**SECCIÓN IV**

**MODELOS DE ANEXOS**

ESTOS FORMATOS DEBERÁ PRESENTARLOS EN PAPEL MEMBRETADO DEL LICITANTE

DEBERÁ ANOTAR EL NOMBRE, CARGO Y ESTAR DEBIDAMENTE FIRMADOS POR EL LICITANTE O SU REPRESENTANTE LEGAL

**SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ**

**DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

**DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES**

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL**

**No. SSSLP-LP-N040-2019**

**ANEXO 1**

|  |
| --- |
| **ANEXO 1** |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO EQUIPO ELECTROMEDICO** |
| **No.** | **DESCRIPCIÓN**  | **CANTIDAD** |
| **HOSPITAL GENERAL RIO VERDE** |
| 1 | CUNAS DE CALOR RADIANTE | 12 |
| 2 | CARROJO CON DEFIBRILADOR | 11 |
| 3 | INCUBADORA DE TRASLADO | 3 |
| 4 | INCUBADORA NEONATAL | 12 |
| 5 | LÁMPARA DE FOTOTERAPIA | 4 |
| 6 | MÁQUINA DE ANESTESIA | 4 |
| 7 | MONITOR DE SIGNOS VITALES | 70 |
| 8 | VENTILADOR MECÁNICO | 13 |
| 9 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA | 1 |
| 10 | TORRE DE LAMPAROSCOPIA | 1 |
| **HOSPITAL GENERAL VALLES** |
| 11 | CUNAS DE CALOR RADIANTE | 21 |
| 12 | CARROJO CON DEFIBRILADOR | 15 |
| 13 | INCUBADORA DE TRASLADO | 6 |
| 14 | INCUBADORA NEONATAL | 10 |
| 15 | LÁMPARA DE FOTOTERAPIA | 18 |
| 16 | MÁQUINA DE ANESTESIA | 8 |
| 17 | MONITOR DE SIGNOS VITALES | 91 |
| 18 | VENTILADOR MECÁNICO | 18 |
| 19 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA | 4 |
| **HOSPITAL EL NIÑO Y LA MUJER** |
| 21 | CUNAS DE CALOR RADIANTE | 20 |
| 22 | CARROJO CON DEFIBRILADOR | 18 |
| 23 | INCUBADORA DE TRASLADO | 6 |
| 24 | INCUBADORA NEONATAL | 20 |
| 25 | LÁMPARA DE FOTOTERAPIA | 7 |
| 26 | MÁQUINA DE ANESTESIA | 9 |
| 27 | MONITOR DE SIGNOS VITALES | 80 |
| 28 | VENTILADOR MECÁNICO | 19 |
| 29 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA | 5 |
| 30 | TORRE DE LAMPAROSCOPIA | 1 |
| **HOSPITAL GENERAL SOLEDAD DE GRACIANO** |
| 31 | CUNAS DE CALOR RADIANTE | 21 |
| 32 | CARROJO CON DEFIBRILADOR | 19 |
| 33 | INCUBADORA DE TRASLADO | 2 |
| 34 | INCUBADORA NEONATAL | 12 |
| 35 | LÁMPARA DE FOTOTERAPIA | 3 |
| 36 | MÁQUINA DE ANESTESIA | 8 |
| 37 | MONITOR DE SIGNOS VITALES | 70 |
| 38 | VENTILADOR MECÁNICO | 25 |
| 39 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA | 5 |
| 40 | TORRE DE LAMPAROSCOPIA | 2 |
| **HOSPITAL GENERAL MATEHUALA** |
| 41 | CUNAS DE CALOR RADIANTE | 19 |
| 42 | CARROJO CON DEFIBRILADOR | 12 |
| 43 | INCUBADORA DE TRASLADO | 5 |
| 44 | INCUBADORA NEONATAL | 6 |
| 45 | LÁMPARA DE FOTOTERAPIA | 1 |
| 46 | MÁQUINA DE ANESTESIA | 4 |
| 47 | MONITOR DE SIGNOS VITALES | 44 |
| 48 | VENTILADOR MECÁNICO | 12 |
| 49 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA | 3 |
| **UNEME VALLES** |
| 50 | CARROJO CON DEFIBRILADOR | 5 |
| 51 | MÁQUINA DE ANESTESIA | 3 |
| 52 | MONITOR DE SIGNOS VITALES | 15 |
| 53 | TORRE DE LAMPAROSCOPIA | 1 |
| 54 | REFRACTOKERATOMETRO | 1 |
| 55 | QUERATOMETRO | 1 |
| 56 | LENSOMETRO | 1 |
| 57 | LASER ARGON | 2 |
| 58 | LÁMPARA DE HENDIDURA | 1 |
| 59 | LÁMPARA DE HENDIDURA PORTATIL | 1 |
| 60 | REFRACTOR DE VISIÓN | 1 |
| 61 | OFTALMOSCOPIO INDIRECTO CASCO FRONTAL CAMPO DE VISIÓN | 1 |
| 62 | LÁMPARA DE HENDIDURA CON SILLÓN | 1 |
| 63 | CONJUNTO OFTALMICO | 1 |
| 64 | BRAZO PROYECTOR CON BASE | 1 |
| 65 | TONOMETRO | 1 |
| 66 | FACOEMULSIFICADOR | 3 |
| 67 | MICROSCOPIO OFTALMICO 2 | 1 |
| 68 | MICROSCOPIO OFTALMICO 3 | 1 |
| 69 | INSUFLADOR | 1 |
| 70 | FUENTE DE LUZ | 1 |
| 71 | ESTERILIZADOR OFTALMICO | 4 |
| **HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO ARISTA** |
| 72 | CUNAS DE CALOR RADIANTE | 3 |
| 73 | CARROJO CON DEFIBRILADOR | 2 |
| 74 | INCUBADORA DE TRASLADO | 1 |
| 75 | INCUBADORA NEONATAL | 2 |
| 76 | LÁMPARA DE FOTOTERAPIA | 1 |
| 77 | MÁQUINA DE ANESTESIA | 1 |
| 78 | MONITOR DE SIGNOS VITALES | 3 |
| 79 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA | 1 |
| **HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO AQUISMÓN** |
| 80 | CUNAS DE CALOR RADIANTE | 4 |
| 81 | CARROJO CON DEFIBRILADOR | 2 |
| 82 | INCUBADORA NEONATAL | 4 |
| 83 | LÁMPARA DE FOTOTERAPIA | 2 |
| 84 | MÁQUINA DE ANESTESIA | 2 |
| 85 | MONITOR DE SIGNOS VITALES | 6 |
| 86 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA | 1 |
| **HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO EBANO** |
| 87 | CUNAS DE CALOR RADIANTE | 3 |
| 88 | CARROJO CON DEFIBRILADOR | 2 |
| 89 | INCUBADORA DE TRASLADO | 1 |
| 90 | MÁQUINA DE ANESTESIA | 3 |
| 91 | MONITOR DE SIGNOS VITALES | 1 |
| 92 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA | 1 |
| **HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO CIUDAD DEL MAÍZ** |
| 93 | CUNAS DE CALOR RADIANTE | 2 |
| 94 | CARROJO CON DEFIBRILADOR | 3 |
| 95 | MÁQUINA DE ANESTESIA | 1 |
| 96 | MONITOR DE SIGNOS VITALES | 3 |
| **HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO SALINAS DE HIDALGO** |
| 97 | CUNAS DE CALOR RADIANTE | 1 |
| 98 | CARROJO CON DEFIBRILADOR | 3 |
| 99 | INCUBADORA NEONATAL | 1 |
| 100 | MÁQUINA DE ANESTESIA | 2 |
| 101 | MONITOR DE SIGNOS VITALES | 6 |
| 102 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA | 1 |
| **HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO TAMUIN** |
| 103 | CUNAS DE CALOR RADIANTE | 2 |
| 104 | CARROJO CON DEFIBRILADOR | 4 |
| 105 | INCUBADORA DE TRASLADO | 1 |
| 106 | INCUBADORA NEONATAL | 2 |
| 107 | MÁQUINA DE ANESTESIA | 2 |
| 108 | MONITOR DE SIGNOS VITALES | 5 |
| 109 | VENTILADOR MECÁNICO | 1 |
| 110 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA | 2 |
| **HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO TAMAZUNCHALE** |
| 111 | CUNAS DE CALOR RADIANTE | 1 |
| 112 | CARROJO CON DEFIBRILADOR | 2 |
| 113 | INCUBADORA NEONATAL | 2 |
| 114 | LÁMPARA DE FOTOTERAPIA | 1 |
| 115 | MONITOR DE SIGNOS VITALES | 4 |
| **HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO XILITLA** |
| 116 | CUNAS DE CALOR RADIANTE | 2 |
| 117 | CARROJO CON DEFIBRILADOR | 4 |
| 118 | INCUBADORA NEONATAL | 2 |
| 119 | MÁQUINA DE ANESTESIA | 2 |
| 120 | MONITOR DE SIGNOS VITALES | 4 |
| 121 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA | 1 |
| **HOSPITAL PSIQUIATRICO** |
| 122 | CARROJO CON DEFIBRILADOR | 3 |
| 123 | MONITOR DE SIGNOS VITALES | 2 |
|  |  |  |

**ANEXO 1 A**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| ANEXO 1A |
| No.  | EQUIPO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD |
| **HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD VALLES** |
| 1 | CUNAS RADIANTES | SENSOR DE TEMPERATURA | 10 |
| LAMPARAS | 9 |
| BATERIA | 10 |
| 2 | DESFIBRILADOR | CABLE DE PACIENTE 5 DERV. | 7 |
| BATERIAS | 1 |
| 3 | INCUBADORA DE TRASLADO | SENSOR DE TEMPERATURA | 6 |
| JGO. MANGAS | 5 |
| COLCHON | 5 |
| 4 | INCUBADORA DE PROPOSITOS GENERALES | SENSOR DE TEMPERATURA | 8 |
| BANCO DE BATERIAS | 3 |
| JGO. FILTRO DE AIRE | 9 |
| 5 | FOTOTERAPIAS | JGO. LÁMPARAS | 2 |
| 6 | MONITORES | CABLE DE 3 DERIVACIONES | 15 |
| CABLE DE 5 DERIVACIONES | 15 |
| BATERIAS | 12 |
| SENSOR DE SPO2 | 20 |
| MANGUERA Y BRAZALETE NIBP | 20 |
| 7 | VENTILADORES | SENSOR DE FLUJO | 10 |
| VALVÚLA DE EXHALACIÓN | 3 |
| MEMBRANA DE EXHALACIÓN | 4 |
| CELDA DE OXIGENO | 9 |
| BANCO DE BATERIAS | 3 |
| 8 | MAQUINAS DE ANESTESIA | CIRCUITO DESECHABLE | 8 |
| CELDA DE OXIGENO | 8 |
| SENSOR DE OXIGENO | 8 |
| 9 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGIA | PLACA DESECHABLE | 5 |
| LÁPIZ | 5 |
| **HOSPITAL GENERAL RIO VERDE** |
| 10 | CUNAS RADIANTES | SENSOR DE TEMPERATURA | 6 |
| LAMPARAS | 6 |
| BATERIA | 6 |
| 11 | DESFIBRILADOR | CABLE DE PACIENTE 5 DERV. | 7 |
| 12 | INCUBADORA DE TRASLADO | SENSOR DE TEMPERATURA | 3 |
| BANCO DE BATERIAS | 1 |
| JGO. MANGAS | 4 |
| COLCHON | 4 |
| 13 | INCUBADORA DE PROPOSITOS GENERALES | SENSOR DE TEMPERATURA | 8 |
| BANCO DE BATERIAS | 4 |
| JGO. FILTRO DE AIRE | 9 |
| 14 | FOTOTERAPIAS | JGO. LÁMPARAS | 1 |
| 15 | MONITORES | CABLE DE 3 DERIVACIONES | 11 |
| CABLE DE 5 DERIVACIONES | 11 |
| BATERIAS | 8 |
| SENSOR DE SPO2 | 15 |
| MANGUERA Y BRAZALETE NIBP | 15 |
| 16 | VENTILADORES | SENSOR DE FLUJO | 8 |
| VALVÚLA DE EXHALACIÓN | 3 |
| MEMBRANA DE EXHALACIÓN | 4 |
| CELDA DE OXIGENO | 9 |
| BANCO DE BATERIAS | 4 |
| 17 | MAQUINAS DE ANESTESIA | CIRCUITO DESECHABLE | 4 |
| CELDA DE OXIGENO | 4 |
| SENSOR DE OXIGENO | 4 |
| 18 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGIA | PLACA DESECHABLE | 2 |
| LÁPIZ | 2 |
| **HOSPITAL GENERAL DEL NIÑO Y LA MUJER** |
| 19 | CUNAS RADIANTES | SENSOR DE TEMPERATURA | 9 |
| LAMPARAS | 8 |
| BATERIA | 9 |
| 20 | DESFIBRILADOR | CABLE DE PACIENTE 5 DERV. | 9 |
| BATERIAS | 2 |
| 21 | INCUBADORA DE TRASLADO | SENSOR DE TEMPERATURA | 7 |
| BANCO DE BATERIAS | 3 |
| JGO. MANGAS | 5 |
| COLCHON | 6 |
| 22 | INCUBADORA DE PROPOSITOS GENERALES | SENSOR DE TEMPERATURA | 10 |
| BANCO DE BATERIAS | 7 |
| JGO. FILTRO DE AIRE | 20 |
| 23 | FOTOTERAPIAS | JGO. LÁMPARAS | 5 |
| 24 | MONITORES | CABLE DE 3 DERIVACIONES | 15 |
| CABLE DE 5 DERIVACIONES | 15 |
| BATERIAS | 12 |
| SENSOR DE SPO2 | 20 |
| MANGUERA Y BRAZALETE NIBP | 20 |
| 25 | VENTILADORES | SENSOR DE FLUJO | 10 |
| VALVÚLA DE EXHALACIÓN | 3 |
| MEMBRANA DE EXHALACIÓN | 5 |
| CELDA DE OXIGENO | 11 |
| BANCO DE BATERIAS | 6 |
|   | MAQUINAS DE ANESTESIA | CIRCUITO DESECHABLE | 9 |
| CELDA DE OXIGENO | 9 |
| SENSOR DE OXIGENO | 9 |
| 26 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGIA | PLACA DESECHABLE | 6 |
| LÁPIZ | 6 |
| **HOSPITAL GENERAL DE SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ** |
| 27 | CUNAS RADIANTES | SENSOR DE TEMPERATURA | 9 |
| LAMPARAS | 9 |
| BATERIA | 9 |
| 28 | DESFIBRILADOR | CABLE DE PACIENTE 5 DERV. | 9 |
| BATERIAS | 1 |
| 29 | INCUBADORA DE TRASLADO | SENSOR DE TEMPERATURA | 3 |
| BANCO DE BATERIAS | 3 |
| JGO. MANGAS | 3 |
| COLCHON | 2 |
| 30 | INCUBADORA DE PROPOSITOS GENERALES | SENSOR DE TEMPERATURA | 10 |
| BANCO DE BATERIAS | 7 |
| JGO. FILTRO DE AIRE | 10 |
| 31 | FOTOTERAPIAS | JGO. LÁMPARAS | 2 |
| 32 | MONITORES | CABLE DE 3 DERIVACIONES | 11 |
| CABLE DE 5 DERIVACIONES | 11 |
| BATERIAS | 8 |
| SENSOR DE SPO2 | 15 |
| MANGUERA Y BRAZALETE NIBP | 15 |
| 33 | VENTILADORES | SENSOR DE FLUJO | 13 |
| VALVÚLA DE EXHALACIÓN | 4 |
| MEMBRANA DE EXHALACIÓN | 7 |
| CELDA DE OXIGENO | 11 |
| BANCO DE BATERIAS | 7 |
| 34 | MAQUINAS DE ANESTESIA | CIRCUITO DESECHABLE | 8 |
| CELDA DE OXIGENO | 8 |
| SENSOR DE OXIGENO | 8 |
| 35 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGIA | PLACA DESECHABLE | 6 |
| LÁPIZ | 6 |
| **HOSPITAL GENERAL DE MATEHUALA** |
| 36 | CUNAS RADIANTES | SENSOR DE TEMPERATURA | 8 |
| LAMPARAS | 6 |
| BATERIA | 8 |
| 37 | DESFIBRILADOR | CABLE DE PACIENTE 5 DERV. | 6 |
| BATERIAS | 1 |
| BATERIAS | 1 |
| 38 | INCUBADORA DE TRASLADO | SENSOR DE TEMPERATURA | 5 |
| BANCO DE BATERIAS | 3 |
| JGO. MANGAS | 5 |
| COLCHON | 4 |
| 39 | INCUBADORA DE PROPOSITOS GENERALES | SENSOR DE TEMPERATURA | 6 |
| BANCO DE BATERIAS | 2 |
| JGO. FILTRO DE AIRE | 9 |
| 40 | FOTOTERAPIAS | JGO. LÁMPARAS | 2 |
| 41 | MONITORES | CABLE DE 3 DERIVACIONES | 7 |
| CABLE DE 5 DERIVACIONES | 7 |
| BATERIAS | 7 |
| SENSOR DE SPO2 | 8 |
| MANGUERA Y BRAZALETE NIBP | 8 |
| 42 | VENTILADORES | SENSOR DE FLUJO | 8 |
| VALVÚLA DE EXHALACIÓN | 2 |
| MEMBRANA DE EXHALACIÓN | 4 |
| CELDA DE OXIGENO | 9 |
| BANCO DE BATERIAS | 4 |
| 43 | MAQUINAS DE ANESTESIA | CIRCUITO DESECHABLE | 4 |
| CELDA DE OXIGENO | 4 |
| SENSOR DE OXIGENO | 4 |
| 44 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGIA | PLACA DESECHABLE | 4 |
| LÁPIZ | 4 |
| **UNEME VALLES** |
| 45 | DESFIBRILADOR | CABLE DE PACIENTE 5 DERV. | 2 |
| BATERIAS | 1 |
| 46 | MONITORES | CABLE DE 3 DERIVACIONES | 3 |
| CABLE DE 5 DERIVACIONES | 3 |
| BATERIAS | 3 |
| SENSOR DE SPO2 | 4 |
| MANGUERA Y BRAZALETE NIBP | 4 |
| 47 | MAQUINAS DE ANESTESIA | CIRCUITO DESECHABLE | 3 |
| CELDA DE OXIGENO | 3 |
| SENSOR DE OXIGENO | 3 |
| 48 | ESTERILIZADOR OFTALMICO | CASSETTE | 2 |
| **HOSPITAL PSIQUIATRIA** |
| 49 | DESFIBRILADOR | CABLE DE PACIENTE 5 DERV. | 2 |
| BATERIAS | 2 |
| 50 | MONITORES | CABLE DE 3 DERIVACIONES | 2 |
| CABLE DE 5 DERIVACIONES | 2 |
| SENSOR DE SPO2 | 2 |
| MANGUERA Y BRAZALETE NIBP | 2 |
| **HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO ARISTA** |
| 51 | CUNAS RADIANTES | SENSOR DE TEMPERATURA | 1 |
| BATERIA | 1 |
| 52 | DESFIBRILADOR | CABLE DE PACIENTE 5 DERV. | 1 |
| 53 | INCUBADORA DE TRASLADO | JGO. MANGAS | 1 |
| 54 | INCUBADORA DE PROPOSITOS GENERALES | SENSOR DE TEMPERATURA | 1 |
| JGO. FILTRO DE AIRE | 5 |
| 55 | FOTOTERAPIAS | JGO. LÁMPARAS | 1 |
| 56 | MONITORES | SENSOR DE SPO2 | 2 |
| MANGUERA Y BRAZALETE NIBP | 2 |
| 57 | MAQUINAS DE ANESTESIA | CIRCUITO DESECHABLE | 1 |
| CELDA DE OXIGENO | 1 |
| SENSOR DE OXIGENO | 1 |
| 58 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGIA | PLACA DESECHABLE | 1 |
| LÁPIZ | 1 |
| **HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO AQUISMON** |
| 59 | CUNAS RADIANTES | SENSOR DE TEMPERATURA | 1 |
| LAMPARAS | 1 |
| BATERIA | 1 |
| 60 | DESFIBRILADOR | CABLE DE PACIENTE 5 DERV. | 1 |
| 61 | INCUBADORA DE PROPOSITOS GENERALES | SENSOR DE TEMPERATURA | 2 |
| BANCO DE BATERIAS | 1 |
| JGO. FILTRO DE AIRE | 5 |
| 62 | FOTOTERAPIAS | JGO. LÁMPARAS | 1 |
| 63 | MONITORES | CABLE DE 3 DERIVACIONES | 1 |
| CABLE DE 5 DERIVACIONES | 1 |
| SENSOR DE SPO2 | 2 |
| MANGUERA Y BRAZALETE NIBP | 2 |
| 64 | MAQUINAS DE ANESTESIA | CIRCUITO DESECHABLE | 2 |
| CELDA DE OXIGENO | 2 |
| SENSOR DE OXIGENO | 2 |
| 65 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGIA | PLACA DESECHABLE | 1 |
| LÁPIZ | 1 |
| **HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO EBANO** |
| 66 | CUNAS RADIANTES | SENSOR DE TEMPERATURA | 1 |
| LAMPARAS | 1 |
| BATERIA | 1 |
| 67 | DESFIBRILADOR | CABLE DE PACIENTE 5 DERV. | 1 |
| 68 | INCUBADORA DE TRASLADO | COLCHON | 1 |
| 69 | MONITORES | CABLE DE 3 DERIVACIONES | 1 |
| CABLE DE 5 DERIVACIONES | 1 |
| SENSOR DE SPO2 | 2 |
| MANGUERA Y BRAZALETE NIBP | 2 |
| 70 | MAQUINAS DE ANESTESIA | CIRCUITO DESECHABLE | 3 |
| CELDA DE OXIGENO | 3 |
| SENSOR DE OXIGENO | 3 |
| 71 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGIA | PLACA DESECHABLE | 1 |
| LÁPIZ | 1 |
| **HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO DE CIUDAD DEL MAÍZ** |
| 72 | CUNAS RADIANTES | SENSOR DE TEMPERATURA | 1 |
| LAMPARAS | 1 |
| BATERIA | 1 |
| 73 | DESFIBRILADOR | CABLE DE PACIENTE 5 DERV. | 1 |
| 74 | INCUBADORA DE PROPOSITOS GENERALES | SENSOR DE TEMPERATURA | 1 |
| 75 | MONITORES | CABLE DE 3 DERIVACIONES | 1 |
| CABLE DE 5 DERIVACIONES | 1 |
| SENSOR DE SPO2 | 2 |
| MANGUERA Y BRAZALETE NIBP | 2 |
| 76 | MAQUINAS DE ANESTESIA | CIRCUITO DESECHABLE | 1 |
| CELDA DE OXIGENO | 1 |
| SENSOR DE OXIGENO | 1 |
| **HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO SALINAS DE HIDALGO** |
| 77 | CUNAS RADIANTES | SENSOR DE TEMPERATURA | 1 |
| LAMPARAS | 1 |
| BATERIA | 1 |
| 78 | DESFIBRILADOR | CABLE DE PACIENTE 5 DERV. | 1 |
| 79 | INCUBADORA DE TRASLADO | JGO. MANGAS | 1 |
| 80 | INCUBADORA DE PROPOSITOS GENERALES | SENSOR DE TEMPERATURA | 1 |
| JGO. FILTRO DE AIRE | 2 |
| 82 | MONITORES | CABLE DE 3 DERIVACIONES | 2 |
| CABLE DE 5 DERIVACIONES | 2 |
| SENSOR DE SPO2 | 2 |
| MANGUERA Y BRAZALETE NIBP | 2 |
| 83 | MAQUINAS DE ANESTESIA | CIRCUITO DESECHABLE | 2 |
| CELDA DE OXIGENO | 2 |
| SENSOR DE OXIGENO | 2 |
| 84 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGIA | PLACA DESECHABLE | 1 |
| LÁPIZ | 1 |
| **HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO TAMUIN** |
| 85 | CUNAS RADIANTES | SENSOR DE TEMPERATURA | 1 |
| LAMPARAS | 1 |
| BATERIA | 1 |
| 86 | DESFIBRILADOR | CABLE DE PACIENTE 5 DERV. | 1 |
| 87 | INCUBADORA DE TRASLADO | SENSOR DE TEMPERATURA | 1 |
| JGO. MANGAS | 1 |
| COLCHON | 1 |
| 88 | INCUBADORA DE PROPOSITOS GENERALES | SENSOR DE TEMPERATURA | 1 |
| JGO. FILTRO DE AIRE | 3 |
| 89 | MONITORES | CABLE DE 3 DERIVACIONES | 2 |
| CABLE DE 5 DERIVACIONES | 2 |
| SENSOR DE SPO2 | 2 |
| MANGUERA Y BRAZALETE NIBP | 2 |
| 90 | VENTILADORES | SENSOR DE FLUJO | 1 |
| MEMBRANA DE EXHALACIÓN | 1 |
| CELDA DE OXIGENO | 1 |
| BANCO DE BATERIAS | 1 |
| 91 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGIA | PLACA DESECHABLE | 2 |
| LÁPIZ | 2 |
| **HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO TAMAZUNCHALE** |
| 92 | CUNAS RADIANTES | SENSOR DE TEMPERATURA | 1 |
| LAMPARAS | 1 |
| BATERIA | 1 |
| 93 | DESFIBRILADOR | CABLE DE PACIENTE 5 DERV. | 1 |
| 94 | INCUBADORA DE PROPOSITOS GENERALES | SENSOR DE TEMPERATURA | 1 |
| 95 | FOTOTERAPIAS | JGO. LÁMPARAS | 1 |
| 96 | MONITORES | CABLE DE 3 DERIVACIONES | 2 |
| CABLE DE 5 DERIVACIONES | 2 |
| SENSOR DE SPO2 | 2 |
| MANGUERA Y BRAZALETE NIBP | 2 |
| 97 | MAQUINAS DE ANESTESIA | CIRCUITO DESECHABLE | 2 |
| CELDA DE OXIGENO | 2 |
| SENSOR DE OXIGENO | 2 |
| **HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO XILITLA** |
| 98 | CUNAS RADIANTES | SENSOR DE TEMPERATURA | 1 |
| LAMPARAS | 1 |
| BATERIA | 1 |
| 99 | DESFIBRILADOR | CABLE DE PACIENTE 5 DERV. | 1 |
| 100 | INCUBADORA DE PROPOSITOS GENERALES | SENSOR DE TEMPERATURA | 1 |
| BANCO DE BATERIAS | 1 |
| JGO. FILTRO DE AIRE | 3 |
| 101 | MONITORES | CABLE DE 3 DERIVACIONES | 2 |
| CABLE DE 5 DERIVACIONES | 2 |
| SENSOR DE SPO2 | 2 |
| MANGUERA Y BRAZALETE NIBP | 2 |
| 102 | MAQUINAS DE ANESTESIA | CIRCUITO DESECHABLE | 2 |
| CELDA DE OXIGENO | 2 |
| SENSOR DE OXIGENO | 2 |
| 103 | UNIDAD DE ELECTROCIRUGIA | PLACA DESECHABLE | 1 |
| LÁPIZ | 1 |

**SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ**

**DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

**DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES**

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL**

**No. SSSLP-LP-N040-2019**

**ANEXO 2**

**FORMATO DE ACLARACIÓN DE DUDAS**

SAN LUIS POTOSI, S.L.P. A \_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES

POR MEDIO DE LA PRESENTE, NOS PERMITIMOS SOLICITAR A LOS SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI, LA ACLARACION DE LAS SIGUIENTES DUDAS.

LA LISTA DE PREGUNTAS DEBERA FORMULARSE CON UN SOLO ENCABEZADO CONTENIENDO EL MEMBRETE DE LA EMPRESA.

DEBERAN FORMULARSE EN FORMATO WORD CON EXTENSION. DOC EN LETRA MAYUSCULA ARIAL NUMERADAS DE FORMA CONSECUTIVA Y ENVIARLAS PREFERENTEMENTE AL CORREO salud\_licitaciones@slp.gob.mx (NO ESCANEADAS, NO-IMAGEN, NO PDF).

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

**SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ**

**DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

**DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES**

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL**

**No. SSSLP-LP-N040-2019**

**ANEXO 3**

**DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

**SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P. A \_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE 2019**

**LICITANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **DOCUMENTO** | **REFERENCIA** | **PRESENTÓ** |
| **SÍ** | **NO** |

|  |
| --- |
| **S O B R E T É C N I C O** |
| 1 | Original del recibo de compra de bases | 5 A |  |  |
| 2 | **Anexo 3** documentos entregados | 5 B |  |  |
| 3 | Identificación oficial | 5 C |  |  |
| 4 | Cedula de inscripción o documentación punto 4 | 5 D |  |  |
|  | Acta Constitutiva |  |  |  |
|  | Poder Notarial |  |  |  |
| 5 | **Anexo 4** Carta Poder simple |  |  |  |
| 6 | **Anexo 5** acreditación jurídica | 5 E |  |  |
| 7 | **Anexo 6** Propuesta Técnica | 5 F |  |  |
| 8 | **Anexo 7** supuestos del articulo 20 | 5 G |  |  |
| 9 | **Anexo 8** Modelo de contrato debidamente firmado y sellado | 5 H |  |  |
| 10 | **Anexo 9** Autorización de cancelación por atraso  | 5 I |  |  |
| 11 | Relación comercial de los clientes más importantes | 5 J |  |  |
| 12 | Domicilio fiscal para oir y recibir todo tipo de notificación | 5 K |  |  |
| 13 | Carta donde manifieste estar de acuerdo con las bases y acuerdos tomados en la junta de aclaración | 5 L |  |  |
| 14 | Bases Firmadas | 5 M |  |  |
| 15 | Copia simple de la certificación de capacitación del personal | 5 N |  |  |
| 16 | Copia simple del certificado de la calibración de los equipos | 5 O |  |  |
| 17 | Carta de validez por 40 días de propuesta técnica y económica | 5 P |  |  |
| 18 | Aviso de solicitud de inscripción al registro federal de contribuyentes (RFC) y cedula de identificación fiscal (constancia de inscripción) | 5 Q |  |  |
| 19 | Ultimo Estado financiero Autorizado por un Contador Público | 5 R |  |  |
| 20 | Ultima declaración fiscal anual completa del ejercicio inmediato anterior del impuesto sobre la renta (ISR)  | 5 S |  |  |
| 21 | Modelo de fianza de garantía de cumplimiento de contrato **Anexo 10** | 5 T |  |  |
| 22 | CURRICULUM DE LA EMPRESA DONDE MANIFIESTE TENER CONTRATOS CON CLIENTES CON ESTE TIPO DE SERVICIO. | 5 U |  |  |
| 23 | COMPROBANTE DE CONTAR CON UN MÍNIMO DE 6 TRABAJADORES, DADOS DE ALTA ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, PRESENTANDO COMPROBANTE DE PAGO CORRESPONDIENTE A LO ULTIMOS (4) CUATRO MESES DEL PRESENTE AÑO. | 5 V |  |  |
| 24 | Descripción detallada del Servicio ofertado conforme el **Anexo 11, Anexo 1 y 1A**, por cada unidad hospitalaria | 5 W |  |  |
| 25 | Folletos, catálogos, fotografías para corroborar las especificaciones, características y calidad del servicio y los certificados de calibración de los equipos de medición. | 5 X |  |  |
| 26 | Relación de equipo que se empleará en el servicio, **Anexo 12,**  | 5 Y |  |  |
| 27 | Relación y de materiales y refacciones, **Anexo 13** de cada uno de los conceptos del servicio.  | 5 Z |  |  |
| 28 | Relación (plantilla de personal) y datos básicos de las diferentes categorías a utilizarse en la mano de obra, **Anexo 14.**  | 5 AA |  |  |
| 29 | Programa general calendarizado de la ejecución de los trabajos por unidades donde se realizarán los servicios (programa por días), **Anexo 15.**  | 5 AB |  |  |
| 30 | Relación de contratos de servicio en vigor que tengan celebrados, tanto con la administración pública, o con particulares. | 5 AC |  |  |
| 31 | Certificados de Calibración vigentes a nombre de la empresa del licitante. | 5 AD |  |  |
| 32 | Relación de Equipos mínimo que deberá presentar los licitantes para llevar a cabo el servicio de mantenimiento a equipo electrómedico | 5 AE |  |  |
| 33 | Comprobante del pago correspondiente a los últimos 3 meses del Seguro Social. | 5 AF |  |  |
| 34 | Opinión de cumplimiento positiva del SAT, INFONAVIT E IMSS. | 5 AG |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Anexo 16** propuesta económica | 6 A) |  |  |
| **EL QUE SUSCRIBE EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DEL LICITANTE PARTICIPANTE EN LA LICITACIÓN AL RUBRO INDICADA, MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE TODOS LOS DATOS Y DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑO A LA PRESENTE CEDULA, SON CIERTOS Y VIGENTES, ADEMÁS QUE CONOZCO EL CONTENIDO Y ALCANCE DE LOS DOCUMENTOS DE LICITACIÓN.** |

|  |
| --- |
|  **ENTREGO** **RECIBIÓ** NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL VERIFICO NOMBRE Y FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ**

**DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

**DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES**

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL**

**No. SSSLP-LP-N040-2019**

**ANEXO 4**

**CARTA PODER SIMPLE**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, EN MI CARÁCTER
 (NOMBRE DE QUIEN OTORGA EL PODER)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE LA EMPRESA DENOMINADA
 (CARÁCTER QUE OSTENTA QUIEN OTORGA EL PODER)
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE A LA FECHA

 (NOMBRE DE LA PERSONA MORAL)

NO ME HA SIDO REVOCADO O RESTRINGIDO LA PRESENTACIÓN QUE OSTENTO Y QUE CUENTO CON

FACULTADES PARA OTORGAR PODERES EN FAVOR DE TERCERAS PERSONAS, POR LO QUE EN ESA VIRTUD Y

POR ESTE CONDUCTO AUTORIZO AL C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PARA QUE A NOMBRE DE MI

 (NOMBRE DE QUIEN RECIBE EL PODER)

REPRESENTADA SE ENCARGUE DE LAS SIGUIENTES GESTIONES: ENTREGAR Y RECIBIR DOCUMENTACIÓN,

COMPARECER A LOS ACTOS DE PRESENTACIÓN Y APERTURA DE PROPOSICIONES Y FALLO, Y HACER LAS

ACLARACIONES QUE SE DERIVEN DE DICHOS ACTOS, CON RELACIÓN A LA LICITACIÓN PUBLICA

NACIONAL No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CONVOCADA POR LOS S.S.S.L.P.

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN

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

(NOMBRE, DOMICILIO Y FIRMA

DE QUIEN OTORGA EL PODER)

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

(NOMBRE, DOMICILIO Y FIRMA DE QUIEN

RECIBE EL PODER)

TESTIGOS

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

(NOMBRE, DOMICILIO Y FIRMA) (NOMBRE, DOMICILIO Y FIRMA)

**NOTA: ESTE DOCUMENTO DEBERÁ PRESENTARSE EN PAPEL MEMBRETADO DE LA EMPRESA** TESTIGOS

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

(NOMBRE, DOMICILIO Y FIRMA) (NOMBRE, DOMICILIO Y FIRMA)

**NOTA: ESTE DOCUMENTO DEBERÁ PRESENTARSE EN PAPEL MEMBRETADO DE LA EMPRESA**

**SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ**

**DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

**DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES**

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL**

**No. SSSLP-LP-N040-2019**

**ANEXO 5**

**PERSONALIDAD JURÍDICA**

(NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL) MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS DATOS AQUÍ ACENTADOS, SON CIERTOS Y HAN SIDO DEBIDAMENTE VERIFICADOS, ASÍ COMO QUE CUENTO CON FACULTADES SUFICIENTES PARA COMPROMETERSE Y SUSCRIBIR LAS PROPUESTAS EN LA PRESENTE LICITACIÓN PÚBLICA, A NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE: (NOMBRE, DENOMINACION O RAZON SOCIAL DEL LICITANTE.

DATOS DEL LICITANTE:

|  |
| --- |
| REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES:DOMICILIO:CALLE Y NUMERO DELEGACION O MUNICIPIOCOLONIA: CODIGO POSTAL:ENTIDAD FEDERATIVA TEL. Y FAXCORREO ELECTRONICO:No. DE LA ESCRITURA PUBLICA EN LA QUE CONSTA SU ACTA CONSTITUTIVA FECHA:NOMBRE, NUMERO Y LUGAR DEL NOTARIO PUBLICO ANTE EL CUAL SE DIO FE DE LA MISMA:FECHA Y DATOS DE SU INSCRIPCION EN EL REGISTRO PUBLICO DE COMERCIODESCRIPCION DEL OBJETO SOCIALRELACION DE ACCIONISTAS:APELLIDO PATERNO: APELLIDO MATERNO: NOMBRE(S)REFORMAS AL ACTA CONSTITUTIVA (SEÑALAR NOMBRE, NUMERO Y CIRCUNSCRIPCION DEL NOTARIO O FEDERATIVO PUBLICOS QUE LAS PROTOCOLIZO, ASI COMO LA FECHA Y LOS DATOS DE SU INSCRIPCION EN EL REGISTRO PUBLICO DE LA PROPIEDAD) |

DATOS DEL REPRESENTANTE DEL LICITANTE:

|  |
| --- |
| NOMBRE, R.F.C., DOMICILIO COMPLETO Y TELEFONO DEL APODERADO O REPRESENTANTE:DATOS DEL DOCUMENTO MEDIANTE EL CUAL ACREDITA SU PERSONALIDAD Y FACULTADES.ESCRITURA PUBLICA NUMERO: FECHA:NOMBRE, NUMERO Y LUGAR DEL NOTARIO PUBLICO ANTE EL CUAL SE OTORGO: |

PROTESTO LO NECESARIO

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

NOMBRE Y FIRMA

**SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ**

**DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

**DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES**

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL**

**No. SSSLP-LP-N040-2019**

**ANEXO 6**

**PROPUESTA TÉCNICA**

# SAN LUIS POTOSI, S.L.P. A\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_ 2019

CON RELACIÓN A LICITACIÓN PUBLICA NACIONAL No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ME PERMITO SOMETER A SU CONSIDERACIÓN LA SIGUIENTE PROPUESTA TÉCNICA, CON UN TOTAL DE \_\_\_\_\_ RENGLONES:

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ

UNIDAD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RENGLON** | TIPO DE SERVICIO | DESCRIPCIÓN EQUIPO | CANTIDAD | MARCA | MODELO | SERIE |

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

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

**NOTA: ESTE DOCUMENTO DEBERÁ SER PRESENTADO EN ORIGINAL Y PAPEL MEMBRETADO DE LA EMPRESA**

**SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ**

**DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

**DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES**

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL**

**No. SSSLP-LP-N040-2019**

**ANEXO 7**

**NO ENCONTRARSE ALGUNO DE LOS SUPUESTOS DEL ARTICULO 20 DE LA LEY DE ADQUISICIONES DE SAN LUIS POTOSÍ**

**SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P., A \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019**

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES

QUIEN SUSCRIBE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA DENOMINADA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD LO SIGUIENTE:

QUE EL SUSCRITO Y LAS PERSONAS QUE FORMAN PARTE DE LA SOCIEDAD Y DE LA PROPIA EMPRESA QUE REPRESENTO, NO SE ENCUENTRAN EN ALGUNO DE LOS SUPUESTOS SEÑALADOS EN EL ARTÍCULO 20 DE LA LEY DE ADQUISICIONES DE SAN LUIS POTOSÍ

LO ANTERIOR, CON EL OBJETO DE DAR CUMPLIMIENTO A DICHAS DISPOSICIONES PARA LOS FINES Y EFECTOS A QUE HAYA LUGAR.

ATENTAMENTE

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

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOTA: ESTE DOCUMENTO DEBERA PRESENTARLO EN PAPEL MEMBRETADO DE LA EMPRESA

**SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ**

**DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

**DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES**

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL**

**No. SSSLP-LP-N040-2019**

**MODELO DE CONTRATO**

**ANEXO 8**

## CONTRATO A PRECIO FIJO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL DENOMINADO SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ, REPRESENTADOS POR SU DIRECTOR GENERAL EL DRA. MÓNICA LILIANA RANGEL MARTÍNEZ,A QUIEN EN LO SUCESIVO SE DENOMINARA “SSSLP”, Y POR LA OTRA PARTE, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA “EL PRESTADOR DEL SERVICIO”, REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR LA C. XXXXXXXXXXXXXXXXXX, EN SU CARÁCTER DE APODERADA LEGAL, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

 **D E C L A R A C I O N E S**

1. **“SSSLP”, A TRAVÉS DE SU DIRECTOR GENERAL DRA. MÓNICA LILIANA RANGEL MARTÍNEZ DECLARA QUE**:

**I.1.-** ATENTO A LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 1º DEL DECRETO ADMINISTRATIVO, EMITIDO POR EL GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ, EN FECHA 11 DE SEPTIEMBRE DE 1996, SE CREA EL ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL DENOMINADO SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ, CON PERSONALIDAD JURÍDICA Y PATRIMONIO PROPIOS, ASÍ COMO CON FUNCIONES DE AUTORIDAD, EL CUAL TENDRÁ SU DOMICILIO LEGAL EN LA CIUDAD DE SAN LUIS POTOSÍ.

**I.2.-** CON FUNDAMENTO EN LO PRECEPTUADO POR LOS ARTÍCULOS 9 Y 10 DEL DECRETO ADMINISTRATIVO DE CREACIÓN DE “SSSLP”, A PROPUESTA DEL TITULAR DEL EJECUTIVO, DR. JUAN MANUEL CARRERAS LÓPEZ, LA DRA. MONICA LILIANA RANGEL MARTÍNEZ, EN FECHA 26 DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2015, FUE NOMBRADA EN REUNIÓN EXTRAORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO DE SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ, DIRECTORA GENERAL DEL ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL DENOMINADO SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ.

**I.3.-** ASIMISMO, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 12 FRACCIONES I, XII, XIII Y XIX DEL DECRETO ADMINISTRATIVO DE CREACIÓN DE **“SSSLP”**, ARTÍCULO 10 FRACCIONES I, II, XIII Y XIV DE SU REGLAMENTO INTERIOR, EL DIRECTOR GENERAL TIENE LA REPRESENTACIÓN LEGAL DEL ORGANISMO COMO APODERADO PARA ACTOS DE ADMINISTRACIÓN Y DE DOMINIO Y PARA PLEITOS Y COBRANZAS, CON TODAS LAS FACULTADES Y OBLIGACIONES LEGALES, ASÍ COMO SUSCRIBIR ACUERDOS O CONVENIOS CON DEPENDENCIAS Y ENTIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, CON LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, CON LOS MUNICIPIOS CON ORGANISMOS DEL SECTOR PRIVADO Y SOCIAL EN MATERIA DE LA COMPETENCIA DEL ORGANISMO, ASÍ COMO CON INSTITUCIONES SOCIALES Y PRIVADAS EN RELACIÓN CON LA MATERIA OBJETO DEL ORGANISMO.

**I.4.-** ESTE CONTRATO FUE ADJUDICADO DE XXXXXXXXXXXXXXXXX A **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”**, EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULOS XX FRACCIÓN XX DE LA LEY DE ADQUISICIONES DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ, CON FUENTE DE FINANCIAMIENTO **XXXXXXXXXXXXX**, Y/O ECONOMÍAS (FASSA, APORTACIÓN SOLIDARIA ESTATAL 2019) Y PARTIDA PRESUPUESTAL XXXXX, PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**;** DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LA PROPUESTA DE ADJUDICACIÓN QUE SE ACOMPAÑA AL PRESENTE COMO **ANEXO 1**.

**I.5.-** MANIFIESTA SU DESEO PARA CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO CON **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** A EFECTO DE CONTRATAR LOS SERVICIOS DE ÉSTE ÚLTIMO, EN LOS TÉRMINOS QUE MÁS ADELANTE SE DETALLAN, DESCRIBEN Y OTORGAN.

**I.6.-** SU REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES SE ENCUENTRA BAJO LA CLAVE SSS-960912-HW9.

**I.7.-** TIENE ESTABLECIDO SU DOMICILIO EN PROLONGACIÓN CALZADA DE GUADALUPE No. 5850, COLONIA LOMAS DE LA VIRGEN, CÓDIGO POSTAL 78380, EN LA CIUDAD DE SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

**II.-** **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** DECLARA QUE:

**II.1.-** **EXISTENCIA LEGAL Y REPRESENTACIÓN.-**

ES UNA SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA DE CAPITAL VARIABLE DENOMINADA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXO, CONSTITUIDA CONFORME A LAS LEYES DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS TAL COMO LO ACREDITA MEDIANTE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 7XXXXX, DE FECHA X DE JXXXXXO DE XXXX, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. XXXXXXRA, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO XX CON EJERCICIO EN LA CIUDAD DE XXXXXF.; QUE LA C. XXXXXXXXXXXXXXX, CUENTA CON FACULTADES PARA CONTRATAR Y OBLIGARSE EN LOS TÉRMINOS Y ALCANCES DE ESTE CONTRATO, A NOMBRE DE SU REPRESENTADA, EN SU CARÁCTER DE APODERADA LEGAL, TAL Y COMO LO ACREDITA CON LA ESCRITURA NUMERO XXXX LIBRO XXXX, FOLIO XXXX DE FECHA 2XX DE XXX DE 2XXXX, PASADA ANTE LA FE DEL NOTARIO PUBLICO Nº 1XXX, LIC. XXXXXXXXXXXA, CON EJERCICIO EN EL XXXXXXXXXXXXX, XXXXXX MANIFESTANDO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE SU MANDATO NO LE HA SIDO REVOCADO, NI LIMITADO EN FORMA ALGUNA.

**II.2.-** DENTRO DE SU OBJETO SOCIAL SE ENCUENTRA PREVISTA ENTRE OTRAS ACTIVIDADES XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXRELACIÓN A TODO TIPO DE EQUIPO MÉDICO, ANALÍTICO O DE MEDICIÓN.

**II.3.-** SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE INSCRITA EN EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON LA CLAVE XXXXXXXXXXXXXXXR0.

**II.4.-** SEÑALA COMO DOMICILIO EL UBICADO EN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, XXXXXXXXXXXXXX; MISMO QUE SE PRECISA PARA TODOS LOS FINES Y EFECTOS LEGALES DE ESTE CONTRATO.

**II.5.-** ES DESEO CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO CON "**SSSLP”**, EN LOS TÉRMINOS QUE MÁS ADELANTE SE DETALLAN, CONVIENEN Y OTORGAN, A EFECTO DE PROPORCIONAR EL SERVICIO DE XXXXXXXXXXXXXXXXXXO; DE CONFORMIDAD CON LA PROPUESTA DE ADJUDICACIÓN INCLUIDO AL PRESENTE COMO **ANEXO 1**.

**II.6.-** NO SE ENCUENTRA IMPEDIDO LEGALMENTE PARA CONTRATAR ES DECIR, QUE NO SE UBICA EN NINGUNO DE LOS SUPUESTOS PREVISTOS EN EL ARTÍCULO 20 DE LA LEY DE ADQUISICIONES DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ.

**III. DECLARAN LAS PARTES QUE:**

**III.1.-** SE RECONOCEN RECÍPROCAMENTE LA PERSONALIDAD Y REPRESENTACIÓN CON QUE CELEBRAN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO Y ES SU VOLUNTAD CELEBRAR ESTE CONTRATO, BAJO LAS ESTIPULACIONES QUE LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE HAN PACTADO.

**III.2.-** UNA VEZ EXPUESTO LO ANTERIOR, LAS PARTES SE SUJETAN A LA FORMA Y TÉRMINOS QUE SE ESTABLECEN EN LAS SIGUIENTES:

**C L A U S U L A S**

**PRIMERA.- OBJETO.**

**EL OBJETO DE ESTE INSTRUMENTO ES QUE “EL PRESTADOR DEL SERVICIO” PROPORCIONE A “SSSLP”, LOS SERVICIOS DE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, UBICADO EN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LA PROPUESTA DE ADJUDICACIÓN QUE SE ACOMPAÑA AL PRESENTE COMO ANEXO 1.**

EL ANEXO ANTES REFERIDO DEBIDAMENTE RUBRICADO POR **“SSSLP”** Y **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”**, FORMA PARTE INTEGRANTE DE ESTE CONTRATO.

**SEGUNDA.- VIGENCIA.**

 EL TÉRMINO DE DURACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ: FECHA DE INICIACIÓN: XX DE XXXXXXX DE 2016; FECHA DE TERMINACIÓN: 0XX DE XXXXXX DE 201X.

**TERCERA.- OBLIGACIONES DE “EL PRESTADOR DEL SERVICIO”.-**

PARA EL DEBIDO CUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO, **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** SE OBLIGA A:

**1)** LLEVAR A CABO LOS SERVICIOS DE LA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, EN EL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX EN EL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, DEL XX DE XXXXXXIL DEL 2016 AL XX DE XXXXL DEL 2016, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LA PROPUESTA DE ADJUDICACIÓN QUE SE ACOMPAÑA AL PRESENTE COMO ANEXO 1.

**2)**  ATENDER CUALQUIER SOLICITUD QUE LE HAGA **"SSSLP"** RELACIONADA CON EL OBJETO DE ESTE CONTRATO.

**3)** PAGAR LOS IMPUESTOS QUE CORRESPONDAN

**4)** EN CASO DE QUE **"SSSLP"** CONSIDERE QUE LOS SERVICIOS EFECTUADOS POR **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** PRESENTEN IRREGULARIDADES Y/O INCONSISTENCIAS, PERSONAL DE **“SSSLP”** O DEL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, REQUERIRÁ A **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** PARA QUE EN EL PLAZO DE LAS CUARENTA Y OCHO HORAS SIGUIENTES, SUBSANE LAS DEFICIENCIAS O ERRORES.

**5)** INFORMAR A “**SSSLP”** Y/O AL PERSONAL POR ÉL DESIGNADO, LA RELACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE HA PRESTADO, COMPROBANDO CON LA DOCUMENTACIÓN QUE CORRESPONDA.

**6)** RESPONDER POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO Y POR CUALQUIER OTRA RESPONSABILIDAD EN QUE INCURRA ÉL Y/O SU PERSONAL QUE CONTRATE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MATERIA DE ESTE CONTRATO.

**CUARTA.-** **OBLIGACIONES DE "SSSLP":**

1. INFORMAR A **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** CUALQUIER IRREGULARIDAD QUE SE PRESENTE POR RAZÓN DEL SERVICIO.

**2)** PAGAR EN UNA SOLA EXHIBICIÓN EL COSTO DEL SERVICIO.

**QUINTA.- LUGAR DONDE SE PRESTA EL SERVICIO.**

 **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** SE OBLIGA A PROPORCIONAR LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO A **“SSSLP”** CON PERSONAL BAJO LA EXCLUSIVA SUBORDINACIÓN Y/O DEPENDENCIA DE **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** EN EL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX SON LOS DESCRITOS EN EL ANEXO NUMERO UNO, QUE DEBIDAMENTE FIRMADOS POR LAS PARTES, FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO.

**SEXTA.- CONTRAPRESTACIÓN.**

**"SSSLP"** SE OBLIGA A PAGAR A FAVOR DE **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** Y/O DE LA PERSONA FÍSICA QUE LEGALMENTE REPRESENTE SUS DERECHOS, POR CONCEPTO DE LOS SERVICIOS PRESTADOSLA CANTIDAD DE: - - - - - - - - - - - - **$XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 60/100 M.N.)** CANTIDAD QUE INCLUYE EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.); DICHA CANTIDAD SERÁ PAGADERA EN UNA SOLA EXHIBICIÓN, CONTRA ENTREGA DE LA FACTURA CORRESPONDIENTE Y CONTRA LA RECEPCIÓN DEL SERVICIO OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, QUE SE RELACIONA Y DESCRIBE EN EL ANEXO DEL MISMO, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA CLÁUSULA QUINTA DEL PRESENTE INSTRUMENTO.

EL PRECIO DE LOS SERVICIOS COMPENSARA A **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”**  POR LOS MATERIALES UTILIZADOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, INSUMOS, CONSUMIBLES, UTENSILIOS, MAQUINARIA, EQUIPO, SUELDOS, HONORARIOS, ORGANIZACIÓN, DIRECCIÓN TÉCNICA PROPIA, ADMINISTRACIÓN, PRESTACIONES SOCIALES Y LABORALES A SU PERSONAL Y TODOS LOS DEMÁS GASTOS QUE SE ORIGINEN COMO CONSECUENCIA DEL PRESENTE CONTRATO, ASÍ COMO SU UTILIDAD POR LO QUE **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** NO PODRÁ EXIGIR MAYOR RETRIBUCIÓN POR CUALQUIER OTRO CONCEPTO.

**SÉPTIMA.- FORMA Y LUGAR DE PAGO.**

EL PAGO A **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”**, SE EFECTUARÁ INVARIABLEMENTE MEDIANTE CHEQUE Y/O DEPÓSITO BANCARIO Y/O TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA EN LA CUENTA DE LA INSTITUCIÓN DE CRÉDITO AUTORIZADA PARA OPERAR EN SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.*,* SELECCIONADA POR **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”**,QUIEN DEBERÁ COMUNICARLO A **“SSSLP”**POR ESCRITO DIRECTAMENTE EN LA VENTANILLA ÚNICA DE PAGO UBICADA EN PROLONGACIÓN CALZADA DE GUADALUPE NÚMERO 5850, C.P. 78380, COLONIA LOMAS DE LA VIRGEN, EN LA CIUDAD DE SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.,CON ANTELACIÓN AL PAGO QUE SE DEN AL AMPARO DE ESTE CONTRATO; PREVIA LA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA CORRESPONDIENTE, INCLUYENDO EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.) EN MONEDA DEL CURSO LEGAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; EL IMPORTE CORRESPONDIENTE SERÁ PAGADERO DENTRO DE LOS VEINTE DÍAS NATURALES SIGUIENTES CONTADOS A PARTIR DE LA ENTREGA DE LA FACTURA CORRESPONDIENTE Y CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA CLÁUSULA SEXTA DEL PRESENTE INSTRUMENTO, QUE INCLUYE EL COSTO DE LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO.

 LA FACTURA CONTENDRÁ LOS REQUISITOS SIGUIENTES:

NOMBRE: SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ.

DIRECCIÓN: PROLONGACIÓN CALZADA DE GUADALUPE NO. 5850, COLONIA LOMAS DE LA VIRGEN,

CÓDIGO POSTAL 78380, SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

R. F. C: SSS-960912-HW9

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

IMPORTE ANTES DE I.V.A.

IMPORTE CON I.V.A.

EN EL CASO DE QUE LA FACTURA PRESENTADA POR **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** NO REÚNA LOS REQUISITOS FISCALES, NI LOS ANTERIORMENTE DESCRITOS **"SSSLP"** SE ABSTENDRÁ DE EFECTUAR SU PAGO HASTA EN TANTO SE PRESENTE LA FACTURA DE MANERA CORRECTA SIN QUE POR ESTE MOTIVO INCURRA EN MORA.

**"SSSLP"** EFECTUARÁ LOS PAGOS DENTRO DE LOS PLAZOS PREVISTOS EN ESTA CLÁUSULA, UNA VEZ QUE **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** HAYA PRESENTADO LA FACTURA CON LOS REQUISITOS FISCALES CORRESPONDIENTES Y LOS ANTERIORMENTE SEÑALADOS.

**OCTAVA.- MODIFICACIONES.**

LAS PARTES PODRÁN ADICIONAR O MODIFICAR EN CUALQUIER TIEMPO ESTE CONTRATO, EN CUALQUIERA DE SUS PARTES, PERO DICHAS ADICIONES Y/O MODIFICACIONES DEBERÁN REALIZARSE NECESARIA Y EXPRESAMENTE MEDIANTE LA CELEBRACIÓN Y SUSCRIPCIÓN ENTRE LOS FIRMANTES DEL CONVENIO RESPECTIVO.

**NOVENA.- CESIONES.**

**“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** NO PODRÁ CEDER, TRANSMITIR, TRASPASAR YA SEA PARCIAL O TOTALMENTE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE CONFORME AL PRESENTE CONTRATO LES CORRESPONDEN, SALVO LOS DERECHOS DE COBRO, DEBIÉNDOSELO COMUNICAR POR ESCRITO A **"SSSLP"** CUANDO MENOS CON 20 DÍAS NATURALES DE ANTICIPACIÓN, DE IGUAL MANERA **"SSSLP"** NO PODRÁ TRASPASAR LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO.

**DÉCIMA.- PENAS CONVENCIONALES.**

**“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** CONVIENE EN QUE SI NO SE PRESTAN LOS SERVICIOS OBJETO DE ESTE CONTRATO, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE EN EL MISMO SE ESTABLECEN, PAGARÁ A **“SSSLP”**, EL 1% (UNO POR CIENTO) POR CADA DÍA DE MORA EN QUE INCURRA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOBRE EL MONTO TOTAL DEL CONTRATO.

AUN CUANDO SE OTORGUE PRORROGA EN LOS CASOS EN QUE ESTA SEA IMPUTABLE AL PRESTADOR, LO CUAL NO EXCEDERÁ DEL IMPORTE DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE HAGA EXIGIBLE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, SI DEL MISMO RESULTARÉ GRAVE PERJUICIO A LOS INTERESES DE **“SSSLP”**, SE HARÁ EFECTIVA LA GARANTÍA ANTES CITADA.

ESTA SANCIÓN SE ESTIPULA POR EL SIMPLE RETRASO EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** Y SE HARÁ EFECTIVA.

A) POR PAGO VOLUNTARIO DE **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”.**

B) EN CASO DE NO EXISTIR PAGO VOLUNTARIO POR PARTE DE **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** AUTORIZA Y FACULTA A **“SSSLP”**, QUE EL MONTO SE DESCUENTE ADMINISTRATIVAMENTE DE LAS LIQUIDACIONES QUE SE FORMULEN, AL MOMENTO DE REALIZAR EL PAGO A **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** SIN PERJUICIO DEL DERECHO QUE TIENEN **“SSSLP”** DE OPTAR ENTRE EXIGIR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO O RESCINDIRLO.

ADEMÁS DE LAS SANCIONES ANTERIORMENTE MENCIONADAS, SERÁN APLICABLES TODAS AQUELLAS QUE CORRESPONDAN AL INCUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES, CLÁUSULAS Y OBLIGACIONES SEÑALADAS EN EL PRESENTE CONTRATO.

LA FIANZA SE CANCELARA CUANDO **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** HAYA CUMPLIDO CON LAS OBLIGACIONES QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE INSTRUMENTO.

**DÉCIMA**

**PRIMERA.- FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.**

**“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** SE OBLIGA A GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL PRESENTE CONTRATO MEDIANTE FIANZA EXPEDIDA POR COMPAÑÍA AUTORIZADA PARA ELLO A FAVOR DE **"SSSLP"**; POR UN IMPORTE EQUIVALENTE AL 30% (TREINTA POR CIENTO) DEL MONTO ADJUDICADO ANTES DE IVA DEL PRESENTE CONTRATO.

**“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** SE OBLIGA A MANTENER LA FIANZA CITADA, HASTA POR DOCE MESES CONTADOS A PARTIR DE LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO, EN LA INTELIGENCIA QUE SÓLO PODRÁ SER CANCELADA MEDIANTE AUTORIZACIÓN EXPRESA POR ESCRITO DE **"SSSLP"**.

SE HARÁ EFECTIVA LA FIANZA DE CUMPLIMIENTO EN LOS SIGUIENTES CASOS:

SI **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** NO PROPORCIONA EL SERVICIO OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO Y BAJO LA EXCLUSIVA SUBORDINACIÓN O DEPENDENCIA DEL MISMO. EL SERVICIO SE PRESTARÁ EN LOS TÉRMINOS QUE SE INDICAN EN EL ANEXO UNO, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DE DEMANDA Y A SATISFACCIÓN DE **"SSSLP"**.

LA FIANZA SE OTORGARÁ POR INSTITUCIÓN MEXICANA DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR LA SECRETARIA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO A FAVOR Y A SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ, Y DEBERÁ CONTENER LAS SIGUIENTES DECLARACIONES EXPRESAS:

QUE LA FIANZA SE OTORGARA POR **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** PARA GARANTIZAR LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN LOS TÉRMINOS DEL PRESENTE CONTRATO.

QUE ESTA FIANZA CONTINUARA VIGENTE EN EL CASO DE QUE SE OTORGUE PRORROGA O ESPERA A **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”**, PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE SE AFIANZAN, AUN CUANDO HAYA SIDO SOLICITADA Y AUTORIZADA EXTEMPORÁNEAMENTE.

QUE LA FIANZA ESTARÁ EN VIGOR HASTA LA FECHA DE RECEPCIÓN TOTAL DE LOS SERVICIOS, Y EN SU CASO DE DEFECTOS Y/O RESPONSABILIDADES CONTINUARA VIGENTE HASTA QUE SE CORRIJAN LOS DEFECTOS Y SE SATISFAGAN LAS RESPONSABILIDADES.

QUEDA EXPRESAMENTE ACEPTADO POR LA INSTITUCIÓN AFIANZADORA, QUE DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 120 DE LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS EN VIGOR, QUE PARA EL CASO DE RECLAMACIÓN EL PLAZO SERA DE 365 DÍAS POSTERIORES A AQUEL EN QUE LA OBLIGACIÓN FUERA EXIGIBLE, LOS BENEFICIARIOS EN SU ESCRITO DE RECLAMACIÓN DEBERÁN DE INDICAR CLARAMENTE LOS SIGUIENTE: A) FECHA DE RECLAMACIÓN, B) No. DE PÓLIZA RELACIONADO CON LA RECLAMACIÓN RECIBIDA, C) FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA FIANZA, D) MONTO DE LA FIANZA, E) NOMBRE O DENOMINACIÓN DEL FIADO, F) NOMBRE O DENOMINACIÓN DEL BENEFICIARIO, G) DOMICILIO DEL BENEFICIARIO PARA OÍR Y RECIBIR NOTIFICACIONES, H) DESCRIPCIÓN Y OBLIGACIÓN GARANTIZADA, I) REFERENCIA DEL CONTRATO FUENTE (FECHAS, NUMERO DE CONTRATO, ETC.), J) DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA QUE MOTIVA LA PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN, O ACOMPAÑANDO LA DOCUMENTACIÓN QUE SIRVA COMO SOPORTE PARA COMPROBAR LO DECLARADO, K) IMPORTE DE LO RECLAMADO QUE NUNCA PODRÁ SER SUPERIOR AL MONTO DE LA FIANZA.

QUE A TRAVÉS DE LA FIANZA SE PODRÁN COBRAR TAMBIÉN LA PENA CONVENCIONAL DEL 1% (UNO POR CIENTO) POR DÍA DE ATRASO EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES.

QUE HARÁ EFECTIVA LA FIANZA DE CUMPLIMIENTO, CUANDO **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** NO CUMPLA CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO.

QUE SOLO PODRÁ SER CANCELADA MEDIANTE AVISO POR ESCRITO DE **“SSSLP”**, Y

QUE LA INSTITUCIÓN AFIANZADORA ACEPTE LO PRECEPTUADO POR LOS ARTÍCULOS 95 Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS EN VIGOR.

LA FIANZA SE CANCELARA CUANDO **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** HAYA CUMPLIDO CON LAS OBLIGACIONES QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE INSTRUMENTO.

**DÉCIMA**

**SEGUNDA.- TÍTULO O ENCABEZADOS.**

 LOS TÍTULOS O ENCABEZADOS ANTEPUESTOS A CADA UNA DE LAS CLÁUSULAS DEL PRESENTE CONTRATO, SÓLO TENDRÁN EFECTOS DE ORIENTACIÓN CON EL FIN DE FACILITAR SU LECTURA Y/O IDENTIFICACIÓN, POR LO QUE NO DEBERÁN AFECTAR SU INTERPRETACIÓN NI SE CONSIDERAN PARTE DEL TEXTO DE DICHAS CLÁUSULAS.

**DÉCIMA**

**TERCERA.- DEL PERSONAL CONTRATADO O RELACIÓN LABORAL.**

**“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** LIBERA A **“SSSLP**” DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD CON RELACIÓN AL PERSONAL QUE OCUPE PARA DAR CUMPLIMIENTO AL OBJETO MATERIA DEL PRESENTE CONTRATO Y RECONOCE SER EL ÚNICO PATRÓN Y RESPONSABLE DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DE LAS DISPOSICIONES LEGALES Y DEMÁS ORDENAMIENTOS EN MATERIA DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL, POR LO QUE RESPONDERÁ A TODAS LAS RECLAMACIONES QUE SUS TRABAJADORES PRESENTEN EN SU CONTRA O EN CONTRA DE “**SSSLP”** RECONOCIENDO EXPRESAMENTE Y PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, QUE NO EXISTE SUSTITUCIÓN PATRONAL POR PARTE DE **“SSSLP”.**

**DÉCIMA**

**CUARTA.- SUPERVISIÓN.**

EL SERVICIO QUE PROPORCIONE **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO**” SERÁ SUPERVISADO POR “**SSSLP**” A TRAVÉS DEL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, QUIEN PUEDE Y VIGILA EN TODO TIEMPO, EL DEBIDO CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN ESTE INSTRUMENTO POR PARTE DE **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”**, SI EL PERSONAL SUPERVISOR DE “**SSSLP”** LLEGARE A DETECTAR ALGUNA IRREGULARIDAD POR PARTE DE **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** EN CUANTO A LA CALIDAD, AVANCE DE LOS SERVICIOS Y/O CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN ESTE INSTRUMENTO, DICHA IRREGULARIDAD SE LE NOTIFICARÁ POR ESCRITO A FIN DE QUE PROCEDA A CORREGIRLA.

EL EJERCICIO DE ESTE DERECHO NO LIBERA A **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** DE LA RESPONSABILIDAD DE SUPERVISAR LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO, EN CONSECUENCIA LA OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR EL SERVICIO MAL EJECUTADO, EL EMPLEO DE PRODUCTOS DE MALA CALIDAD O INADECUADOS Y LA INASISTENCIA DEL PERSONAL CONTRATADO A SU SERVICIO, SUBSISTE EN TODO MOMENTO PARA **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”**.

**DÉCIMA**

**QUINTA.- RESCISIÓN DEL CONTRATO.**

EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE ASUME **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** POR VIRTUD DE ESTE CONTRATO, FACULTA A **“SSSLP”** PARA DARLO POR RESCINDIDO SIN NINGUNA RESPONSABILIDAD A SU CARGO. DICHA RESCISIÓN OPERARÁ DE PLENO DERECHO Y SIN NECESIDAD DE DECLARACIÓN JUDICIAL, BASTANDO PARA ELLO QUE **“SSSLP”** COMUNIQUE A **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** POR ESCRITO TAL DETERMINACIÓN, ADEMÁS SI ESTE INCURRA EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SUPUESTOS:

1. SI **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** NO EJECUTA LOS SERVICIOS, EN LOS TÉRMINOS DEL PRESENTE CONTRATO,
2. SI **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** SUSPENDE INJUSTIFICADAMENTE LA EJECUCIÓN DE LOS SERVICIOS DE ACUERDO A LOS DATOS Y ESPECIFICACIONES QUE EMITA **“SSSLP”**;
3. POR DESATENCIÓN DE LAS RECOMENDACIONES EMITIDAS POR **“SSSLP”;**
4. SI NO DA LAS FACILIDADES NECESARIAS A LOS SUPERVISORES QUE AL EFECTO DESIGNE **“SSSLP”** Y/O EL CXXXXXXXXXXXXXXXXXX, PARA LA EJECUCIÓN DE SU FUNCIÓN,
5. SI “**EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** NO OTORGA LA FIANZA DE GARANTÍA EN LOS TÉRMINOS QUE SE ESTABLECEN EN LA CLAUSULA DECIMA PRIMERA DE ESTE CONTRATO, SIENDO A SU CARGO LOS DAÑOS Y PERJUICIOS QUE PUDIERE SUFRIR **“SSSLP”** POR LA INEJECUCIÓN DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS,

1. SI **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** NO REALIZA LOS SERVICIOS OBJETO DE ESTE CONTRATO A **“SSSLP”** EN FORMA EFICIENTE Y OPORTUNA EN TÉRMINOS DE LO ESTIPULADO EN EL PRESENTE CONTRATO,
2. POR NEGATIVA A REPETIR O COMPLETAR LOS TRABAJOS QUE **“SSSLP”** NO ACEPTE POR DEFICIENTES,
3. SI SE CEDE, TRASPASA O SUBCONTRATA LA TOTALIDAD O PARTE DE LOS SERVICIOS, SIN CONSENTIMIENTO PREVIO Y POR ESCRITO POR PARTE DE **“SSSLP”**;
4. SI ES DECLARADO EN ESTADO DE QUIEBRA O SUSPENSIÓN DE PAGO, POR AUTORIDAD COMPETENTE,

**J)** CUANDO CONCURRAN RAZONES DE INTERÉS FEDERAL Y/O ESTATALCUANDO CONCURRAN RAZONES DE INTERES FEDERAL Y/O ESTATAL,

**K)** AL DETERMINARLO “**SSSLP”,**

1. INSUFICIENCIA PRESUPUESTAL.

EN GENERAL, POR CUALQUIER CAUSA IMPUTABLE A **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** O A SU PERSONAL QUE IMPLIQUE INCUMPLIMIENTO, TOTAL O PARCIAL, A LO PREVISTO EN EL PRESENTE INSTRUMENTO.

EN CUALQUIERA DE LOS SUPUESTOS PREVISTOS ANTERIORMENTE, “**SSSLP”,** REQUERIRÁ A **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** POR ESCRITO QUE EN UN PLAZO DE 15 DÍAS NATURALES A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN A QUE HACE REFERENCIA LA CLAUSULA TERCERA INCISO 4; SUBSANE LA DEFICIENCIA. SI AL FINAL DE DICHO PLAZO LA PARTE DE QUE SE TRATE NO HA CUMPLIDO CON LA OTRA, “**SSSLP”,** EJERCERÁ EL DERECHO DE RESCISIÓN DEL PRESENTE CONTRATO.

CUALQUIER OTRA CAUSA NO PREVISTA QUE DIERA MOTIVO A LA RESCISIÓN DEBERÁ SER COMUNICADA POR ESCRITO EN UN PLAZO DE 15 DÍAS PREVIOS A LA MISMA.

ADEMÁS LA RESCISIÓN DEL CONTRATO SE SUJETARA A LOS SIGUIENTES SUPUESTOS:

1. CUANDO EL SERVICIO NO SE AJUSTE A LO PACTADO, **“SSSLP”** NO LIQUIDARAN A **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** EL IMPORTE DE LOS SERVICIOS OBJETO DE ESTE CONTRATO,

1. LA LIQUIDACIÓN TOTAL DE LOS TRABAJOS NO SIGNIFICARA LA ACEPTACIÓN DE LOS MISMOS, POR LO TANTO **“SSSLP”** SE RESERVAN EXPRESAMENTE EL DERECHO DE RECLAMAR LOS SERVICIOS FALTANTES, O
2. MAL EJECUTADOS, O POR PAGO DE LO INDEBIDO.

**DÉCIMA**

**SEXTA.- RECONOCIMIENTO CONTRACTUAL.**

EL PRESENTE CONTRATO CONSTITUYE EL ACUERDO ENTRE LAS PARTES EN RELACIÓN CON SU OBJETO Y DEJA SIN EFECTO CUALQUIER OTRA NEGOCIACIÓN, OBLIGACIÓN O COMUNICACIÓN ENTRE ESTAS, YA SEA VERBAL O ESCRITA, EFECTUADA CON ANTERIORIDAD A LA FECHA EN QUE SE FIRME EL MISMO.

**DÉCIMA**

**SÉPTIMA.- JURISDICCIÓN Y LEGISLACIÓN APLICABLE.**

EN CASO DE QUE SURJA CUALQUIER CONTROVERSIA RELACIONADA CON EL PRESENTE CONTRATO, LAS PARTES ACUERDAN EXPRESAMENTE SOMETERSE A LA JURISDICCIÓN DE LOS TRIBUNALES COMPETENTES*,* POR LO TANTO, **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”** RENUNCIA IRREVOCABLEMENTE A CUALQUIER FUERO QUE PUDIERA CORRESPONDERLE POR RAZÓN DE SU DOMICILIO PRESENTE O FUTURO, O POR CUALQUIER CAUSA.

**DÉCIMA**

**OCTAVA.- CLÁUSULA FISCAL.**

CADA UNA DE LAS PARTES PAGARÁ TODAS Y CADA UNA DE LAS CONTRIBUCIONES, Y DEMÁS CARGAS FISCALES QUE CONFORME A LAS LEYES FEDERALES, ESTATALES Y MUNICIPALES DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS*,* TENGAN OBLIGACIÓN DE CUBRIR DURANTE LA VIGENCIA, EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO Y SUS ANEXOS.

**DECIMA**

**NOVENA.- NOTIFICACIONES.**

LAS PARTES SE OBLIGAN A COMUNICARSE POR ESCRITO TODA INFORMACIÓN QUE SE GENERE CON MOTIVO DEL CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO, CONFORME A LO SIGUIENTE:

COMUNICACIONES A **“SSSLP”:**

LAS COMUNICACIONES DE ÍNDOLE ADMINISTRATIVO DEBERÁN SER ENTREGADAS EN FORMA PERSONAL, O POR CUALQUIER OTRO MEDIO DE MENSAJERÍA QUE ASEGURE SU RECEPCIÓN, AL REPRESENTANTE AUTORIZADO DE EL ÁREA CORRESPONDIENTE DE **“SSSLP”**,EN EL DOMICILIO QUE A CONTINUACIÓN SE INDICA, PROLONGACIÓN CALZADA DE GUADALUPE NÚMERO 5850, C.P. 78380, COLONIA LOMAS DE LA VIRGEN, EN LA CIUDAD DE SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

COMUNICACIONES A **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”:**

LAS COMUNICACIONES DE ÍNDOLE LEGAL O ADMINISTRATIVO PODRÁN SER ENTREGADAS EN FORMA PERSONAL AL REPRESENTANTE LEGAL DE **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”**,O BIEN, SER ENVIADAS POR CUALQUIER OTRO MEDIO DE MENSAJERÍA QUE ASEGURE SU RECEPCIÓN, A LA DIRECCIÓN SEÑALADA EN EI NUMERAL II.4 DEL APARTADO DE DECLARACIONES DE ESTE CONTRATO.

**VIGÉSIMA.- PRIORIDAD DE DOCUMENTOS.**

PARA EFECTOS DE INTERPRETACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO Y EN CASO DE QUE EXISTAN CONTRADICCIONES ENTRE LOS DIVERSOS DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL MISMO, PREVALECERÁN LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO SOBRE AQUELLAS CONTENIDAS EN SUS ANEXOS. EN CASO DE QUE EXISTAN CONTRADICCIONES ENTRE LOS ANEXOS, PREVALECERÁN LOS ANEXOS QUE SE INTEGREN POR DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DE LA PROPOSICIÓN DE **“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”.**

**VIGÉSIMA**

**PRIMERA.- ANEXO DEL PRESENTE CONTRATO.**

SE ANEXAY FORMA PARTE INTEGRANTE DE ESTE CONTRATO LA PROPUESTA DE ADJUDICACIÓN COMO ANEXO 1, QUE RUBRICADO DE CONFORMIDAD POR AMBAS PARTES FORMA PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE INSTRUMENTO.

LEÍDO QUE FUE EL PRESENTE CONTRATO Y ENTERADAS LAS PARTES DEL CONTENIDO INTEGRAL Y ALCANCE LEGAL DEL PRESENTE INSTRUMENTO, NO EXISTIENDO DOLO, ERROR, NI VICIOS DEL CONSENTIMIENTO, LO RATIFICAN EN TODAS Y CADA UNA DE SUS PARTES, Y DE CONFORMIDAD LO SUSCRIBEN POR TRIPLICADO EN LA CIUDAD DE SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P., EL DÍA 3XX DE XXXXXXX DE 2016 (DOS MIL DICISEIS).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **POR “SSSLP”****LA DIRECTORA GENERAL** |  | **POR “EL PRESTADOR DEL SERVICIO”****LA APODERADA LEGAL** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **XXXXXXXXXXX** |  | **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** |

**SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ**

**DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

**DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES**

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL**

**No. SSSLP-LP-N040-2019**

**ANEXO 9**

**FORMATO DE ESCRITO BAJO PROTESTA PARA DAR CUMPLIMIENTO AL INCISO I) DEL NUMERAL 5 “PROPUESTA TÉCNICA” DE LA PRESENTE CONVOCATORIA DE LICITACIÓN.**

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

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

P r e s e n t e.

En mi carácter de representante legal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que si mi representada tiene un atraso mayor a 30 días naturales contados a partir de la fecha límite de la prestación del servicio, la cancelación del contrato del servicio se hará en forma automática con la aplicación de la pena convencional correspondiente por parte y a criterio de la convocante

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

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

**SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ**

**DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

**DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES**

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL**

**No. SSSLP-LP-N040-2019**

**ANEXO 10**

**FIANZA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**

|  |
| --- |
| AFIANZADORA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, EN EJERCICIO DE LA AUTORIZACION QUE LE OTORGO EL GOBIERNO FEDERAL POR CONDUCTO DE LA SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO, EN LOS TERMINOS DE LOS ARTICULOS 5° Y 6° DE LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS, SE CONSTITUYE FIADORA POR LA SUMA DE: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ANTE LOS SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI, PARA GARANTIZAR POR PARTE DE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Y CON DOMICILIO EN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, EL FIEL Y EXACTO CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES Y OBLIGACIONES CONTRATADAS MEDIANTE EL CONTRATO NO. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE FECHA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DERIVADOS DE: LICITACION NO. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SUSCRITOS ANTE LOS SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI RELATIVO A LA ADQUISICION DE MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DE BIENES INFORMÁTICOS POR UN IMPORTE DE $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. ASI MISMO GARANTIZA LA CALIDAD, CADUCIDAD, DEFECTOS Y SUMINISTRO DE LOS BIENES, MATERIALES E INSUMOS INCLUIDOS EN EL CONTRATO, AFIANZADORA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PAGARA A LOS SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI LA CANTIDAD DE: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (30% DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO CON I.V.A.), EN CASO DE QUE SU FIADA INCUMPLIERE TOTAL O PARCIALMENTE CON LAS OBLIGACIONES CONTRAIDAS EN EL CONTRATO SIN QUE AL RECIBIR ENTREGAS POSTERIORES DE ACUERDO CON EL PROGRAMA IMPLIQUE NOVACION DE LA OBLIGACION. ESTA FIANZA PERMANECERA EN VIGOR DESDE SU EXPEDICION Y DURANTE **DOS AÑOS** CONTADO A PARTIR DE LA ULTIMA ENTREGA TOTAL DE LOS BIENES Y SOLO PODRA SER CANCELADA POR AUTORIZACION ESCRITA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI EN LA INTELIGENCIA DE QUE ESTOS PODRAN HACER EFECTIVA LA TOTALIDAD DE LA GARANTIA CON EL PRIMER INCUMPLIMIENTO PARCIAL DEL CONTRATO SIN QUE AL RECIBIR ENTREGAS POSTERIORES DE ACUERDO CON EL PROGRAMA IMPLIQUE NOVACION DE LA OBLIGACION. SI ES PRORROGADO EL CONTRATO ESTABLECIDO PARA EL SUMINISTRO DE BIENES E INSUMOS A QUE SE REFIERE EL MISMO, O EXISTA ESPERA, LA VIGENCIA DE ESTA FIANZA QUEDARA AUTOMATICAMENTE PRORROGADA HASTA EN TANTO NO SE RECIBA LA ORDEN DE CANCELACION, EN CASO DE HACERSE EXIGIBLE ESTA GARANTIA, LA PRESENTE FIANZA PERMANECERA EN VIGOR DESDE LA FECHA DE SU EXPEDICION Y DURANTE LA SUBSTANCIACION DE TODOS LOS RECURSOS LEGALES O JUICIOS QUE SE INTERPONGAN, HASTA QUE SE DICTE RESOLUCION DEFINITIVA POR AUTORIDAD COMPETENTE.ASIMISMO GARANTIZA EL PAGO DE LAS SANCIONES APLICABLES A SU FIADOR POR INCUMPLIMIENTO PARCIAL DERIVADO DEL ATRASO EN LA ENTREGA DE LOS BIENES A RAZON DEL 1% POR CADA DIA NATURAL DE MORA.FIANZA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ACEPTA EXPRESAMENTE SOMETERSE AL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 279, 280, 281, 282, 283, 166, 178, Y 293 DE LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS EN VIGOR |

**SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ**

**DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

**DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES**

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL**

**No. SSSLP-LP-N040-2019**

**ANEXO 11**

**DESCRIPCIÓN AMPLIA Y DETALLADA DEL SERVICIO OFERTADO**

**DESCRIPCIÓN TÉCNICA**

NOTAS

El prestador de servicios deberá tomar en cuenta, que algunos de los centros de trabajo son unidades que operan las 24 horas de los 365 días al año, por lo que los trabajos se realizarán sobre la marcha, evitando toda vez interrupciones que puedan afectar el funcionamiento de las instalaciones.

Todo mantenimiento deberá ser coordinado con el jefe de mantenimiento de unidad, a fin de que proporcione horarios de ejecución de los trabajos correspondientes, mismos que no deberán afectar de ningún modo la operación del centro.

 **CAPACITACIÓN.**

EL PRESTADOR DE SERVICIO SE OBLIGA A CAPACITAR AL PERSONAL USUARIO DEL EQUIPO, EN LA OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO SIN COSTO ADICIONAL PARA LOS SERVICIOS DE SALUD, CUANDO ESTA SEA REQUERIDA POR EL ÁREA USUARIA.

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, MANIFIESTO QUE LOS SERVICIOS Y MATERIALES QUE ESTOY PROPONIENDO NO CONTRAVIENEN A LAS LEYES DEL FOMENTO Y PROTECCIÓN A LA PROPIEDAD INDUSTRIAL Y FEDERAL DE COMPETENCIA ECONÓMICA.

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

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

**SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ**

**DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

**DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES**

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL**

**No. SSSLP-LP-N040-2019**

**ANEXO 12**

EQUIPO Y HERRAMIENTA QUE SE EMPLEARA EN EL SERVICIO

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE Y NUMERO DE UNIDADES | PROPIO O RENTADO | MARCA | CAPACIDAD | SERIE Y NUMERO | UBICACIÓN ACTUAL | VIDA ÚTIL |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE Y FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ**

**DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

**DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES**

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL**

**No. SSSLP-LP-N040-2019**

ANEXO 13

RELACIÓN DE MATERIALES Y REFACCIONES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CLAVE O NUMERO | MATERIALES Y REFACCIONES | UNIDAD | CANTIDAD |
|  |  |  |  |
| NOMBRE Y FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ**

**DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

**DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES**

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL**

**No. SSSLP-LP-N040-2019**

**ANEXO 14**

RELACIÓN DE PERSONAL CON LAS DIFERENTES CATEGORÍAS A UTILIZARSE EN LA MANO DE OBRA

(PLANTILLA DE PERSONAL)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CATEGORÍA | JORNADA | CANTIDAD |
|  |  |  |

**SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ**

**DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

**DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES**

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL**

**No. SSSLP-LP-N040-2019**

**ANEXO 15**

**PROGRAMA CALENDARIZADO DE EJECUCIÓN DE LOS TRABAJOS**

(PROGRAMA POR DÍAS)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | UNIDAD (INMUEBLE) |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ**

**DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

**DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES**

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL**

**No. SSSLP-LP-N040-2019**

**ANEXO 16**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

HOJA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# SAN LUIS POTOSI, S.L.P. A \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES

CON RELACION A LA LICITACION PUBLICA NACIONAL No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ME PERMITO SOMETER A SU CONSIDERACION LA SIGUIENTE PROPUESTA ECONOMICA, CON UN TOTAL DE \_\_\_ RENGLONES:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. DE RENGLON | TIPO DE SERVICIO | EQUIPO | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO PROPUESTO | IMPORTE |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | SUBTOTAL |  |
|  | TOTAL  | GARANTIA 5% |  | I.V.A. |  |
|  |  | BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD |  | TOTAL |  |

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOTA: ESTE DOCUMENTO DEBERA PRESENTARLO EN PAPEL MEMBRETEADO DE LA EMPRESA