectos correspondientes el ubicado en -----, C.P -----.

**II.10.-** Que declara bajo protesta de decir verdad que no desempeña empleo, cargo o comisión en el servicio público, o en su caso, que, a pesar de desempeñarlo, con la formalización del contrato correspondiente no se actualiza un conflicto de interés.

## III.- De “LAS PARTES”:

**ÚNICO.** - Que se reconocen la capacidad y personalidad jurídica con que se ostentan y con la cual se celebra este contrato, manifestando que no existe error, dolo, mala fe, ni cualquier otro vicio que afecte el consentimiento con que se celebra el mismo.

En mérito de lo anteriormente expuesto, “**LAS PARTES**” se someten a las siguientes:





## CLÁUSULAS

### PRIMERA. - OBJETO DEL CONTRATO.

“**EL PROVEEDOR**” a través del presente acto jurídico prestará a “**EL CONTRATANTE**”, el (SERVICIO CONTRATADO) solicitado por (NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD), conforme a las especificaciones técnicas establecidas dentro de las Bases de (PROCEDIMIENTO -----).

### SEGUNDA. - ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y PRECIOS.

“**EL PROVEEDOR**” se obliga a prestar el servicio objeto del presente contrato de acuerdo a las especificaciones (BASES DEL PROCEDIMIENTO-----).

### TERCERA. - LUGAR, PERIODO DE ENTREGA Y VIGENCIA.

“**EL PROVEEDOR**” se obliga a prestar a “**EL CONTRATANTE**”, el servicio objeto de este contrato, a partir del ----- y a concluirlo a más tardar el -----.

Asimismo “**EL PROVEEDOR**” se obliga a realizar la prestación del servicio en el inmueble ubicado en -----.

### CUARTA. - DEL IMPORTE MÍNIMO Y MÁXIMO.

“**LAS PARTES**” convienen que el importe por la prestación del servicio (DESCRIBIR SERVICIO), objeto del presente contrato, es fijo y es por un monto mínimo de \$-----, --- (----- --/100 M.N.) y un monto máximo \$-----, --- (----- --/100 M.N.) más el Impuesto al Valor Agregado por la cantidad de \$----, -- (----- --/100 M.N.).

### QUINTA. - DE LA FORMA DE PAGO.

“**LAS PARTES**” en este acto convienen que el pago por la prestación del servicio objeto del presente contrato, se efectuará de la siguiente forma:

- I. La forma de pago se realizará en una sola exhibición dentro de los 30 días naturales posteriores a la entrega de la factura, contra entrega de la prestación del servicio, a entera satisfacción de “**EL CONTRATANTE**”; la factura deberá cubrir con los requisitos de los artículos 29 y 29 A del Código Fiscal de la Federación. “**EL PROVEEDOR**” deberá contar con facturación electrónica;
- II. “**EL PROVEEDOR**” realizará el pago del derecho del CINCO AL MILLAR, por los pagos que se generen con motivo de la prestación del servicio, objeto del presente instrumento, lo anterior de conformidad a la Ley de Ingresos del Estado de Puebla para el ejercicio fiscal vigente;

III.- El pago descrito en el Punto I de la presente Cláusula, se efectuará a “**EL PROVEEDOR**” por medio de transferencia de recursos a la cuenta y CLABE que para tal efecto éste le indique a “**EL**





**CONTRATANTE**” o bien mediante cheque, a juicio de este último previa presentación de la factura respectiva, siempre que se hayan realizado la prestación del servicio objeto del presente a entera satisfacción de **“EL CONTRATANTE”**; dicha factura deberá cumplir con los requisitos legales y aplicables;

#### **SEXTA. - DE LOS PAGOS EN EXCESO.**

**“LAS PARTES”** convienen que no habrá incremento en la cantidad por concepto de pago de la prestación del servicio materia del presente contrato, sobre los costos fijos del mismo a que hace referencia la Cláusula Cuarta.

Tratándose de pagos en exceso que haya recibido **“EL PROVEEDOR”**, éste se obliga a reintegrarlos, más los intereses generados, mismos que se computarán por días naturales desde la fecha del pago en exceso, hasta la fecha en que se pongan efectivamente las cantidades a disposición de **“EL CONTRATANTE”**.

#### **SÉPTIMA. - DE LAS OBLIGACIONES DE “EL PROVEEDOR”.**

Para el cumplimiento del objeto del presente contrato, **“EL PROVEEDOR”** se obliga a:

- I. Prestar para **“EL CONTRATANTE”** los servicios materia del presente contrato, en términos de la Cláusula Segunda y de acuerdo con las especificaciones técnicas descritas en la Cláusula Tercera del presente contrato;
- II. Asimismo **“EL PROVEEDOR”** se compromete a lo siguiente:
  - a) Realizar la prestación del servicio en el lugar señalado por la contratante;
  - b) Garantizar los vicios ocultos, si los hubiera, durante la vigencia de la garantía;
  - c) Responder por los daños parciales o totales que su personal, los equipos o el material empleados por éste, cause a los bienes propiedad de **“EL CONTRATANTE”**, servidores públicos y a terceros;
- III. Adoptar las medidas de seguridad necesarias con relación a la prestación del servicio objeto del presente contrato;
- IV. Mantener la prestación del servicio objeto del presente contrato en forma confidencial;
- V. Responder por los daños y perjuicios que por incumplimiento o negligencia de su parte se lleguen a causar a **“EL CONTRATANTE”** o a terceros;
- VI. Responsabilizarse de la honradez, buena conducta, eficiencia y absoluta discreción del personal que utilice para la prestación del servicio objeto del presente contrato;





- VII. Entregar a **“EL CONTRATANTE”** la garantía de cumplimiento por la prestación del servicio objeto del presente contrato;
- VIII. Proporcionar el número de cuenta y CLABE a **“EL CONTRATANTE”** para el pago oportuno por la prestación del servicio del presente contrato;
- IX. Comunicar por escrito oportunamente a **“EL CONTRATANTE”** cualquier cambio de domicilio fiscal;
- X. Cumplir con las demás obligaciones establecidas en el presente Contrato, las que deriven de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, así como las demás disposiciones legales, técnicas, reglamentarias y administrativas que resulten aplicables en la realización del objeto contratado.

#### OCTAVA. - DE LAS OBLIGACIONES DE “EL CONTRATANTE”.

Para el cumplimiento del objeto del presente contrato **“EL CONTRATANTE”** se obliga a:

- I. Pagar a **“EL PROVEEDOR”**, la cantidad fijada en la Cláusula Cuarta por concepto de pago, en los términos previstos en la Cláusula Quinta, ambas del presente Instrumento;
- II. Aplicar las sanciones correspondientes en caso de atraso o incumplimiento sin justificación alguna, que marca la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal;
- III. Dar seguimiento al cumplimiento del objeto del presente contrato por conducto de la Unidad Responsable; y
- IV. Las demás que deriven del presente contrato.

**NOVENA.- DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO Y POSIBLES VICIOS OCULTOS.-** De conformidad con lo dispuesto por el artículo 126 fracción III de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, **“EL PROVEEDOR”** se obliga a constituir Fianza expedida por Afianzadora debidamente constituida en términos de la Ley Federal de Instituciones de Seguros y Fianzas, para el cumplimiento de las obligaciones derivadas del presente contrato, la cual deberá ser a favor de **LA SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y FINANZAS DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA**, por un importe equivalente al -----% DEL MONTO MÁXIMO del presente contrato con I.V.A. incluido, para garantizar el fiel y exacto cumplimiento y la indemnización por vicios ocultos de las obligaciones consignadas en el presente instrumento y en la que además se especifique:

- Número de Contrato.
- Fecha del Contrato.
- Monto máximo del Contrato.
- Fecha de expedición y vigencia de la póliza, la cual deberá permanecer vigente durante la substanciación de todos los recursos legales o juicios que se interpongan y hasta que se dicte resolución definitiva por autoridad competente.
- Monto de la fianza.
- Señalar con precisión las obligaciones garantizadas.





- Que la afianzadora se obliga a seguir garantizando aún en el caso de que se otorguen prórrogas o esperas.
- Que se somete al procedimiento de ejecución que se establece en los Artículos 178, 279, 282, 283 y 289 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, en el supuesto de hacerse exigibles las garantías.

**“EL PROVEEDOR”** queda obligado a presentar a **“LA SECRETARÍA”**, la garantía de cumplimiento del contrato, a más tardar dentro de los cinco días naturales siguientes a que se firme el presente instrumento.

Estableciendo **“LAS PARTES”** que en caso de que el proveedor no exhiba la garantía, establecida en líneas que anteceden, será motivo de rescisión administrativa de manera unilateral de este Contrato, sin responsabilidad para **“LA SECRETARÍA”** de ningún tipo de prestación o de derecho.

En caso de que **“LA SECRETARÍA”**, decida modificar el contrato, de conformidad con el artículo 112 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, **“EL PROVEEDOR”** se obliga a garantizar dicha modificación en los términos señalados en el instrumento respectivo.

#### **DÉCIMA. - DE LA CESIÓN DE DERECHOS.**

**“EL PROVEEDOR”** no podrá conferir, ceder, ni transmitir los derechos y obligaciones que a su cargo se deriven del presente contrato, en forma parcial ni total, con excepción de los derechos de cobro, en cuyo caso deberá contar con el consentimiento por escrito de **“EL CONTRATANTE”**.

#### **DÉCIMA PRIMERA. - DE LAS RELACIONES LABORALES.**

**“EL PROVEEDOR”** conviene y acepta que en atención al origen del presente contrato, no se establecen o derivan del mismo, en ningún caso, relaciones laborales; asimismo, el personal empleado por **“EL PROVEEDOR”**, para el cumplimiento del objeto de este contrato, se entenderá relacionado exclusivamente con él, por ende **“EL PROVEEDOR”** asumirá la responsabilidad por este concepto de acuerdo a las disposiciones legales en materia del trabajo y seguridad social, en ningún caso **“EL CONTRATANTE”** será considerado como empleador solidario o sustituto.

#### **DÉCIMA SEGUNDA. - DE LA RESPONSABILIDAD DE “EL PROVEEDOR”.**

**“EL PROVEEDOR”** se obliga a prestar el servicio objeto de este contrato a satisfacción de **“EL CONTRATANTE”** así como responder por cuenta y riesgo del retardo o deficiencia en la prestación de este, así como de los daños y perjuicios que por incumplimiento o negligencia de su parte se lleguen a causar a **“EL CONTRATANTE”**, o a terceros.

#### **DÉCIMA TERCERA. - DE LA RESCISIÓN ADMINISTRATIVA.**

**“EL CONTRATANTE”** podrá rescindir el presente contrato administrativamente de pleno derecho, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 122 en relación con los diversos 123 y 125 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, sin necesidad de declaración judicial y sin responsabilidad para éste, cuando concurran los siguientes casos:

- I. Si **“EL PROVEEDOR”** no inicia la prestación del servicio objeto del presente contrato en la fecha pactada;





- II. Si **“EL PROVEEDOR”**, no presta el servicio objeto de este contrato en las especificaciones técnicas, condiciones, términos y características pactados en el mismo;
- III. Si **“EL PROVEEDOR”** suspende injustificadamente la prestación del servicio objeto del presente contrato;
- IV. Si **“EL PROVEEDOR”** no otorga a **“EL CONTRATANTE”** los informes que éste le requiera con relación a la prestación del servicio contratado;
- V. Si **“EL PROVEEDOR”** es declarado sujeto a concurso mercantil o en estado de quiebra; y
- VI. En caso de incumplimiento de **“EL PROVEEDOR”** a cualquiera de las obligaciones derivadas del presente contrato.

**“EL CONTRATANTE”** podrá optar entre demandar el cumplimiento del contrato, o bien, declarar la rescisión administrativa del mismo; asimismo, **“EL PROVEEDOR”** conviene en pagar los daños y perjuicios a que hubiere lugar.

En el caso de que sea **“EL PROVEEDOR”** quien pretenda dar por rescindido este contrato por causas de incumplimiento imputables a **“EL CONTRATANTE”**, deberá obtener declaración judicial favorable, siendo requisito indispensable agotar previamente el procedimiento de conciliación establecido en el artículo 147 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.

#### **DÉCIMA CUARTA. - DE LAS PENAS CONVENCIONALES.**

**“EL CONTRATANTE”** tendrá la facultad de verificar el cumplimiento por parte de **“EL PROVEEDOR”** de sus obligaciones adquiridas al amparo de este contrato, en los términos acordados; **“EL CONTRATANTE”** podrá optar por aplicar penas convencionales de acuerdo a lo previsto por el artículo 110 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, en caso de determinar que existen los siguientes eventos:

- I. Cuando **“EL PROVEEDOR”** se atrase en la prestación del servicio objeto del presente contrato; y
- II. Cuando **“EL PROVEEDOR”** preste el servicio con diferentes características o términos a lo pactado;

**“LAS PARTES”** convienen y aceptan en fijar como pena convencional, para cualquiera de los eventos de incumplimiento, la cantidad correspondiente al 1% (uno por ciento) sobre el monto total de la prestación del servicio objeto del presente contrato, no entregado a tiempo o bien entregado con características y términos distintos a lo pactado, cuantificando la pena por cada día natural hasta la entrega a entera satisfacción de **“EL CONTRATANTE”**; asimismo en caso de que la aplicación sume el 10% (diez por ciento) del MONTO MÁXIMO del contrato **“EL CONTRATANTE”** podrá rescindirlo. Tratándose del supuesto previsto en la fracción II de la presente Cláusula, **“EL PROVEEDOR”** además deberá sustituir el servicio conforme a las características contratadas.

Esta Cláusula se aplicará independientemente de las sanciones a que haya lugar en términos de los artículos 135, 136 fracciones III y IV, 137, 138 y 142 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.





#### DÉCIMA QUINTA. - DE LA SUSPENSIÓN.

“**EL CONTRATANTE**” podrá suspender total o parcialmente y en forma temporal la vigencia del presente contrato, en términos de lo previsto por el artículo 121 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, cuando exista causa justificada, debiendo hacerlo del conocimiento por escrito de “**EL PROVEEDOR**”, una vez que se haya definido la suspensión, la vigencia no podrá ser modificada ni prorrogada por tiempo indefinido.

#### DÉCIMA SEXTA. - DE LA TERMINACIÓN ANTICIPADA.

“**EL CONTRATANTE**”, podrá terminar en forma anticipada el presente contrato, de acuerdo con el artículo 124 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, en los siguientes casos:

- I. Cuando concurren razones de interés general;
- II. En caso de existir causas justificadas, que extingan la necesidad de requerir la prestación del servicio originalmente contratado o hagan imposible la continuación de la vigencia de este, y se demuestre que, en caso contrario, se causaría un daño o perjuicio grave al Estado; y
- III. Cuando no sea posible determinar la temporalidad de la suspensión a que se refiere la Cláusula anterior.

#### DÉCIMA SÉPTIMA. - DE LA CONFIDENCIALIDAD.

“**EL CONTRATANTE**” pondrá a disposición de “**EL PROVEEDOR**”, la documentación e información necesaria que sea considerada confidencial para el debido cumplimiento de la prestación del servicio objeto de este contrato, por lo que “**EL PROVEEDOR**”, se obliga a no divulgarla, bajo pena de responder de los daños y perjuicios que le pudiera ocasionar a “**EL CONTRATANTE**”, con independencia de las sanciones civiles o penales en las que “**EL PROVEEDOR**”, o cualquiera de sus funcionarios, empleados o agentes pudiera incurrir.

Para estos efectos se considerará como información confidencial, toda aquella documentación e información de carácter industrial, comercial, operativa, contable, legal, financiera, corporativa, de mercadotecnia, de ventas, métodos, procesos, formas de distribución, comercialización, formulas, técnicas, productos, maquinarias, mejoras, diseños, descubrimientos, estudios, compilaciones, programas de software, hardware, folletos, gráficas, o cualquier otro tipo de información, propiedad de “**EL CONTRATANTE**” a la que tenga acceso “**EL PROVEEDOR**”, misma que podrá constar en documentos, fórmulas, cintas magnéticas, documentos impresos, medios electrónicos de cualquier tipo, programas de computadora, diskettes, discos magnéticos, películas o cualquier otro material o instrumentos similares que retengan información técnica, financiera, de mercadotecnia, de análisis, compilaciones, estudios, gráficas, información contable, legal o de cualquier otro tipo.

#### DÉCIMA OCTAVA. - DE LAS MODIFICACIONES.

Las modificaciones que en su caso “**LAS PARTES**” acuerden, se realizarán en términos de lo previsto por la Sección Dos “Modificaciones a los Contratos”, del Capítulo I “De los Contratos”, del Título Quinto “Contratación” de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.





#### DÉCIMA NOVENA. - DE LA VIGENCIA.

El presente contrato entrará en vigor a partir de la fecha de su suscripción, y concluirá al XX de XXXXX de 20XX.

#### VIGÉSIMA. - DE LA LEGISLACIÓN APLICABLE.

“**LAS PARTES**” se obligan a sujetarse estrictamente para la ejecución del presente contrato, a todas y cada una de las cláusulas que lo integran, así como a los términos, lineamientos, procedimientos y requisitos que establecen la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, Ley de Egresos del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

#### VIGÉSIMA PRIMERA. - DE LA JURISDICCIÓN Y TRIBUNALES COMPETENTES.

Para la interpretación y cumplimiento del presente contrato, “**LAS PARTES**” se someten expresamente a la jurisdicción y competencia de los Tribunales del Distrito Judicial de Puebla, por lo tanto, renuncian al fuero y jurisdicción que pudiera corresponderles debido a su domicilio presente o futuro, o por cualquier otra causa.

Leído el presente contrato y enteradas “**LAS PARTES**” de su contenido, lo firman por triplicado el -----, en la Heroica Puebla de Zaragoza.

“**EL CONTRATANTE**”

**UNIDAD RESPONSABLE”**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE  
(CARGO)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE  
(CARGO)

“**ASISTE**”

“**EL PROVEEDOR**”

\_\_\_\_\_  
NOMBRE  
(CARGO)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE  
(CARGO)

LAS FIRMAS QUE ANTECEDEN, CORRESPONDEN AL CONTRATO DE ----- CELEBRADO POR ----- Y -----, EL  
----DE ----- DEL 20XX.

