1. **ANEXO 1**

**ESPECIFICACIONES TECNICAS**

1. SE REQUIERE PARA EL LAVADO DE ROPA QUIRÚRGICA DE BULTOS ESTERILIZADOS DE UN SERVICIO DE LAVADO POR MEDIO DE OZONO CON DISPOSITIVO DE GENERACIÓN DE OZONO “POWER CELL”, SOPORTADO CON FILTROS DE INYECCIÓN DE AIRE, BOMBAS DE RECIRCULAMIENTO Y CONTROL AUTOMATICO PARA EL PROCESO DE LAVADO; LOS EQUIPOS DEBERÁN DE CONTENER UN GABINETE ABIERTO QUE SE INTEGRA A CADA UNA DE LAS LAVADORAS, INTERCONTROLADO CON UN CONTROL PARA UN PROCESO INTEGRADO DESDE LOS CICLOS DE LAVADO; ASÍMISMO EL SISTEMA A UTILIZAR DEBERA CONTENER UN MICROPROCESADOR QUE INCLUYA UN SISTEMA OPERATIVO ENBEBIDO EN TIEMPO REAL, PANTALLA TOUCH SCREEN DE PROGRAMACIÓN Y OPERACIÓN, CONFIGURADOR DE PARAMETROS Y UN SISTEMA DE MONITOREO OPERATIVO QUE PERMITA LOS SIGUIENTES AJUSTES: AL PROGRAMA DE NIVEL DE AGUA, TEMPERATURA DEL AGUA, VELOCIDADES DE EXTRACCIÓN; ETAPAS DE LAVADO PROGRAMABLES; NIVEL DE AGUA Y TEMPERATURA, CONTROL, OPERACIÓN Y MONITOREO. (SE DEBERÁ ANEXAR FICHA TÉCNICA O FOLLETOS CON FOTOGRAFÍA TECNICOS EN ESPAÑOL O TRADUCCION SIMPLE).

**CANTIDADES Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS BIENES A LICITAR POR UNIDADUNIDADES HOSPITALARIAS CONFORME A LO REQUERIDO EN LOS SIGUIENTES CUADROS:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANEXO 1 | | | | | |
| **CANTIDADES Y ESPECIFICACIONES TECNICAS DE LOS BIENES A LICITAR POR UNIDADES HOSPITALARIAS** | | | | | |
| **HOSPITAL** | **CONTENIDO** | **MEDIDAS** | **COMPOSICIÓN DE TELA** | **PIEZAS MAXIMO POR MES** | **PIEZAS MAXIMO AÑO** |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE | CAMPO MEDIANO DOBLE | 90X90CM | INDIOLINO 100% ALGODÓN | 3000 | 36000 |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE | COMPRESA DE ESPONJEAR | 50X50CM | TELA MANTA DE CIELO Y/O PAÑALINA COLOR BLANCO, 100% ALGODÓN | 9000 | 108000 |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE | PANTALON CIRUJANO | GRANDE |  | 9000 | 108000 |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE | CAMPO MEDIANO SENCILLO | 90X90CM | INDIOLINO 100% ALGODÓN | 3000 | 36000 |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE | FILIPINA | GRANDE | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 9000 | 108000 |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE |  |  |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE | SABANA ESTANDAR REGULAR | 2.73 m x 1.82 m | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 36000 | 432000 |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE | 2.73 m x 1.85 m |  |  |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE | SABANA CLINICA | 1.36 m x 2 m | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 18000 | 216000 |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE | 1.40 m x 2 m |  |  |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE | COBERTOR PEDIATRICO | 1 m x 90 cm | 100% ALGODÓN | 9000 | 108000 |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE | 80% ACRILÁN 20% POL |  |  |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE | BATA DE PACIENTE | GRANDE | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 15000 | 180000 |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE |  |  |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE | BATA INFANTIL |  | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 6000 | 72000 |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE | COBERTOR CUADRADO ADULTO | 2.20 M X 1.70 M | POLIÉSTER 15% ACRÍLICO 85% | 3000 | 36000 |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE | 2.30 X 1.80 M | ACRILÁN 80% 20% POL |  |  |
| D) HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS | CAMPO MEDIANO SENCILLO | 90X90CM | INDIOLINO 100% ALGODÓN | 1349 | 16188 |
| D) HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS | CAMPO MEDIANO DOBLE | 90X90CM | INDIOLINO 100% ALGODÓN | 1363 | 16356 |
| D) HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS | FILIPINA | GRANDE | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 1500 | 18000 |
| D) HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS |  |  |
| D) HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS | PANTALON CIRUJANO | GRANDE | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 1500 | 18000 |
| D) HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS | SABANA ESTANDAR REGULAR | 2.73 M X 1.82 M | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 13500 | 162000 |
| D) HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS | 2.73 M X 1.85 M |  |  |
| D) HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS | COBERTOR PEDIATRICO | 1 M X 90 CM | 100% ALGODÓN | 744 | 8928 |
| D) HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS | 80% ACRILÁN 20% POL |  |  |
| D) HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS | COBERTOR CUADRADO ADULTO | 2.20 M X 1.70 M | POLIÉSTER 15% ACRÍLICO 85% | 600 | 7200 |
| HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS | 2.30 X 1.80 M | ACRILÁN 80% 20% POL |  |  |
| HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS | BATA DE PACIENTE | GRANDE | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 4380 | 52560 |
| HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS |  |  |
| HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS | BATA MATERNIDAD ABIERTA | GRANDE | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 2276 | 27312 |
| HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS | SABANA PEDIATRICA | 1.38 M X 1.20 M | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 9000 | 108000 |
| D) HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS | 1.40 M X 1.20 M |  |  |
| HOSPITAL DE LA MUJER DE GDL. | CAMPO MEDIANO DOBLE | 90X90CM | INDIOLINO 100% ALGODÓN | 1500 | 18000 |
| HOSPITAL DE LA MUJER DE GDL. | CAMPO MEDIANO SENCILLO | 90X90CM | INDIOLINO 100% ALGODÓN | 1500 | 18000 |
| HOSPITAL DE LA MUJER DE GDL. | FILIPINA | UNITALLA | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 1500 | 18000 |
| HOSPITAL DE LA MUJER DE GDL. |  |  |
| HOSPITAL DE LA MUJER DE GDL. | PANTALON CIRUJANO | GRANDE | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 1500 | 18000 |
| HOSPITAL DE LA MUJER DE GDL. | SABANA ESTANDAR REGULAR | 2.73 M X 1.82 M | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 9000 | 108000 |
| HOSPITAL DE LA MUJER DE GDL. | 2.73 M X 1.85 M |  |  |
| HOSPITAL DE LA MUJER DE GDL. | COBERTOR PEDIATRICO | 1 M X 90 CM | 100% ALGODÓN | 3000 | 36000 |
| ) HOSPITAL DE LA MUJER DE GDL. | 80% ACRILÁN 20% POL |  |  |
| HOSPITAL DE LA MUJER DE GDL. | COBERTOR CUADRADO ADULTO | 2.20 M X 1.70 M | POLIÉSTER 15% ACRÍLICO 85% | 1500 | 18000 |
| HOSPITAL DE LA MUJER DE GDL. | 2.30 X 1.80 M | ACRILÁN 80% 20% POL |  |  |
| HOSPITAL DE LA MUJER DE GDL. | BATA DE PACIENTE | GRANDE | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 9000 | 108000 |
| HOSPITAL DE LA MUJER DE GDL. |  |  |
| HOSPITAL DE LA MUJER DE GDL. | SABANA PEDIATRICA | 1.38 M X 1.20 M | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 9000 | 108000 |
| HOSPITAL DE LA MUJER DE GDL. | 1.40 M X 1.20 M |  |  |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” | COMPRESA DE ESPONJEAR | 50X50CM | TELA MANTA DE CIELO Y/O PAÑALINA COLOR BLANCO, 100% ALGODÓN | 1500 | 18000 |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” | CAMPO MEDIANO SENCILLO | 90X90CM | INDIOLINO 100% ALGODÓN | 874 | 10488 |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” | CAMPO CHICO DOBLE | 50X50CM | INDIOLINO 100% ALGODÓN | 299 | 3588 |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” |  |  |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” | CAMPO SENCILLO CHICO | 50X50CM | INDIOLINO 100% ALGODÓN | 470 | 5640 |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” | CAMPO MEDIANO DOBLE | 90X90CM | INDIOLINO 100% ALGODÓN | 784 | 9408 |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” | FILIPINA | UNITALLA | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 110 | 1320 |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” | PANTALON CIRUJANO | UNITALLA | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 102 | 1224 |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” | SABANA ESTANDAR REGULAR | 2.73 M X 1.82 M | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 3222 | 38664 |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” | 2.73 M X 1.85 M |  |  |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” | SABANA CLINICA | 1.36 M X 2 M | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 551 | 6612 |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” | 1.40 M X 2 M |  |  |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” | COBERTOR CUADRADO ADULTO | 2.20 M X 1.70 M | POLIÉSTER 15% ACRÍLICO 85% | 380 | 4560 |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” | 2.30 X 1.80 M | ACRILÁN 80% 20% POL |  |  |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” | COBERTOR PEDIATRICO | 1 M X 90 CM | 100% ALGODÓN | 123 | 1476 |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” | 80% ACRILÁN 20% POL |  |  |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” | BATA DE PACIENTE | GRANDE | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 986 | 11832 |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” |  |  |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” | BATA INFANTIL |  | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 153 | 1836 |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” |  |  |
| ) HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | CAMPO MEDIANO DOBLE | 90X90CM | INDIOLINO 100% ALGODÓN | 1500 | 18000 |
| ) HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | PIERNERA GINECOLOGICA |  |  | 1500 | 18000 |
| ) HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | CAMPO MEDIANO SENCILLO | 90X90CM | INDIOLINO 100% ALGODÓN | 3000 | 36000 |
| ) HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | COMPRESA DE ESPONJEAR | 50X50CM | TELA MANTA DE CIELO Y/O PAÑALINA COLOR BLANCO, 100% ALGODÓN | 1500 | 18000 |
| ) HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | PANTALON CIRUJANO |  | POLIESTER/ALGODÓN 50%/50% | 1500 | 18000 |
| ) HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | FUNDA MESA MAYO |  | POLIESTER/ALGODÓN 50%/50% 1.10X60 | 1500 | 18000 |
| ) HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | BATA CIRUJANO |  |  | 3000 | 36000 |
| ) HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | CAMPO HENDIDO | 90X90CM | INDIOLINO 100% ALGODÓN | 900 | 10800 |
| ) HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | FILIPINA | UNITALLA | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 1500 | 18000 |
| ) HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN |  |  |
| ) HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | SABANA ESTANDAR REGULAR | 2.73 M X 1.82 M | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 3600 | 43200 |
| ) HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | 2.73 M X 1.85 M |  |  |
| ) HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | SABANA CLINICA | 1.36 M X 2 M | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 2400 | 28800 |
| ) HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | 1.40 M X 2 M |  |  |
| ) HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | TOALLA DE BAÑO | 1.40 M X 80 CM | FELPA TIPO TOALLA 100% ALGODÓN | 1500 | 18000 |
| ) HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | SABANA PEDIATRICA | 1.38 M X 1.20 M | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 1500 | 18000 |
| ) HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | 1.40 M X 1.20 M | 0 | 0 |
| ) HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | COBERTOR PEDIATRICO | 1 M X 90 CM | 100% ALGODÓN | 3000 | 36000 |
| ) HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | 80% ACRILÁN 20% POL |  |  |
| HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | COBERTOR CUADRADO ADULTO | 2.20 M X 1.70 M | POLIÉSTER 15% ACRÍLICO 85% | 1500 | 18000 |
| HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | 2.30 X 1.80 M | ACRILÁN 80% 20% POL |  |  |
| HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | BATA DE PACIENTE | GRANDE | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 3000 | 36000 |
| HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN |  |  |
| HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | BATA INFANTIL |  | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 124 | 1488 |
| HOSPITAL DE CIUDAD GUZMAN | CAMPO MEDIANO DOBLE | 90X90CM | INDIOLINO 100% ALGODÓN | 4500 | 54000 |
| HOSPITAL DE CIUDAD GUZMAN | CAMPO MEDIANO SENCILLO | 90X90CM | INDIOLINO 100% ALGODÓN | 4500 | 54000 |
| HOSPITAL DE CIUDAD GUZMAN | COMPRESA DE ESPONJEAR | 50X50CM | TELA MANTA DE CIELO Y/O PAÑALINA COLOR BLANCO, 100% ALGODÓN | 9000 | 108000 |
| HOSPITAL DE CIUDAD GUZMAN | FILIPINA | GRANDE | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 6000 | 72000 |
| HOSPITAL DE CIUDAD GUZMAN |  |  |
| HOSPITAL DE CIUDAD GUZMAN | SABANA ESTANDAR REGULAR | 2.73 M X 1.82 M | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 4500 | 54000 |
| HOSPITAL DE CIUDAD GUZMAN | 2.73 M X 1.85 M |  |  |
| HOSPITAL DE CIUDAD GUZMAN | SABANA CLINICA | 1.36 M X 2 M | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 4500 | 54000 |
| HOSPITAL DE CIUDAD GUZMAN | 1.40 M X 2 M |  |  |
| HOSPITAL DE CIUDAD GUZMAN | COBERTOR PEDIATRICO | 1 M X 90 CM | 100% ALGODÓN | 3000 | 36000 |
| HOSPITAL DE CIUDAD GUZMAN | 80% ACRILÁN 20% POL |  |  |
| HOSPITAL DE CIUDAD GUZMAN | BATA DE PACIENTE | GRANDE | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 6000 | 72000 |
| HOSPITAL DE CIUDAD GUZMAN |  |  |
| HOSPITAL DE CIUDAD GUZMAN | BATA INFANTIL |  | POLIÉSTER (50-55%) ALGODÓN (50-45%) | 3000 | 36000 |
| HOSPITAL DE CIUDAD GUZMAN | COBERTOR CUADRADO ADULTO | 2.20 M X 1.70 M | POLIÉSTER 15% ACRÍLICO 85% | 3000 | 36000 |
| HOSPITAL DE CIUDAD GUZMAN | 2.30 X 1.80 M | ACRILÁN 80% 20% POL |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ANEXO 1 | | | |
| CANTIDADES Y ESPECIFICACIONES TECNICAS DE LOS BIENES A LICITAR POR UNIDADES HOSPITALARIAS  BULTOS | | | |
| HOSPITAL | DESCRIPCIÓN (ARTICULO) | MAXIMO BULTO MES | MAXIMO ANUAL |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE | BULTO CIRUGIA GENERAL | 300 | 3600 |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE | BULTO CIRUJANO | 300 | 3600 |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE | BULTO PARTO | 600 | 7200 |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE | BULTO CUATRO CAMPOS | 900 | 10800 |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE | BULTO DOS PIERNERAS GINECOLOGICAS | 30 | 360 |
| HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE | BULTO UNA BATA PARA CIRUJANO | 300 | 3600 |
| D) HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS | BULTO CIRUGIA GENERAL | 90 | 1080 |
| D) HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS | BULTO PARTO | 300 | 3600 |
| D) HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS | BULTO CUATRO CAMPOS | 300 | 3600 |
| D) HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS | BULTO UNA BATA PARA CIRUJANO | 300 | 3600 |
| ) HOSPITAL DE LA MUJER DE GDL. | BULTO CIRUGIA GENERAL | 150 | 1800 |
| ) HOSPITAL DE LA MUJER DE GDL. | BULTO PARTO | 300 | 3600 |
| ) HOSPITAL DE LA MUJER DE GDL. | BULTO CUATRO CAMPOS | 900 | 10800 |
| HOSPITAL DE LA MUJER DE GDL. | BULTO UNA BATA PARA CIRUJANO | 150 | 1800 |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” | BULTO CIRUGIA GENERAL | 150 | 1800 |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” | BULTO CUATRO CAMPOS | 900 | 10800 |
| INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA “DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS” | BULTO UNA BATA PARA CIRUJANO | 150 | 1800 |
| HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | BULTO CIRUGIA GENERAL | 150 | 1800 |
| ) HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | BULTO PARTO | 600 | 7200 |
| ) HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | BULTO CUATRO CAMPOS | 900 | 10800 |
| ) HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN | BULTO UNA BATA PARA CIRUJANO | 300 | 3600 |
| HOSPITAL DE CIUDAD GUZMAN | BULTO CIRUGIA GENERAL | 300 | 3600 |
| HOSPITAL DE CIUDAD GUZMAN | BULTO CIRUJANO | 300 | 3600 |
| HOSPITAL DE CIUDAD GUZMAN | BULTO PARTO | 300 | 3600 |
| HOSPITAL DE CIUDAD GUZMAN | BULTO CUATRO CAMPOS | 300 | 3600 |
| HOSPITAL DE CIUDAD GUZMAN | BULTO DOS PIERNERAS GINECOLOGICAS | 30 | 360 |
| HOSPITAL DE CIUDAD GUZMAN | BULTO UNA BATA PARA CIRUJANO | 300 | 3600 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ANEXO 1 | | | |
| CANTIDADES Y ESPECIFICACIONES TECNICAS DE LOS BIENES A LICITAR POR UNIDADES HOSPITALARIAS DE LOS BULTOS | | | |
| BULTO CAMPO HENDIDO | 1.00 | CAMPO HENDIDO | 90X90 CM |
| 1.00 | CAMPO DE ENVOLTURA CHICO | 55 CM X 55 CM |
| 1.00 | BOLSA DE ENVOLTURA | PROPORCIONAL |
|  |  |  |  |
| BULTO CIRUGIA GENERAL | 1.00 | SÁBANA DE PIES | 2.20 M X 1.70 M |
| 1.00 | SABANA CEFÁLICA | 1.70 M X 2.20 M |
| 1.00 | SABANA HENDIDA | 2.90 M X 1.65 M |
| 6.00 | CAMPO SENCILLO | 90X90 CM |
| 1.00 | FUNDA MAYO | 1.27 M X 55 CM |
| 1.00 | SABANA RIÑÓN | 1.70 M X 2.80 M |
| 1.00 | CAMPO DE ENVOLTURA | 1.15 M X 1.15 M |
| 1.00 | CAMPO DE ENVOLTURA | 1.15 M X 1.15 M |
| 1.00 | BOLSA DE ENVOLTURA | PROPORCIONAL |
|  |  |  |  |
| BULTO CIRUJANO | 3.00 | BATA PARA CIRUJANO | GRANDE |
| 3.00 | TOALLA DE FRICCIÓN | 35 CM X 65 CM |
|  |  | 40 CM X 70 CM |
| 1.00 | CAMPO DE ENVOLTURA | 85 CM X 85 CM |
| 1.00 | BOLSA DE ENVOLTURA | PROPORCIONAL |
|  |  |  |  |
| BULTO CUATRO CAMPOS | 4.00 | CAMPO SENCILLO MEDIANO | 90X90 CM |
| 1.00 | CAMPO DE ENVOLTURA CHICO | 55 CM X 55 CM |
| 1.00 | BOLSA DE ENVOLTURA | PROPORCIONAL |
|  |  |  |  |
| BULTO DOS PIERNERAS GINECOLOGICAS | 2.00 | PIERNERA GINECOLOGÍCA | 1.01 M X 66 CM |
| 1.00 | CAMPO DE ENVOLTURA | 55 CM X 55 CM |
| 1.00 | BOLSA DE ENVOLTURA | PROPORCIONAL |
|  |  |  |  |
| BULTO PARTO | 4.00 | CAMPO SENCILLO MEDIANO | 90X90 CM |
| 2.00 | PIERNERA GINECOLÓGICA | 1.01 M X 66 CM |
| 1.00 | SABANA DE RIÑON | 1.70 M X 2.80 M |
| 1.00 | CAMPO DE ENVOLTURA MEDIANO | 85 CM X 85 CM |
| 1.00 | BOLSA DE ENVOLTURA | PROPORCIONAL |
|  |  |  |  |
| BULTO PEDIATRIA | 1.00 | BATA PARA CIRUJANO | GRANDE |
| 1.00 | TOALLA DE FRICCIÓN | 35 CM X 65 CM |
| 40 CM X 70 CM |
| 2.00 | CAMPO SENCILLO MEDIANO | 85 CM X 85 CM |
| 1.00 | CAMPO DE ENVOLTURA CHICO | 55 CM X 55 CM |
| 1.00 | BOLSA DE ENVOLTURA | PROPORCIONAL |
|  |  |  |  |
| BULTO TRES BATAS PARA CIRUJANO | 3.00 | BATA PARA CIRUJANO | GRANDE |
| 3.00 | TOALLA DE FRICCIÓN | 35 CM X 65 CM |
| 40 CM X 70 CM |
| 1.00 | CAMPO DE ENVOLTURA | 85 CM X 85 CM |
| 1.00 | BOLSA DE ENVOLTURA | PROPORCIONAL |
|  |  |  |  |
| BULTO UNA BATA PARA CIRUJANO | 1.00 | BATA PARA CIRUJANO | GRANDE |
| 1.00 | TOALLA DE FRICCIÓN | 35 CM X 65 CM |
| 1.00 |  | 40 CM X 70 CM |
| 1.00 | CAMPO DE ENVOLTURA | 55 CM X 55 CM |
| 1.00 | BOLSA DE ENVOLTURA | PROPORCIONAL |

ANEXO 2

PROPUESTA ECONÓMICA

|  |
| --- |
| PROPUESTA ECONÓMICA |
| Guadalajara, Jalisco, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del 2013  Comisión de Adquisiciones y Enajenaciones del  Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco.  P R E S E N T E  LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  POR MEDIO DE LA PRESENTE, MANIFESTAMOS BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE OFERTAMOS EL SERVICIO OBJETO DE LA PRESENTE LICITACIÓN PÚBLICA, PARA:   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | PARTIDA | UNIDAD HOSPITALARIA | DESCRIPCIÓN GENÉRICA | PRESENTACIÓN | PERIODO DEL SERVICIO | IMPORTE TOTAL DEL SERVICIO CON I.V.A., INCLUIDO POR UNIDAD HOSPITALARIA | | UNICA |  |  | SERVICIO |  | $ | |  | $ | | ... | $ | | GRAN TOTAL CON I.V.A., INCLUIDO POR LAS 11 UNIDADES HOSPITALARIAS | | | | | $ |   LOS PRECIOS OFERTADOS INCLUYEN EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO” Y ESTÁN EXPRESADOS EN MONEDA NACIONAL.  A T E N T A M E N T E  NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O  REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA | |

1. **ANEXO 3**

**ACREDITACIÓN**

**COMISIÓN DE ADQUISICIONES Y ENAJENACIONES**

**DEL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO**

**SERVICIOS DE SALUD JALISCO**

**P R E S E N T E**

Yo, (Nombre del Representante Legal), 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 de la presente licitación, a nombre y representación de **(“NOMBRE DEL PARTICIPANTE**”), por lo que en caso de falsear los documentos acepto que se apliquen las medidas disciplinarias tanto a mí como a mí representada, en los términos de la ley de la materia, incluyendo la descalificación de la presente licitación y que la sancione a mi representada de acuerdo a los artículos 42 de la Ley de Adquisiciones y Enajenaciones del Gobierno del Estado de Jalisco y 54 de su Reglamento.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Participante: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. de Registro del Padrón de Proveedores de Bienes y Servicios del Gobierno de Jalisco: (en caso de contar con él) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| No. de Registro en el Sistema de Información Empresarial Mexicano (SIEM): | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| No. del Registro Federal de Contribuyentes: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: (Calle, Número exterior-interior, Colonia, Código Postal) | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Municipio o Delegación: | | | | |  | | | | | | | | | Entidad Federativa: | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Teléfono (s): | | | | |  | | | | | | | | | Fax: | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Correo Electrónico: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Para Personas Jurídicas: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de Escritura Pública: (en la que consta su Acta Constitutiva y sus modificaciones\* si las hubiera) | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha y lugar de expedición: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Fedatario Público, mencionando si es Titular o Suplente: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de inscripción en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tomo: | |  | | | | | | | | | Libro: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Agregado con número al Apéndice: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*NOTA: En caso de que hubiere modificaciones relevantes al Acta Constitutiva (cambio de razón social, de domicilio fiscal, de giro o actividad, etc.), deberá mencionar los datos anteriores que correspondan a dicha modificación y la referencia de la causa de la misma. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Únicamente para Personas Físicas: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de folio de la Credencial para Votar: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P O D E R | Para Personas Físicas o Jurídicas que comparezcan a través de Apoderado, con Poder General o Especial para Actos de Administración o de Dominio, que les faculte para comparecer a la licitación y a la firma del contrato que resulte del mismo: (en caso de ser Personas Jurídica y el poder se otorgue en la escritura del acta constitutiva, manifestarlo en este cuadro) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de Escritura Pública | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de poder: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Fedatario Público, mencionando si es Titular o Suplente: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de inscripción en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tomo: | |  | | | | | | | Libro: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Agregado con número al Apéndice: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lugar y fecha de expedición: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Clasificación de la empresa: | | | Micro | | |  | | Pequeña | | | | | |  | | | | Mediana | | | | |  | | Grande | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de empresa: | | | | |  | |  | | | |  |  | | | | | | |  |  | |  | |  | |  |  |  |
| Comercializadora | | | | |  | | Productora | | | |  | Servicio | | | | | | |  | local | |  | | Nacional | |  | Int. |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PROTESTO LO NECESARIO

Nombre y firma del Representante Legal

1. ANEXO 4
2. FORMATO PARA REALIZAR PREGUNTAS

Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL No. LPL-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| NOTAS: | | |
| 1. | Solo se aceptarán preguntas presentadas con este formato. | |
| 2. | Las bases no estarán a discusión en la junta, el objetivo es exclusivamente la aclaración de las dudas formuladas en este documento. | |
| 3. | Este documento podrá ser entregado en el “DOMICILIO” personalmente, en archivo electrónico y/o al correo electrónico [base.saludjalisco@jalisco.gob.mx](mailto:base.saludjalisco@jalisco.gob.mx)Ambos deberán ser en WORD | |
| Se recomienda confirmar la recepción del formato, ya que no nos haremos responsables por lo recibido fuera de tiempo | | |
| Persona Física o JURÍDICA : | |  |
| REPRESENTANTE LEGAL : | |  |
| NOTA: Favor de llenar en computadora EN WORD | | |
|  | | |

2. ANEXO 5

CARTA COMPROMISO

FECHA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LIC. MIGUEL ÁNGEL LEYVA LUNA

DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACION

O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO

P R E S E N T E

Me refiero a usted al participar en la Licitación Pública Nacional No. LPN-43068001-016-14 relativa a la contratación del **“Servicio de Arrendamiento de Ropa Reusable Quirúrgica y Hospitalaria y Servicio de Lavandería para Diferentes Unidades del O.P.D. Servicios de Salud Jalisco”**, sobre el particular el suscrito en mi calidad de representante legal de la empresa:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

MANIFIESTO Y ME COMPROMETO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD LO SIGUIENTE:

* Que la empresa que represento y el personal que operará el Servicio cuenta con la Experiencia, Capacitación y Conocimientos necesarios para prestar el servicio a que se refiere esta licitación, por lo tanto nos encontramos en posibilidades de participar y operar adecuada e inmediatamente a la fecha de inicio pactada.
* Que mi representada y un servidor no nos encontramos en ninguno de los supuestos que prevé el artículo 18 de la Ley de Adquisiciones y Enajenaciones del Gobierno del Estado de Jalisco y que los datos asentados con anterioridad son correctos y que no me ha sido revocado el poder.
* Que mi representada y un servidor hemos presentado en tiempo y forma las declaraciones del ejercicio por impuestos federales y locales, correspondientes a los tres últimos ejercicios fiscales o a partir de su inscripción en el Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C)
* Que mi representada y un servidor hemos presentado las declaraciones de pagos correspondientes a 2013 y provisionales de 2014 por los mismos impuestos (Cuando los contribuyentes tengan menos de tres años de inscritos en el R.F.C., la manifestación a que se refiere este rubro, corresponderá al periodo de inscripción).
* Que mi representada y un servidor no tenemos adeudos fiscales firmes a nuestro cargo por impuestos Federales y Estatales, y que estamos al corriente de las obligaciones fiscales de conformidad con las disposiciones del Código Fiscal de la Federación y de las demás leyes tributarias a la fecha de la celebración de la presente PROCESO.
* Que hemos analizado con detalle las bases para este PROCESO y las especificaciones correspondientes, proporcionadas por el O.P.D. Servicios de Salud Jalisco.
* Que hemos formulado cuidadosamente el precio unitario que se propone tomando en consideración las circunstancias previsibles que pueden influir sobre el mismo. Dicho precio se presenta en moneda nacional e incluye todos los cargos directos e indirectos que se originen en la presente licitación.
* Que los precios son especiales a gobierno por lo tanto son menores a los que rigen en el mercado, así mismo me comprometo a respaldar las proposiciones que presento, por lo tanto mantendré el precio ofertado firme, vigente y en pesos mexicanos hasta el total cumplimiento del contrato.
* A firmar el contrato respectivo entre los 10 (Diez) días hábiles contados a partir de la fecha de la notificación de la Resolución de Adjudicación.
* A entregar en un plazo no mayor a 10 días hábiles a partir del siguiente día hábil de la Resolución de Adjudicación, una garantía por el 10% del importe total del contrato antes de I.V.A. La deberé presentar mediante una fianza expedida por una institución mexicana legalmente autorizada, a nombre de Servicios de Salud Jalisco.
* A cumplir con todo lo especificado en el puntos 3 de las bases, así como en sus numerales.
* A prestar el servicio objeto de esta licitación de manera idéntica a lo solicitado y que corresponderá a lo requerido en el ANEXO 1 de las bases del presente PROCESO y a lo derivado de la junta aclaratoria de las mismas, por lo que mi servicio será con entera calidad.
* Que los productos químicos que serán suministrados por mi representada de conformidad al ANEXO 1 de las bases del presente PROCESO, son biodegradables.
* Que en caso de falsear información en cualquiera de las etapas de la licitación, me conformo que se me apliquen las medidas disciplinarías tanto a mi como a mi representada, en los términos de la Ley de la Materia, incluyendo la descalificación de la presente licitación, en la que participo.

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

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA

Nota: Texto que deberá emplear el “PARTICIPANTE” para presentar su proposición en hoja membreteada de la empresa.

1. **ANEXO 6**
2. TEXTO DE FIANZA DEL 10% GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

Los “PROVEEDORES” que opten por garantizar el cumplimiento del contrato a través de Fianza, deberán presentarla con el siguiente texto:

(NOMBRE DE LA AFIANZADORA), EN EL EJERCICIO DE LA AUTORIZACIÓN QUE ME OTORGA EL GOBIERNO FEDERAL A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO EN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 5º Y 6° DE LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS, ME CONSTITUYO FIADORA POR LA SUMA DE $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (CANTIDAD CON LETRA) A FAVOR DE SERVICIOS DE SALUD JALISCO

para: garantizar por (nombre del “PROVEEDOR”) con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ colonia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el fiel y exacto cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones contraídas en la licitación no. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de fecha (fallo de RESOLUCIÓN) \_\_\_\_\_\_\_\_\_, celebrado entre nuestro fiado y SERVICIOS DE SALUD JALISCO, con un importe total de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I.V.A. INCLUIDO

ESTA FIANZA ESTARÁ EN VIGOR POR UN AÑO MÁS A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO, PARA GARANTIZAR LA BUENA CALIDAD DE LOS SERVICIOS, ASÍ COMO LA REPARACIÓN DE LOS DEFECTOS Y VICIOS OCULTOS QUE PUDIEREN APARECER Y QUE SEAN IMPUTABLES A NUESTRO FIADO Y SOLO PODRÁ SER CANCELADA CON LA PRESENTACIÓN POR PARTE DE NUESTRO FIADO, DE LA ORIGINAL DE LA MISMA.

esta fianza estará vigente en caso de substanciación de juicioS o recursos hasta su total resolución.

en EL caso de que la presente se haga exigible, la afianzadora y el fiado aceptan expresamente someterse al procedimiento de ejecución establecido en los artículos 93 al 95 bis, 118 Y DEMÁS RELATIVOS de la ley federal de instituciones de fianzas en vigor, ACEPTANDO someteRSE a la competencia de los tribunales del primer partido judicial del estado de jalisco, renunciando a los tribunales que por razón de su domicilio presente o futuro, les pudiera corresponder.

1. **ANEXO 7**
2. CONSENTIMIENTO PARA EL PAGO DE FACTURAS DE BIENES Y/O SERVICIOS VÍA DEPÓSITO EN CUENTA DE CHEQUES

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datos del Proveedor Solicitante | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| RFC | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| CURP | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio Fiscal | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calle |  | | | | | | | | | No. Ext. | | | | |  | | No. Int |  |
| Colonia |  | | | | | | | | Ciudad | | |  | | | | | | |
| Municipio o Delegación | | |  | | | | | | Estado | | |  | | | | | | |
| Código Postal | | |  | | | Tel. Oficina |  | | | | | | Fax. | | |  | | |
| E-mail |  | | | | | | Contacto | |  | | | | | | | | | |
| Datos de la cuenta a la que abonara el pago de factura(s) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Banco | | |  | | | | | | | | Clave | | | |  | | | |
| CLABE | | |  | | | | | No. de cuenta de cheques | | | | | |  | | | | |
| Plaza (del Banco) | | | | |  | | | | | | No. de plaza | | | | |  | | |
| Sucursal | |  | | | | | | | | | No. de Suc. | | | | |  | | |
| Entidad Federativa | | | | |  | | | | | | | | Clave | | |  | | |

Ciudad y Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_

EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL O TITULAR DE LA ENTIDAD ARRIBA CITADA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE EL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO, DEPOSITE EN LA CUENTA DE CHEQUES QUE ARRIBA SE INDICA, EL (LOS) IMPORTE(S) QUE CORRESPONDA(N) AL PAGO DEL NUMERO DE FACTURA O DOCUMENTO DE COBRO QUE AMPARA(N) LOS BIENES Y/O SERVICIOS QUE ESTE ORGANISMO RECIBA DE MI (NUESTRA) PARTE.

|  |
| --- |
|  |

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR Y/O REPRESENTANTE(S) LEGAL(S) DE LA ENTIDAD.

IMPORTANTE

* Este formato deberá ser firmado por el titular de la cuenta y/o representante(s) legal(es) de su entidad.
* En caso de ser persona moral, deberá adjuntar copia del poder notarial en donde se le otorga la facultad al representante legal para realizar este trámite.
* Para que proceda esta solicitud de abono en cuenta de cheques, es indispensable anexar el original de la parte superior de su ultimo estado de cuenta de cheques (nombre, dirección, cuenta número, sucursal, periodo y expedido en:)
* O.P.D. Servicios de Salud Jalisco, no está en posibilidades de validar la información arriba indicada, por lo que si el número de cuenta de cheques proporcionado por Usted(es) resulta incorrecto, el pago de las facturas se realizara hasta que la institución recupere el importe respectivo, así mismo, si el número de cuenta de cheques es rechazado por el Banco, el pago se efectuara mediante cheque.
* En caso de suspensión o de cancelación de su cuenta de cheques, deberá notificarlo al O.P.D. Servicios de Salud Jalisco (Dirección de Recursos Financieros), el mismo día en que se de este suceso, a efecto de que el siguiente deposito no sea rechazado por la Institución Bancaria.
* De acuerdo a disposiciones fiscales, el número de cuenta de cheques a la que se abonara el pago de sus facturas, deberá estar necesariamente a nombre de Usted o de su Entidad.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO

CONSENTIMIENTO DE PAGO DE FACTURAS DE BIENES Y/O SERVICIOS VIA DEPÓSITO EN CUENTA

INDICACIONES GENERALES:

* Utilice bolígrafo de tinta azul o negra de preferencia, para llenar este formato.
* Llenes el formato con letra de molde o máquina de escribir.
* Lea con atención los puntos que aparecen en notas importantes, las cuales ayudaran a que su trámite de pago se realice con mayor facilidad: cabe aclarar que si usted es representante legal, debe presentar copia del poder notarial mediante el cual se otorga la facultad para realizar este trámite.

PARA EL ESPACIO DE DATOS GENERALES:

* Escriba su Nombre completo empezando por los apellidos Paterno, Materno y nombre o nombres en caso de Persona Física; sí es Persona Moral anote el nombre completo de la Entidad que represente.
* Al escribir su Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C. Persona Física o Persona Moral), no olvide anotar su Homo clave, en su caso.
* Al escribir su Clave Única de Registro Poblacional (CURP).
* En lo que respecta a su Domicilio Fiscal (con el que Usted está dado de alta en la Secretaría de Hacienda y Crédito Público como persona Física o Moral), escriba en forma completa todos los datos solicitados, ya que es importante para su localización en caso de aclaraciones posteriores.
* Es importante indicar el nombre del funcionario (contacto), para posibles aclaraciones.

DATOS DE LA CUENTA A LA QUE SE ABONARAN EL PAGO DE FACTURAS:

1. Se sugiere confirmar con su Banco los datos que son solicitados:
2. Anote el nombre y la clave del Banco al que pertenece su Cuenta, de acuerdo al cuadro de Bancos Participantes.
3. Anote correctamente su número de Cuenta; recuerde que aquí es donde se aplicará el pago de su (s) facturas.
4. Escriba el nombre y el número de Plaza correspondiente; este dato es de vital importancia, porque a esa Plaza serán transferidos los fondos.
5. Anote el Nombre y número de sucursal, para localizar la zona a la que pertenece su Banco.
6. Anote la Clave Bancaria Estandarizada “CLABE” que aparece en el estado de cuenta bancario, que consta de 18 posiciones y se utiliza para transacciones interbancarias.
7. Escriba la fecha, indicando la Ciudad y el Estado en la que se encuentra radicando usted.
8. Anote su Nombre y firma del Titular y/o representante (s) legal (es) de su Entidad.

CLAVES BANCARIAS DE ENTIDADES FEDERATIVAS:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CLAVE | ENTIDAD | CLAVE | ENTIDAD |
| 01 | Distrito Federal | 17 | Morelos |
| 02 | Aguascalientes | 18 | Nayarit |
| 03 | Baja California Nte. | 19 | Nuevo León |
| 04 | Baja California Sur | 20 | Oaxaca |
| 05 | Campeche | 21 | Puebla |
| 06 | Coahuila | 22 | Querétaro |
| 07 | Colima | 23 | Quintana Roo |
| 08 | Chiapas | 24 | San Luís Potosí |
| 09 | Chihuahua | 25 | Sinaloa |
| 10 | Durango | 26 | Sonora |
| 11 | Guanajuato | 27 | Tabasco |
| 12 | Guerrero | 28 | Tamaulipas |
| 13 | Hidalgo | 29 | Tlaxcala |
| 14 | Jalisco | 30 | Veracruz |
| 15 | México | 31 | Yucatán |
| 16 | Michoacán | 32 | Zacatecas |

BANCOS PARTICIPANTES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CLAVE | BANCO | CLAVE | BANCO |
| 01 | Banco de México | 58 | Banco Regional de Monterrey, S.A. |
| 02 | Banco Nacional de México, S.A. | 59 | Banco Invex, S.A. |
| 03 | Banca Serfin, S.A. | 60 | Bansi, S.A. |
| 12 | BBVA Bancomer, S.A. | 62 | Banca Afirme, S.A. |
| 14 | Santander Mexicano S.A. | 72 | Banco Mercantil del Norte, S.A. |
| 19 | Banco Nacional del Ejército, Fuerza Aérea y Armada, S.N.C. | 102 | ABN Amor Bank (México), S.A. |
| 21 | Banco Internacional, S.A. | 103 | American Express Bank (México) S.A. |
| 30 | Banco del Bajío, S.A. | 106 | Bank of Americana, S.A. |
| 32 | IXE Banco, S.A. | 107 | Bankboston, S.A. |
| 36 | Banco Inbursa, S.A. | 127 | Banco Azteca, S.A. |
| 37 | Banco Interacciones S.A. | 135 | Nacional Financiera, S.N.C. |
| 42 | Banca Mifel, S.A. | 167 | Tesorería de la Federación (TESOFE) |
| 44 | Scotiabank Inverlat, S.A. |  |  |

Es importante que nos proporcione los datos correctos y completos de su Banco para que su operación sea transferida con oportunidad y así evitar contra tiempos.

**ANEXO 8**

**RECIBO DE MUESTRAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA | | | |
| Nombre: |  | | |
| Teléfono: |  | Fax: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATOS DE LA MUESTRAS QUE ENTREGA | | |
| PARTIDA | DESCRIPCIÓN | ENTREGÓ |
| 1 | BULTO DE CIRUGÍA GENERAL |  |
| 2 | BULTO DE PARTO |  |
| 3 | BULTO DE BATA PARA CIRUJANO |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MASTERS DE APARIENCIA | | |
|  | UNIDAD HOSPITALARIA | ENTREGÓ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DATOS DE QUIEN RECIBE EN EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA | |
| FIRMA |  |
| NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA MUESTRA |  |
| “EL PRESENTE RECIBO NO DEBERÁ TENER ALTERACIÓN O TACHADURA ALGUNA, EN CASO CONTRARIO ESTE SERÁ INVALIDO”. | |