

| FICHA TÉCNICA                                |  |                      |                   |                  |                     |
|--|--|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ÁREA REQUERENTE                              | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA   |                      |                   |                  |                     |
| CLAVE  | SIN CLAVE  |                      |                   |                  |                     |
| NOMBRE GENÉRICO                              |  |                      |                   |                  |                     |
| CAMA INMOVILIZADORA (PAPOOSE) CUATRO TAMAÑOS |  |                      |                   |                  |                     |
| ORIGEN DEL RECURSO                           | PROCESO  | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
| ASE LÍQUIDA 2024                             | 21998  | 53101                |                   | JUEGO            | 6                   |
| NÚM.   | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |                      |                   |                  |                     |
| 1  | TABLERO PARA LA INMOVILIZACIÓN TEMPORAL, RÁPIDA Y SEGURA DEL PACIENTE DURANTE EL EXAMEN O TRATAMIENTO DENTAL.  |                      |                   |                  |                     |
| 2  | EL PACIENTE SE ASEGURA A TRAVÉS DE 3 JUEGOS DE SOLAPAS DE LONA OPUESTAS CON CIERRES DE GANCHO Y BUCLE  |                      |                   |                  |                     |
| 3  | DISEÑO ENTRECRUZADO PARA UN AJUSTE PERFECTO  |                      |                   |                  |                     |
| 4  | PERMITE EL LAVADO CON DESINFECTANTE LÍQUIDO, AGUA Y JABON, LAS SOLAPAS Y LAS CORREAS DE LOS BRAZOS PERMITEN EL LAVADO A MÁQUINA  |                      |                   |                  |                     |
| 5  | EL PACIENTE PUEDE PERMANECER INMÓVIL MIENTRAS ABRE UN SOLO COLGAJO   |                      |                   |                  |                     |
| 6  | CUATRO TAMAÑOS PARA ADAPTARSE A TODOS LOS PACIENTES, DESDE 3 MESES HASTA ADULTOS   |                      |                   |                  |                     |
| 7  | CORREAS VELCRO AJUSTABLES  |                      |                   |                  |                     |
| 8  | INCLUYE JUEGO DE SOLAPAS, CORREA PARA LA CABEZA Y DOS CORREAS PARA LOS BRAZOS  |                      |                   |                  |                     |
| 9  | GARANTÍA:  |                      |                   |                  |                     |
| 9.1.   | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA.  |                      |                   |                  |                     |
| 10   | NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:   |                      |                   |                  |                     |
| 10.1   | PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:  |                      |                   |                  |                     |
| 10.1.1.                                      | CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS  |                      |                   |                  |                     |
| 10.1.2.                                      | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |                      |                   |                  |                     |
| 10.1.3.                                      | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |                      |                   |                  |                     |
| 10.2   | PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO DE:   |                      |                   |                  |                     |
| 10.2.1.                                      | CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE EN EL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES  |                      |                   |                  |                     |
| 10.2.2.                                      | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |                      |                   |                  |                     |
| 10.2.3.                                      | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |                      |                   |                  |                     |
| 11   | MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO   |                      |                   |                  |                     |
| 11.1.  | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR POR ESCRITO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, EL MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL. |                      |                   |                  |                     |

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

ELABORÓ

C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

VALIDÓ

DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

FICHA TÉCNICA

|                  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ÁREA REQUERENTE  | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CLAVE            | SIN CLAVE                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE GENÉRICO  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CÁMARA INTRAORAL |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53101                |                   | EQUIPO           | 34                  |

| NÚM.    | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |
|---------|--|
| 1       | CÁMARA INTRAORAL PARA CAPTURAR IMÁGENES DE TRATAMIENTOS DENTALES   |
| 2       | MEMORIA MICRO SD DE MÍNIMO 4 GB  |
| 3       | ADAPTADOR DE MEMORIA MICRO SD  |
| 4       | SOPORTE PARA CÁMARA  |
| 5       | TORNILLOS PARA SOPORTE   |
| 6       | SALIDA COMPATIBLE CON CABLE USB  |
| 7       | RESOLUCIÓN DE IMAGEN FIJA MÍNIMA DE 1.024 (H)X 768 (V)   |
| 8       | RESOLUCIÓN DE IMAGEN DE VIDEO MÍNIMA DE 640 (H) x 480 (V)  |
| 9       | INTERVALO DE ENFOQUE: 3 MM - 25 MM   |
| 10      | ÁNGULO DE VISIÓN: 90°  |
| 11      | CAMPO DE VISIÓN: 80°   |
| 12      | ENFOQUE FIJO   |
| 13      | FUENTE DE LUZ: MATRIZ DE MÍNIMO 6 LED BLANCOS  |
| 14      | INCLUYE SOFTWARE   |
| 15      | PARA USO EN PC O LAP TOP POR MEDIO DE SOFTWARE   |
| 16      | CONEXIÓN A PC: INTERFAZ DE ALTA VELOCIDAD USB 2.0  |
| 17      | GARANTÍA:  |
| 17.1    | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA.  |
| 18      | MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:   |
| 18.1    | MANTENIMIENTO CORRECTIVO INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.   |
| 18.2    | DEBERÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. |
| 19      | INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:  |
| 19.1    | NO NECESARIO   |
| 20      | NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:   |
| 20.1    | PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:  |
| 20.1.1. | CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS  |
| 20.1.2. | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |
| 20.1.3. | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |
| 20.2.   | PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO DE:   |
| 20.2.1. | CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE EN EL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES  |
| 20.2.2. | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |
| 20.2.3. | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |

*f*  
*G*  
*Y*

RENGLÓN: 2

## FICHA TÉCNICA

|                  |                              |
|------------------|------------------------------|
| ÁREA REQUIRENT   | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |
| CLAVE            | SIN CLAVE                    |
| NOMBRE GENÉRICO  |                              |
| CÁMARA INTRAORAL |                              |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53101                |                   | EQUIPO           | 34                  |

| NÚM.  | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |
|-------|--|
| 21    | MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO   |
| 21.1. | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR POR ESCRITO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, EL MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL. |
| 21.2. | EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL   |
| 21.3  | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL  |

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

VALIDÓ

DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIAC. D. ELENA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

| <b>FICHA TÉCNICA</b>              |  |                      |                   |                  |                     |
|-----------------------------------|--|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ÁREA REQUIRENT                    | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA   |                      |                   |                  |                     |
| CLAVE                             | 531.635.0114   |                      |                   |                  |                     |
| <b>NOMBRE GENÉRICO</b>            |  |                      |                   |                  |                     |
| <b>ELECTRO MOTOR PARA CIRUGÍA</b> |  |                      |                   |                  |                     |
| ORIGEN DEL RECURSO                | PROCESO  | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
| ASE LÍQUIDA 2024                  | 21998  | 53101                |                   | EQUIPO           | 4                   |
| NÚM.                              | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |                      |                   |                  |                     |
| 1                                 | MICROMOTOR NO ÓPTICO SET COMPLETO CON PIEZA DE MANO  |                      |                   |                  |                     |
| 2                                 | UNIDAD DE CONTROL SIN ALMACENAMIENTO DE DATOS  |                      |                   |                  |                     |
| 3                                 | MICROMOTOR NO ÓPTICO   |                      |                   |                  |                     |
| 4                                 | PEDAL DE CONTROL   |                      |                   |                  |                     |
| 5                                 | PIEZA DE MANO NO ÓPTICA (REDUCCIÓN 20:1)   |                      |                   |                  |                     |
| 6                                 | TUBO DE IRRIGACIÓN 5 PIEZAS Y OTROS ACCESORIOS   |                      |                   |                  |                     |
| 7                                 | UNIDAD DE CONTROL:   |                      |                   |                  |                     |
| 7.1                               | FUENTE DE ALIMENTACIÓN: AC 230V 50/60 HZ   |                      |                   |                  |                     |
| 7.2.                              | MÁXIMA POTENCIA DE LA BOMBA: 75 ML/MIN   |                      |                   |                  |                     |
| 7.3                               | PROGRAMAS: 8 PROGRAMAS/SISTEMA DE IMPLANTE   |                      |                   |                  |                     |
| 7.4.                              | DIMENSIONES: L 265 * AN 220 X AL 100 (MM)  |                      |                   |                  |                     |
| 8                                 | MICRO MOTOR:   |                      |                   |                  |                     |
| 8.1                               | TORQUE: 5-80 NCM   |                      |                   |                  |                     |
| 8.2.                              | VELOCIDAD DEL MOTOR: 200-40.000 MIN-1  |                      |                   |                  |                     |
| 8.3.                              | ALIMENTACIÓN DE LA LUZ: MÁS DE 32.000 LUX (MICROMOTOR LED)   |                      |                   |                  |                     |
| 9                                 | PEDAL DE CONTROL:  |                      |                   |                  |                     |
| 9.1.                              | FUNCIONES DEL PEDAL DE CONTROL: BOTÓN DE PROGRAMA, PEDAL DE CONTROL DE VELOCIDAD, BOTÓN DEL VOLUMEN DE FLUJO DE SOLUCIÓN REFRIGERANTE, BOTÓN AVANCE/REVERSO  |                      |                   |                  |                     |
| 9.2.                              | INSTALACIÓN: 127 V+- 10%, 60 Hz. / 220 V +-10%, 60 Hz  |                      |                   |                  |                     |
| 10                                | GARANTÍA:  |                      |                   |                  |                     |
| 10.1.                             | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VÍCOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA.   |                      |                   |                  |                     |
| 11                                | MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:   |                      |                   |                  |                     |
| 11.1                              | MANTENIMIENTO CORRECTIVO INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.   |                      |                   |                  |                     |
| 11.2                              | DEBERÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. |                      |                   |                  |                     |
| 12                                | INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:  |                      |                   |                  |                     |
| 12.1                              | NO NECESARIO   |                      |                   |                  |                     |
| 13                                | NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:   |                      |                   |                  |                     |
| 13.1.                             | PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:  |                      |                   |                  |                     |
| 13.1.1.                           | CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS  |                      |                   |                  |                     |
| 13.1.2.                           | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |                      |                   |                  |                     |
| 13.1.3.                           | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |                      |                   |                  |                     |
| 13.2.                             | PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO DE:   |                      |                   |                  |                     |
| 13.2.1.                           | CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE EN EL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES  |                      |                   |                  |                     |

FICHA TÉCNICA

|                            |                              |  |  |  |  |
|----------------------------|------------------------------|--|--|--|--|
| ÁREA REQUERENTE            | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |
| CLAVE                      | 531.635.0114                 |  |  |  |  |
| NOMBRE GENÉRICO            |                              |  |  |  |  |
| ELECTRO MOTOR PARA CIRUGÍA |                              |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53101                |                   | EQUIPO           | 4                   |

| NÚM.    | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |
|---------|--|
| 13.2.2. | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |
| 13.2.3. | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |
| 14      | MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO   |
| 14.1.   | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR POR ESCRITO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, EL MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL. |
| 14.2.   | EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL   |
| 14.3.   | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL  |

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

ELABORÓ  
C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

VALIDÓ  
DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

| <b>FICHA TÉCNICA</b>  |  |                              |                   |                  |                     |
|---|--|------------------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| <b>ÁREA REQUERENTE</b>  |  | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |                   |                  |                     |
| <b>CLAVE</b>  |  | SIN CLAVE                    |                   |                  |                     |
| <b>NOMBRE GENÉRICO</b>  |  |                              |                   |                  |                     |
| <b>ENDOMOTOR CON LOCALIZADOR DE ÁPICE O EN MODO COMBINADO</b> |  |                              |                   |                  |                     |
| ORIGEN DEL RECURSO  | PROCESO  | PARTIDA PRESUPUESTAL         | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
| ASE LÍQUIDA 2024  | 21998  | 53101                        |                   | EQUIPO           | 2                   |
| <b>NÚM.</b>   | <b>ESPECIFICACIONES SOLICITADAS</b>  |                              |                   |                  |                     |
| 1   | MOTOR DE BAJO RUIDO Y BAJA VIBRACIÓN   |                              |                   |                  |                     |
| 2   | PANTALLA VISIBLE DE TODOS LOS ÁNGULOS  |                              |                   |                  |                     |
| 3   | CUATRO MODELOS DE TRABAJO INDEPENDIENTES: MEDICIÓN DE LA LONGITUD DEL CANAL RADICULAR, AMPLIACIÓN DEL CANAL RADICULAR, MOVIMIENTO ROTATORIO ALTERNATIVO, MEDICIÓN Y AMPLIACIÓN DE LA LONGITUD DEL CANAL RADICULAR  |                              |                   |                  |                     |
| 4   | MÍNIMO SEIS FUNCIONES: CAPACIDAD DE MEDICIÓN DE LONGITUD DE MULTIFRECUENCIA, AMPLIACIÓN NORMAL, INVERSIÓN AUTOMÁTICA EN ZONA APICAL, MOVIMIENTO ALTERNATIVO, DESACELERACIÓN AUTOMÁTICA EN ZONA APICAL, ARRANQUE/PARADA AUTOMÁTICOS DEL MOTOR   |                              |                   |                  |                     |
| 5   | INCLUYE: PIEZAS DE MANO, CONTRAANGULO, PORTA LIMAS, SONDA TACTIL, GANCHO DE LABIOS Y CABLE DE MEDICIÓN Y CABLE DE MEDICIÓN DE UNA SOLA CABEZA, CUBIERTA DE SILICONA QUE SE PUEDE ESTERILIZAR A ALTAS TEMPERATURA Y PRESIÓN PARA EVITAR INFECCIONES   |                              |                   |                  |                     |
| 6   | BATERÍA 7.2V/1500 mAh  |                              |                   |                  |                     |
| 7   | ADAPTADOR 100V - 240V 0.8A 50 Hz/60Hz  |                              |                   |                  |                     |
| 8   | VELOCIDAD DE GIRO: 200-600 RPM   |                              |                   |                  |                     |
| 9   | ALERTA DE TIMBRE: CUANDO LA LIMA ESTÉ A MENOS DE 2 MM DEL ÁPICA  |                              |                   |                  |                     |
| 10  | GARANTÍA:  |                              |                   |                  |                     |
| 10.1.   | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VÍCOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA.   |                              |                   |                  |                     |
| 11  | MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:   |                              |                   |                  |                     |
| 11.1  | MANTENIMIENTO CORRECTIVO INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.   |                              |                   |                  |                     |
| 11.2  | DEBERÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. |                              |                   |                  |                     |
| 12  | INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:  |                              |                   |                  |                     |
| 12.1  | NO NECESARIO   |                              |                   |                  |                     |
| 13  | NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:   |                              |                   |                  |                     |
| 13.1.   | PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:  |                              |                   |                  |                     |
| 13.1.1.   | CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS  |                              |                   |                  |                     |
| 13.1.2.   | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |                              |                   |                  |                     |
| 13.1.3.   | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |                              |                   |                  |                     |
| 13.2.   | PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO DE:   |                              |                   |                  |                     |
| 13.2.1.   | CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE EN EL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES  |                              |                   |                  |                     |
| 13.2.2.   | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |                              |                   |                  |                     |
| 13.2.3.   | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |                              |                   |                  |                     |



## FICHA TÉCNICA

|  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ÁREA REQUERENTE  | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CLAVE  | SIN CLAVE                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE GENÉRICO  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ENDOMOTOR CON LOCALIZADOR DE ÁPICE O EN MODO COMBINADO |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53101                |                   | EQUIPO           | 2                   |

| NÚM.  | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |
|-------|--|
| 14    | MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO   |
| 14.1. | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR POR ESCRITO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, EL MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL. |
| 14.2. | EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL   |
| 14.3. | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL  |

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

VALIDÓ

DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIAC. D. ELENA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

ELABORÓ

FICHA TÉCNICA

|  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ÁREA REQUERENTE  | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CLAVE  | 531.562.0020                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE GENÉRICO  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| LÁMPARA DE FOTOCURADO DE RESINAS Y CEMENTOS FOTOPOLIMERIZABLES |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53101                |                   | EQUIPO           | 17                  |

| NÚM.    | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |
|---------|--|
| 1       | LÁMPARA DE FOTOCURADO DE LED PARA RESINAS Y CEMENTOS FOTOPOLIMERIZABLES PARA OBTURACIÓN DENTAL   |
| 2       | FUENTE DE LUZ LED  |
| 3       | CON PIEZA DE MANO INALÁMBRICA CON GUÍA O CONDUCTO DE LUZ REUSABLE Y ESTERILIZABLE NO MAYOR A 10 MM DE DIÁMETRO   |
| 4       | LONGITUD DE ONDA O ANCHO DEL ESPECTRO DE 400 A 525 MM COMO MÍNIMO  |
| 5       | INTENSIDAD LUMÍNICA DE 100 MX/CM <sup>2</sup> COMO MÍNIMO  |
| 6       | REVESTIMIENTO DE DIOXIDO DE SILICIO FUNDIDO, QUE GARANTIZA UNA LUZ LINEAL CON DURACIÓN SUPERIOR A LOS 10,000 CICLOS DE POLIMERIZACIÓN  |
| 7       | TIEMPO DE POLIMERIZACIÓN INICIANDO EN 5 SEGUNDO Y HASTA 20 SEGUNDOS O MAYOR.   |
| 8       | BOTÓN O CONTROL DE ENCENDIDO   |
| 9       | INDICADOR DIGITAL O VISUAL DE: ENCENDIDO Y APAGADO DE LA LÁMPARA DE FOTOCURADO, TIEMPO DE POLIMERIZACIÓN Y BATERÍA BAJA  |
| 10      | INDICADOR AUDIBLE DE INICIO Y FIN DE CICLOS DE FOTOCURADO, ASÍ COMO BATERÍA BAJA   |
| 11      | CARGA DE LAS BATERÍAS POR MEDIO DE BASE PARA RECARGAR, DE LA MISMA MARCA O A TRAVES DE CONEXION DIRECTA POR MEDIO DE ELIMINADOR DE LA MISMA MARCA  |
| 12      | CON PROTECTOR ÁMBAR DE HAZ DE LUZ PARA EL USUARIO  |
| 13      | CON LENTES O GAFAS DE PROTECCIÓN COLOR ÁMBAR PARA USUARIOS Y PACIENTES   |
| 14      | PESO DE LA PIEZA DE MANO NO MAYOR A 300 GRAMOS   |
| 15      | CORRIENTE ELÉCTRICA DE 120V +/- 10% Y 60 HZ CONTACTO POLARIZADO  |
| 16      | GARANTÍA:  |
| 16.1    | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA.  |
| 17      | MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:   |
| 17.1    | MANTENIMIENTO CORRECTIVO INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.   |
| 17.2.   | DEBERÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO, OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. |
| 18      | INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:  |
| 18.1.   | NO NECESARIO   |
| 19      | NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:   |
| 19.1.   | PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:  |
| 19.1.1. | CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS  |
| 19.1.2. | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |
| 19.1.3. | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |
| 19.2.   | PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO DE:   |
| 19.2.1. | CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE EN EL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES  |
| 19.2.2. | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |

X Go

FICHA TÉCNICA

|   |                              |  |  |  |  |
|---|------------------------------|--|--|--|--|
| ÁREA REQUERENTE   | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |
| CLAVE   | 531.562.0020                 |  |  |  |  |
| NOMBRE GENÉRICO   |                              |  |  |  |  |
| <b>LÁMPARA DE FOTOCURADO DE RESINAS Y CEMENTOS FOTOPOLIMERIZABLES</b> |                              |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53101                |                   | EQUIPO           | 17                  |

| NÚM.    | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |
|---------|--|
| 19.2.3. | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |
| 20      | MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO   |
| 20.1.   | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR POR ESCRITO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, EL MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL. |
| 20.2.   | EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL   |
| 20.3.   | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL  |

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

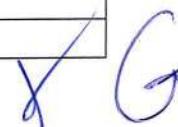
ELABORÓ

C. D. ELENA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

VALIDÓ

DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

| FICHA TÉCNICA                              |  |                      |                   |                  |                     |
|--|--|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ÁREA REQUERENTE                            | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA   |                      |                   |                  |                     |
| CLAVE                                      | SIN CLAVE  |                      |                   |                  |                     |
| NOMBRE GENÉRICO                            |  |                      |                   |                  |                     |
| MEZCLADOR DE CÁPSULAS DE RESINA POR BLOQUE |  |                      |                   |                  |                     |
| ORIGEN DEL RECURSO                         | PROCESO  | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
| ASE LÍQUIDA 2024                           | 21998  | 53101                |                   | EQUIPO           | 59                  |
| NÚM.                                       | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |                      |                   |                  |                     |
| 1  | MEZCLADOR DE CÁPSULAS DENTALES INDICADO PARA CEMENTO DE IONÓMERO DE VIDRIO Y OTROS CEMENTOS PREDOSIFICADOS EN CÁPSULAS   |                      |                   |                  |                     |
| 2  | CUBIERTA DE SEGURIDAD  |                      |                   |                  |                     |
| 3  | SUJETADOR DE CÁPSULAS  |                      |                   |                  |                     |
| 4  | BOTÓN DE ENCENDIDO/APAGADO   |                      |                   |                  |                     |
| 5  | BOTÓN DE MODO  |                      |                   |                  |                     |
| 6  | BOTÓN INDICADOR  |                      |                   |                  |                     |
| 7  | BOTÓN SELECCIONADOR DEL TIEMPO   |                      |                   |                  |                     |
| 8  | DISPLAY DE TIEMPO  |                      |                   |                  |                     |
| 9  | BOTÓN DE INICIO  |                      |                   |                  |                     |
| 10   | ADAPTADOR Y CABLE DE CONEXIÓN ELÉCTRICA  |                      |                   |                  |                     |
| 11   | PROTECCIÓN CONTRA INGRESO DE LÍQUIDO   |                      |                   |                  |                     |
| 12   | SUMINISTRO DEL VOLTAJE DE ENERGÍA: DC24V   |                      |                   |                  |                     |
| 13   | ENTRADA DE ENERGÍA 50VA  |                      |                   |                  |                     |
| 14   | VOLTAJE DEL ADAPTADOR DE ENERGÍA AC: ENTRADA 100-240V AC 50/60 Hz; SALIDA DC24V 1.5 A  |                      |                   |                  |                     |
| 15   | VELOCIDAD DE MEZCLA: MÍNIMO 4,000 RPM  |                      |                   |                  |                     |
| 16   | TIEMPO DE MEZCLA: SELECCIONABLE DE 1-30 SEGUNDOS   |                      |                   |                  |                     |
| 17   | NIVEL DE RUIDO: <70dB(A)   |                      |                   |                  |                     |
| 18   | TEMPERATURA DE AMBIENTE DURANTE USO: 10°C - 40° C  |                      |                   |                  |                     |
| 19   | CONDICIONES DE ALMACENAJE: TEMPERATURA -10°C - 60°C; HUMEDAD: 10% - 85%; PRESIÓN: 500 - 1060 hPa   |                      |                   |                  |                     |
| 20   | DIMENSIONES: EQUIPO W x L x H 190 mm X 18 mm x 150 mm; ADAPTADOR W x L x H 60 mm X 120 mm x 40 mm  |                      |                   |                  |                     |
| 21   | PESO: 2.9 KG (INCLUYENDO ADAPTADOR)  |                      |                   |                  |                     |
| 22   | GARANTÍA:  |                      |                   |                  |                     |
| 22.1                                       | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA.  |                      |                   |                  |                     |
| 23   | MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:   |                      |                   |                  |                     |
| 23.1                                       | MANTENIMIENTO CORRECTIVO INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.   |                      |                   |                  |                     |
| 23.2                                       | DEBERÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. |                      |                   |                  |                     |
| 24   | INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:  |                      |                   |                  |                     |
| 24.1                                       | NO NECESARIO   |                      |                   |                  |                     |
| 25   | NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:   |                      |                   |                  |                     |
| 25.1.                                      | PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:  |                      |                   |                  |                     |
| 25.1.1.                                    | CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS  |                      |                   |                  |                     |



| FICHA TÉCNICA                              |  |                      |                   |                  |                     |
|--|--|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ÁREA REQUERENTE                            | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA   |                      |                   |                  |                     |
| CLAVE                                      | SIN CLAVE  |                      |                   |                  |                     |
| NOMBRE GENÉRICO                            |  |                      |                   |                  |                     |
| MEZCLADOR DE CÁPSULAS DE RESINA POR BLOQUE |  |                      |                   |                  |                     |
| ORIGEN DEL RECURSO                         | PROCESO  | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
| ASE LÍQUIDA 2024                           | 21998  | 53101                |                   | EQUIPO           | 59                  |
| NÚM.                                       | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |                      |                   |                  |                     |
| 25.1.2.                                    | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |                      |                   |                  |                     |
| 25.1.3.                                    | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |                      |                   |                  |                     |
| 25.2                                       | PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO DE:   |                      |                   |                  |                     |
| 25.2.1.                                    | CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE EN EL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES  |                      |                   |                  |                     |
| 25.2.2.                                    | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |                      |                   |                  |                     |
| 25.2.3.                                    | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |                      |                   |                  |                     |
| 26   | MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO   |                      |                   |                  |                     |
| 26.1                                       | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR POR ESCRITO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, EL MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL. |                      |                   |                  |                     |
| 26.2.                                      | EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL   |                      |                   |                  |                     |
| 26.3.                                      | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL  |                      |                   |                  |                     |

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICAC. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

VALIDÓ

DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

## FICHA TÉCNICA

|  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ÁREA REQUERENTE  | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CLAVE  | SIN CLAVE                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE GENÉRICO  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MOTOR TIPO E Ó PIEZA RECTA BAJA VELOCIDAD ENTRADA TIPO E PARA MICROMOTOR |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53101                |                   | EQUIPO           | 9                   |

| NÚM.    | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |
|---------|--|
| 1       | PIEZA DE MANO DE BAJA VELOCIDAD PARA CIRUGÍA BUCAL   |
| 2       | METÁLICA ESTERILIZABLE POR AUTOCLAVE A VAPOR DE 12 A 135 GRADOS  |
| 3       | CABEZAL PIEZAS DE MANO RECTAS  |
| 4       | TRANSMISIÓN VELOCIDAD DIRECTA 1:1  |
| 5       | PARA FRESES QUIRÚRGICAS (Ø2.35)  |
| 6       | VELOCIDAD MÁXIMA 40,000 MIN-1  |
| 7       | BLOQUEO DE MANDRIL POR ANILLO  |
| 8       | ENTRADA TIPO E   |
| 9       | COMPATIBLE CON ELECTRO MOTOR DE CIRUGÍA  |
| 10      | GARANTÍA:  |
| 10.1.   | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA.  |
| 11      | MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:   |
| 11.1    | MANTENIMIENTO CORRECTIVO INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.   |
| 11.2    | DEBERÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. |
| 12      | INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:  |
| 12.1    | NO NECESARIO   |
| 13      | NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:   |
| 13.1.   | PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:  |
| 13.1.1. | CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS  |
| 13.1.2. | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |
| 13.1.3. | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |
| 13.2.   | PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO DE:   |
| 13.2.1. | CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE EN EL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES  |
| 13.2.2. | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |
| 13.2.3. | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |

RENGLÓN: 7

| FICHA TÉCNICA  |  |                      |                   |                  |                     |
|--|--|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ÁREA REQUIRENT   | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA   |                      |                   |                  |                     |
| CLAVE  | SIN CLAVE  |                      |                   |                  |                     |
| NOMBRE GENÉRICO  |  |                      |                   |                  |                     |
| MOTOR TIPO E Ó PIEZA RECTA BAJA VELOCIDAD ENTRADA TIPO E PARA MICROMOTOR |  |                      |                   |                  |                     |
| ORIGEN DEL RECURSO   | PROCESO  | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998  | 53101                |                   | EQUIPO           | 9                   |
| NÚM.   | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |                      |                   |                  |                     |
| 14   | MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO   |                      |                   |                  |                     |
| 14.1.  | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR POR ESCRITO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, EL MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL. |                      |                   |                  |                     |
| 14.2.  | EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL   |                      |                   |                  |                     |
| 14.3.  | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL  |                      |                   |                  |                     |

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICAC. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

ELABORÓ

VALIDÓ

DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

| FICHA TÉCNICA             |   |                      |                   |                  |                     |
|---------------------------|---|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ÁREA REQUERENTE           | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA  |                      |                   |                  |                     |
| CLAVE                     | SIN CLAVE   |                      |                   |                  |                     |
| NOMBRE GENÉRICO           |   |                      |                   |                  |                     |
| OBTURADOR PARA ENDODONCIA |   |                      |                   |                  |                     |
| ORIGEN DEL RECURSO        | PROCESO   | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
| ASE LÍQUIDA 2024          | 21998   | 53101                |                   | EQUIPO           | 2                   |
| NÚM.                      | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS  |                      |                   |                  |                     |
| 1                         | SISTEMA DE OBTURACIÓN PARA GUTAPERCHA UTILIZADO EN ENDODONCIA   |                      |                   |                  |                     |
| 2                         | UTILIZADO PARA CALENTAR, CORTAR Y CONDENSAR LA GUTAPERCHA EN EL CONDUCTO RADICULAR  |                      |                   |                  |                     |
| 3                         | INCLUYE PIEZA DE MANO PARA CONDENSACIÓN VERTICAL Y PISTOLA PARA RELLENO DE CONDUCTOS  |                      |                   |                  |                     |
| 4                         | ESPECIFICACIONES DE LA PIEZA DE MANO PARA CONDENSACIÓN VERTICAL:  |                      |                   |                  |                     |
| 4.1                       | PESO 80 GR.   |                      |                   |                  |                     |
| 4.2                       | PESO DE LA BASE DE CARGA: 195 GR.   |                      |                   |                  |                     |
| 4.3                       | TEMPERATURAS PREESTABLECIDAS: 150°C, 180°C, 200°C y 230°C.  |                      |                   |                  |                     |
| 4.4.                      | TIEMPO DE CALENTAMIENTO: 0.2 SEGUNDOS   |                      |                   |                  |                     |
| 4.5.                      | ENTRADA DE ENERGÍA: AC100V-240V, 50/60 Hz 0.8ma   |                      |                   |                  |                     |
| 4.6.                      | POTENCIA DE SALIDA: DC15V/1,6A  |                      |                   |                  |                     |
| 4.7.                      | CAPACIDAD DE LA BATERÍA: 2000 mAh   |                      |                   |                  |                     |
| 4.8.                      | TIEMPO DE CARGA: 2.5 HORAS  |                      |                   |                  |                     |
| 4.9.                      | INCLUYE ADAPTADOR DE CORRIENTE AC/DC  |                      |                   |                  |                     |
| 5                         | ESPECIFICACIONES DE LA PIEZA DE MANO PARA RELLENO DE CONDUCTOS:   |                      |                   |                  |                     |
| 5.1.                      | PESO: 148 GR  |                      |                   |                  |                     |
| 5.2.                      | PESO DE LA BASE: 179 GR   |                      |                   |                  |                     |
| 5.3.                      | TIEMPO DE CARGA: 2.5 HORAS  |                      |                   |                  |                     |
| 5.4.                      | TEMPERATURAS PREESTABLECIDAS: 100°C, 120°C, 150°C, 180°C y 200°C.   |                      |                   |                  |                     |
| 5.5.                      | TIEMPO DE CALENTAMIENTO: 15 SEGUNDOS  |                      |                   |                  |                     |
| 5.6.                      | DURACIÓN DE AUTONOMÍA: 1500 OPERACIONES   |                      |                   |                  |                     |
| 6                         | INCLUYE UNA PIEZA DE MANO PARA CONDENSACIÓN VERTICAL Y UNA PISTOLA PARA EL RELLENO DE CONDUCTOS AMBAS CON BASE CARGADOR Y TRANSFORMADOR; 3x ATACADOR O PLUGGER PIEZA DE MANO RECTA CON FUNDAS DE AISLAMIENTO (1x WP4504 .45 mm Taper 0.04, 1x WP5506 0.55 mm Taper 0.06, 1 x WP5508 0.55 mm Taper 0.08) UNA LLAVE PARA AGUJAS DE INYECCIÓN; PUNTAS O AGUJAS DE INYECCIÓN CON FUNDAS DE AISLAMIENTO: 4 AGUJAS DE INYECCIÓN (1x 23G. 24mm, 1x 23G. 28mm, 2x 25G. 28mm) 4 FUNDAS PROTECTORAS AISLANTES Y 2 FUNDAS PROTECTORAS. |                      |                   |                  |                     |
| 7                         | GARANTÍA:   |                      |                   |                  |                     |
| 7.1.                      | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA.   |                      |                   |                  |                     |
| 8                         | MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:  |                      |                   |                  |                     |
| 8.1                       | MANTENIMIENTO CORRECTIVO INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.  |                      |                   |                  |                     |
| 8.2                       | DEBERÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.  |                      |                   |                  |                     |
| 9                         | INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:   |                      |                   |                  |                     |
| 9.1                       | NO NECESARIO  |                      |                   |                  |                     |

X Go

| FICHA TÉCNICA             |  |                              |                   |                  |                     |
|---------------------------|--|------------------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ÁREA REQUERENTE           |  | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |                   |                  |                     |
| CLAVE                     |  | SIN CLAVE                    |                   |                  |                     |
| NOMBRE GENÉRICO           |  |                              |                   |                  |                     |
| OBTURADOR PARA ENDODONCIA |  |                              |                   |                  |                     |
| ORIGEN DEL RECURSO        | PROCESO  | PARTIDA PRESUPUESTAL         | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
| ASE LÍQUIDA 2024          | 21998  | 53101                        |                   | EQUIPO           | 2                   |
| NÚM.                      | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |                              |                   |                  |                     |
| 10                        | NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:   |                              |                   |                  |                     |
| 10.1.                     | PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:  |                              |                   |                  |                     |
| 10.1.1.                   | CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS  |                              |                   |                  |                     |
| 10.1.2.                   | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |                              |                   |                  |                     |
| 10.1.3.                   | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |                              |                   |                  |                     |
| 10.2.                     | PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO DE:   |                              |                   |                  |                     |
| 10.2.1.                   | CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE EN EL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES  |                              |                   |                  |                     |
| 10.2.2.                   | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |                              |                   |                  |                     |
| 10.2.3.                   | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |                              |                   |                  |                     |
| 11                        | MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO   |                              |                   |                  |                     |
| 11.1.                     | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR POR ESCRITO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, EL MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL. |                              |                   |                  |                     |
| 11.2.                     | EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL   |                              |                   |                  |                     |
| 11.3.                     | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL  |                              |                   |                  |                     |

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

ELABORÓ  
C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

VALIDÓ

DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

FICHA TÉCNICA

|                    |                              |                      |                   |                  |                     |
|--------------------|------------------------------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ÁREA REQUERENTE    | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |                      |                   |                  |                     |
| CLAVE              | SIN CLAVE                    |                      |                   |                  |                     |
| NOMBRE GENÉRICO    | ROBOTÍN DENTAL MÓVIL         |                      |                   |                  |                     |
| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO                      | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |

|                  |       |       |  |        |   |
|------------------|-------|-------|--|--------|---|
| ASE LÍQUIDA 2024 | 21998 | 53101 |  | EQUIPO | 5 |
|------------------|-------|-------|--|--------|---|

| NÚM. | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |
|------|--|
| 1    | COMPRESOR DENTAL LIBRE DE ACEITE DE 1 HP   |
| 2    | NIVEL DE RUIDO 50 DBS  |
| 3    | 100% LIBRE DE ACEITE   |
| 4    | PRESIÓN MÁXIMA 120 PSI   |
| 5    | PRESIÓN DE PARO A 80 LBS   |
| 6    | PRESIÓN DE ARRANQUE A 40-50 LBS  |
| 7    | MEDIDAS APROXIMADAS 47 X 91 CM   |
| 8    | JERINGA TRIPLE   |
| 9    | EYECTOR QUIRÚRGICO DE DESAGÜE DIRECTO  |
| 10   | SALIDA DE ALTA Y BAJA  |
| 11   | SISTEMA FLUSH  |
| 12   | NEGATOSCOPIO   |
| 13   | RUEDAS   |
| 14   | CHAROLA  |
| 15   | MÓDULO DE ACERO  |
| 16   | TANQUE DE 27 LTS   |
| 17   | UN MOTOR LIBRE DE ACEITE DE 1 HP   |
| 18   | VÁLVULA DE SEGURIDAD   |
| 19   | VÁLVULA DE ALIVIO ELECTRÓNICA  |
| 20   | FILTRO DE AIRE COMPACTO  |
| 21   | DISPERSOR DE CALOR (MOTOR LIBRE DE ACEITE)   |
| 22   | LLAVE DE PURGA   |
| 23   | MANÓMETRO  |
| 24   | REGULADOR DE PRESIÓN   |
| 25   | PESO APROXIMADO: 35 KG.  |
| 26   | DIMENSIONES APROXIMADAS: 60 X 60 X 75 CM   |
| 27   | GARANTÍA:  |
| 27.1 | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA.  |
| 28   | MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:   |
| 28.1 | MANTENIMIENTO CORRECTIVO INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.   |
| 28.2 | DEBERÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. |
| 29   | INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:  |

q

X G

## FICHA TÉCNICA

|                      |                              |  |
|----------------------|------------------------------|--|
| ÁREA REQUERENTE      | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |
| CLAVE                | SIN CLAVE                    |  |
| NOMBRE GENÉRICO      |                              |  |
| ROBOTÍN DENTAL MÓVIL |                              |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53101                |                   | EQUIPO           | 5                   |

| NÚM.    | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |
|---------|--|
| 29.1    | NO NECESARIO   |
| 30      | NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:   |
| 30.1.   | PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:  |
| 30.1.1. | CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS  |
| 30.1.2. | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |
| 30.1.3. | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |
| 30.2.   | PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO DE:   |
| 30.2.1. | CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE EN EL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES  |
| 30.2.2. | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |
| 30.2.3. | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |
| 31      | MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO   |
| 31.1.   | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR POR ESCRITO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, EL MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL. |
| 31.2.   | EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL   |
| 31.3    | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL  |

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA  
C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA  
VALIDÓ  
DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

FICHA TÉCNICA

|   |                              |  |  |  |  |  |
|---|------------------------------|--|--|--|--|--|
| ÁREA REQUERENTE                           | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |  |
| CLAVE                                     | SIN CLAVE                    |  |  |  |  |  |
| NOMBRE GENÉRICO                           |                              |  |  |  |  |  |
| SENSOR DIGITAL INTRAORAL (RADIOVISÓGRAFO) |                              |  |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53101                |                   | EQUIPO           | 10                  |

| NÚM.    | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |
|---------|--|
| 1       | SENSOR INTRAORAL   |
| 2       | TECNOLOGÍA DE FIBRA ÓPTICA   |
| 3       | TAMAÑO DE PIXEL: 19 u  |
| 4       | RESOLUCIÓN REAL: 16 p/mm   |
| 5       | ÁREA ACTIVA: 22.2 x 37.7 mm  |
| 6       | GROSOR DE LA PLACA DEL SENSOR: 7.3 mm  |
| 7       | VOLTAJE DE ENTRADA (DE LA INTERFAZ USB): 4.096 NIVELES GRISES (12 BITS)  |
| 8       | PESO: 5 V  |
| 9       | INCLUYE COMPUTADORA PORTÁTIL Y PROTECTORES DEL SENSOR  |
| 10      | ADULTO E INFANTIL  |
| 11      | GARANTÍA:  |
| 11.1.   | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA.  |
| 12      | MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:   |
| 12.1    | DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.  |
| 12.2.   | DEBERÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO, OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. |
| 13      | INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:  |
| 13.1.   | LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.   |
| 13.2.   | CONTEMPLAR TODAS LAS ADECUACIONES NECESARIAS A LA INFRAESTRUCTURA, INSTALACIONES ELÉCTRICAS E HIDROSANITARIAS EN EL LUGAR DESTINO, PARA QUE EL EQUIPO FUNCIONE ADECUADAMENTE EN LOS RANGOS QUE INDICA EL FABRICANTE, ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA VISITA A LA UNIDAD MÉDICA DESTINO Y LAS NOTAS CON LAS OBSERVACIONES DE LAS ADECUACIONES.                     |
| 13.3.   | CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (ESTOMATÓLOGOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (INGENIEROS BIOMÉDICOS, MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC.)   |
| 13.4.   | LAS CAPACITACIONES DEBERÁN REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.   |
| 14      | NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:   |
| 14.1.   | PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:  |
| 14.1.1. | CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS  |
| 14.1.2. | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |
| 14.1.3. | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |
| 14.2.   | PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO DE:   |
| 14.2.1. | CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE EN EL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES  |
| 14.2.2. | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |

cf

## FICHA TÉCNICA

|  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ÁREA REQUERENTE                              | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CLAVE  | SIN CLAVE                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE GENÉRICO                              |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SENSOR DIGITAL INTRAORAL (RADIOVISIÓN GRAFO) |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53101                |                   | EQUIPO           | 10                  |

| NÚM.    | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |
|---------|--|
| 14.2.3. | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |
| 15      | MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO   |
| 15.1.   | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR POR ESCRITO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, EL MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL. |
| 15.2.   | EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL   |
| 15.3.   | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL  |

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

VALIDÓ

DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIAC. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

RENGLÓN: 11

## FICHA TÉCNICA

|                    |                              |                      |                   |                  |                     |
|--------------------|------------------------------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ÁREA REQUERENTE    | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |                      |                   |                  |                     |
| CLAVE              | SIN CLAVE                    |                      |                   |                  |                     |
| NOMBRE GENÉRICO    | TINA ULTRASÓNICA             |                      |                   |                  |                     |
| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO                      | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |

|                  |  |       |  |        |    |
|------------------|--|-------|--|--------|----|
| ASE LÍQUIDA 2024 | 21998  | 53101 |  | EQUIPO | 33 |
| NÚM.             | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |       |  |        |    |
| 1                | CAPACIDAD DE 2,500 MILILITROS, PARA USO DENTAL   |       |  |        |    |
| 2                | POTENCIA DE 70 WATTS   |       |  |        |    |
| 3                | FRECUENCIA DE 40 Kh  |       |  |        |    |
| 4                | AJUSTE DE TIEMPO DE 0 A 8 MIN.   |       |  |        |    |
| 5                | TAMAÑO APROXIMADO: 290 x 223 x 185 MM  |       |  |        |    |
| 6                | TAMAÑO DEL TAQUE: 250 x 150 x 80 MM  |       |  |        |    |
| 7                | FUENTE DE ALIMENTACIÓN: AC100 -120 V 60 Hz   |       |  |        |    |
| 8                | PESO BRUTO: 2538 +/- 10 g  |       |  |        |    |
| 9                | GARANTÍA:  |       |  |        |    |
| 9.1.             | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA.  |       |  |        |    |
| 10               | MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:   |       |  |        |    |
| 10.1             | MANTENIMIENTO CORRECTIVO INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.   |       |  |        |    |
| 10.2             | DEBERÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. |       |  |        |    |
| 11               | INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:  |       |  |        |    |
| 11.1             | NO NECESARIO   |       |  |        |    |
| 12               | NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:   |       |  |        |    |
| 12.1.            | PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:  |       |  |        |    |
| 12.1.1.          | CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS  |       |  |        |    |
| 12.1.2.          | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |       |  |        |    |
| 12.1.3.          | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |       |  |        |    |
| 12.2.            | PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO DE:   |       |  |        |    |
| 12.2.1.          | CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE EN EL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES  |       |  |        |    |
| 12.2.2.          | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |       |  |        |    |
| 12.2.3.          | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |       |  |        |    |

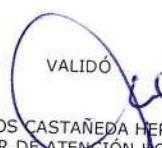
XG

RENGLÓN: 11

| FICHA TÉCNICA      |  |                      |                   |                  |                     |
|--------------------|--|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ÁREA REQUERENTE    | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA   |                      |                   |                  |                     |
| CLAVE              | SIN CLAVE  |                      |                   |                  |                     |
| NOMBRE GENÉRICO    |  |                      |                   |                  |                     |
| TINA ULTRASÓNICA   |  |                      |                   |                  |                     |
| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO  | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998  | 53101                |                   | EQUIPO           | 33                  |
| NÚM.               | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |                      |                   |                  |                     |
| 13                 | MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO   |                      |                   |                  |                     |
| 13.1.              | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR POR ESCRITO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, EL MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL. |                      |                   |                  |                     |
| 13.2.              | EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL   |                      |                   |                  |                     |
| 13.3               | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL  |                      |                   |                  |                     |

ELABORÓ  
  
C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

AUTORIZÓ  
  
DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

VALIDÓ  
  
DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

| FICHA TÉCNICA                              |   |                      |                   |                  |                     |
|--|---|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ÁREA REQUERENTE                            | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA  |                      |                   |                  |                     |
| CLAVE                                      | 531.291.0028  |                      |                   |                  |                     |
| NOMBRE GENÉRICO                            |   |                      |                   |                  |                     |
| UNIDAD ESTOMATOLÓGICA CON MÓDULO INTEGRADO |   |                      |                   |                  |                     |
| ORIGEN DEL RECURSO                         | PROCESO   | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
| ASE LÍQUIDA 2024                           | 21998   | 53101                |                   | EQUIPO           | 10                  |
| NÚM.                                       | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS  |                      |                   |                  |                     |
| 1  | EQUIPO FIJO, ELECTROHIDRONEUMÁTICO, DE TECNOLOGÍA AVANZADA CON FINES DE TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO EN LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL DEL PACIENTE.                    |                      |                   |                  |                     |
| 2  | SILLÓN ELECTROHIDRÁULICO O ELECTROMECÁNICO:   |                      |                   |                  |                     |
| 2.1.                                       | CAPACIDAD MÍNIMA DE LEVANTE DE 180 KG.  |                      |                   |                  |                     |
| 2.2.                                       | MOVIMIENTOS VERTICALES DE ASCENSO Y DESCENSO VARIABLE DESDE SU BASE   |                      |                   |                  |                     |
| 2.3.                                       | SISTEMA DE MANDO ELÉCTRICO DE ELEVACIÓN Y RECLINACIÓN, ACCIONADO CON CONTROL MANUAL Y/O PEDAL   |                      |                   |                  |                     |
| 2.4.                                       | MOVIMIENTOS ELECTROMECÁNICOS Y/O ELECTROHIDRÁULICOS PARA LAS SIGUIENTES POSICIONES:   |                      |                   |                  |                     |
| 2.4.1.                                     | MOTORES DE ASIENTO Y RESPALDO DE 24VDC, CON MOVIMIENTOS VERTICALES DE ASCENSO DE HASTA 900MM Y DESCENSO DE HASTA 450 MM, CONTROLADO DESDE SU BASE                         |                      |                   |                  |                     |
| 2.4.2.                                     | DESDE POSICIÓN CERO HASTA TRENDELEMBURG (CAMBIO DE LA POSICIÓN SUPINA HORIZONTAL O CERO GRADOS A -10 GRADOS COMO MÍNIMO)  |                      |                   |                  |                     |
| 2.4.3.                                     | POSICIÓN CERO AUTOMÁTICA  |                      |                   |                  |                     |
| 2.4.4.                                     | POSICIÓN DE TRABAJO   |                      |                   |                  |                     |
| 2.5.                                       | ASIENTO Y DESCANSA PIERNAS CORRIDO, LIBRES DE COSTURAS, FORRADO CON MATERIAL PLÁSTICO LAVABLE INYECTADO DE POLIURETANO FLEXIBLE   |                      |                   |                  |                     |
| 2.6.                                       | FUNDAS DE PROTECCIÓN EN EL ÁREA DE LA PIECERA, CON CODERAS O DESCANSA BRAZOS ABATIBLES  |                      |                   |                  |                     |
| 2.7.                                       | CABEZAL CON BIOARTICULACIÓN PARA MOVIMIENTOS DE RECLINACIÓN ANTERIOR Y POSTERIOR  |                      |                   |                  |                     |
| 3  | SILLA PARA ESTOMATÓLOGO:  |                      |                   |                  |                     |
| 3.1.                                       | SISTEMA NEUMÁTICO PARA AJUSTE DE ALTURA   |                      |                   |                  |                     |
| 3.2.                                       | CON RODAJAS, TAPIZADA DE PLÁSTICO O TELA RESISTENTE Y LAVABLE.  |                      |                   |                  |                     |
| 3.3.                                       | CON DESCANSA PIES   |                      |                   |                  |                     |
| 4  | LÁMPARA ESTOMATOLÓGICA:   |                      |                   |                  |                     |
| 4.1.                                       | INTEGRADA AL SILLÓN   |                      |                   |                  |                     |
| 4.2.                                       | CABEZAL DE PLÁSTICO Y/O METAL (ALUMINIO)  |                      |                   |                  |                     |
| 4.3.                                       | ORIENTABLE A LA BOCA DEL PACIENTE   |                      |                   |                  |                     |
| 4.4.                                       | VENTILACIÓN NATURAL   |                      |                   |                  |                     |
| 4.5.                                       | HAZ DE LUZ FRÍA ENFOCABLE DE 50 A 100 CM DE DISTANCIA LIBRE DE SOMBRA   |                      |                   |                  |                     |
| 4.6.                                       | TOPES QUE EVITAN DAÑO A CABLES ELÉCTRICOS AL MOVIMIENTO   |                      |                   |                  |                     |
| 4.7.                                       | INTENSIDAD LUMINOSA GRADUABLE O CON AL MENOS DOS INTENSIDADES CON INTERRUPCIÓN EN EL MOVIMIENTO DEL SILLÓN Y RETORNO AUTOMÁTICO DE LUZ AL VOLVER A LA POSICIÓN DE TRABAJO |                      |                   |                  |                     |
| 4.8.                                       | ILUMINACIÓN DENTRO DEL RANGO DE 10,000 A 50,000 LUXES   |                      |                   |                  |                     |
| 4.9.                                       | TEMPERATURA DE COLOR DE 4,500°K O MAYOR   |                      |                   |                  |                     |
| 4.10.                                      | CON ENFRIAMIENTO POR FILTRO ÓPTICO O REFLECTOR DÍCROICO, REDUCTORES DE CALOR O REFLECTOR LED (NO EXCEDERSE 6 GRADOS LA TEMPERATURA AMBIENTE EN LA DISTANCIA FOCAL)        |                      |                   |                  |                     |
| 5  | MÓDULO ESTOMATOLÓGICO:  |                      |                   |                  |                     |
| 5.1.                                       | INTEGRADO AL SILLÓN CON CHAROLA DE ACERO INOXIDABLE   |                      |                   |                  |                     |
| 5.2.                                       | CON BRAZO DE ARTICULACIÓN NEUMÁTICA PARA SUBIR Y BAJAR  |                      |                   |                  |                     |

KG

FICHA TÉCNICA

|                  |  |  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|--|
| ÁREA REQUIERENTE | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA               |  |  |  |  |
| CLAVE            | 531.291.0028                               |  |  |  |  |
| NOMBRE GENÉRICO  | UNIDAD ESTOMATOLÓGICA CON MÓDULO INTEGRADO |  |  |  |  |
|                  |  |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53101                |                   | EQUIPO           | 10                  |

| NÚM.  | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS  |
|-------|---|
| 5.3.  | POSICIONABLE EN CUALQUIER PUNTO ALREDEDOR DE 270° COMO MÍNIMO   |
| 5.4.  | NEGATOSCOPIO DE LED INTEGRADO AL MÓDULO   |
| 5.5.  | CON CONTROL PARA LLENADO DE VASO Y LAVADO DE ESCUPIDERA   |
| 5.6.  | DOS MANGUERAS TIPO BORDEN Y UNA MANGUERA TIPO MULTIFLEX CON DISPOSITIVOS INDIVIDUALES PARA ALIMENTAR Y CONTROLAR EL AIRE, EL AGUA Y EL SPRAY EN LAS PIEZAS DE MANO A TRAVÉS DE BLOQUEO AUTOMÁTICO                                 |
| 5.7.  | CON SISTEMA PARA BOTELLA DE AGUA PURIFICADA (SISTEMA FLUSH) DOS BOTELLAS TRANSLÚCIDAS Y RESISTENTES AL AGUA Y DESINFECTANTE, CON SISTEMA DE VÁLVULA PARA REGULAR EL AGUA DE ENFRIAMIENTO PARA LAS PIEZAS DE MANO Y JERINGA TRIPLE |
| 5.8.  | MANÓMETROS CON ESCALA DE 0 A 4 KG/CM2   |
| 5.9.  | REGULADORES DE PRESIÓN DE AIRE Y AGUA PARA LAS PIEZAS DE MANO Y JERINGA TRIPLE  |
| 5.10. | SISTEMA PARA EL SUMINISTRO DE AIRE Y AGUA, DE LA CAJA DE CONEXIONES AL MÓDULO DE TRABAJO  |
| 5.11. | SISTEMA DE PROTECCIÓN QUE IMPIDA EL REFLUJO DE LÍQUIDOS AL TÉRMINO DE LOS TRATAMIENTOS  |
| 5.12. | CON MANGUERAS DE SILICÓN O POLIURETANO LISAS DE 2 VÍAS, DE UN LARGO DE 180 A 200 CM   |
| 6     | DOS PIEZAS DE MANO DE ALTA VELOCIDAD:   |
| 6.1.  | MANGO DE ACERO INOXIDABLE, ALUMINIO O TITANIO   |
| 6.2.  | DOS VÍAS  |
| 6.3.  | DESMONTABLE Y ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE  |
| 6.4.  | PESO NO MÁS DE 35 GR.   |
| 6.5.  | TURBINA CON MANDRIL, EJE Y BALEROS DE ACERO INOXIDABLE O RODAMIENTO CERÁMICO CON VELOCIDAD DE GIRO DE 350,000 RPM O MAYOR   |
| 6.6.  | RUIDO NO MÁS DE 65 DB   |
| 6.7.  | HERRAMIENTA PARA CAMBIO DE FRESA O SISTEMA "PUSH BOTON"   |
| 7     | UNA PIEZA DE MANO DE BAJA VELOCIDAD:  |
| 7.1.  | MANGO DE ACERO INOXIDABLE, ALUMINIO O TITANIO   |
| 7.2   | DOS VÍAS  |
| 7.3.  | DESMONTABLE Y ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE  |
| 7.4.  | GIRO DE 0 A 30,000 RPM +/- 10,000 RPM   |
| 7.5.  | MOTOR CON CAMBIADOR DE GIRO DE ACERO INOXIDABLES PARA INSERTO DE FRESA  |
| 7.6.  | CONTRA ÁNGULO Y ADAPTADOR   |
| 7.7.  | CONO RECTO CON MANDRIL DE ACERO INOXIDABLE PARA INSERTO DE FRESA  |
| 7.8.  | HERRAMIENTA PARA CAMBIO DE FRESA, EN CASO DE SER NECESARIO  |
| 8     | JERINGA TRIPLE ESTOMATOLÓGICA:  |
| 8.1.  | DE ACERO INOXIDABLE   |
| 8.2.  | DOS PUNTAS DESMONTABLES Y ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE   |
| 8.3.  | DOS DUCTOS, UNO PARA AGUA Y OTRO PARA AIRE OPERADO POR VALVULAS MECANICAS INDEPENDIENTES PARA LA SELECCIÓN DE TRABAJO SECO, HÚMEDO O ROCÍO  |
| 9     | UNIDAD ULTRASÓNICA ESTOMATOLÓGICA   |

KG

| FICHA TÉCNICA                              |   |                      |                   |                  |                     |
|--|---|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ÁREA REQUERENTE                            | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA  |                      |                   |                  |                     |
| CLAVE                                      | 531.291.0028  |                      |                   |                  |                     |
| NOMBRE GENÉRICO                            |   |                      |                   |                  |                     |
| UNIDAD ESTOMATOLÓGICA CON MÓDULO INTEGRADO |   |                      |                   |                  |                     |
| ORIGEN DEL RECURSO                         | PROCESO   | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
| ASE LÍQUIDA 2024                           | 21998   | 53101                |                   | EQUIPO           | 10                  |
| NÚM.                                       | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS  |                      |                   |                  |                     |
| 9.1.                                       | INTEGRADO AL EQUIPO   |                      |                   |                  |                     |
| 9.2.                                       | EQUIPO CON TECNOLOGÍA PIEZOELECTRICA  |                      |                   |                  |                     |
| 9.3.                                       | GENERADOR DE FRECUENCIA DE TRABAJO REGULABLE EN EL RANGO DE 28 KHZ A 30 KHZ COMO MÍNIMO   |                      |                   |                  |                     |
| 9.4.                                       | CONTROL O SELECTOR DE FRECUENCIA CON INDICADOR VISUAL   |                      |                   |                  |                     |
| 9.5.                                       | PARA USO EN AL MENOS DOS ESPECIALIDADES: PERIODONCIA Y ENDODONCIA   |                      |                   |                  |                     |
| 9.6.                                       | ENTRADA PARA ALIMENTACIÓN DE AGUA CON MANGUERA Y FILTRO   |                      |                   |                  |                     |
| 9.7.                                       | CONTROL PARA REGULAR EL FLUJO DE IRRIGACIÓN: ROCÍO O SPRAY  |                      |                   |                  |                     |
| 9.8.                                       | PIEZA DE MANO DESMONTABLE Y ESTERILIZABLE EN VAPOR; CON LUZ LED INTEGRADA   |                      |                   |                  |                     |
| 9.9.                                       | ACTIVACIÓN A TRAVÉS DEL PEDAL   |                      |                   |                  |                     |
| 9.10.                                      | TRES INSERTOS O PUNTAS PERIODONTALES, INTERCAMBIABLES Y ESTERILIZABLES EN VAPOR   |                      |                   |                  |                     |
| 9.11.                                      | LLAVE O HERRAMIENTA PARA INTERCAMBIO DE INSERTOS O PUNTAS PERIODONTALES   |                      |                   |                  |                     |
| 9.12.                                      | PUNTA O INSERTOS PARA DIFERENTES APLICACIONES CLÍNICAS EN PERIODONCIA, PROFILAXIS, ENDODONCIA, REHABILITACIÓN Y RESTAURACIÓN Y LLAVE PARA CAMBIO DE INSERTO                   |                      |                   |                  |                     |
| 10   | ESCUPIDERA:   |                      |                   |                  |                     |
| 10.1.                                      | FIJA INTEGRADA AL SOPORTE DEL SILLÓN O A LA UNIDAD  |                      |                   |                  |                     |
| 10.2.                                      | FIJA O DESPLAZABLE HORIZONTALMENTE, CON MOVIMIENTO REBATIBLE DE 30° Y AJUSTE VERTICAL   |                      |                   |                  |                     |
| 10.3.                                      | CON RECIPIENTE DE PORCELANA O VIDRIO PORCELANIZADO O POLÍMERO RESISTENTE A RAYADURAS O ACERO ESMALTADO  |                      |                   |                  |                     |
| 10.4.                                      | DESMONTABLE PARA FÁCIL LIMPIEZA   |                      |                   |                  |                     |
| 10.5.                                      | CON SOPORTE PARA LLENADO DE VASO, CON CONTROL DE LLENADO Y ENJUAGUE DE ESCUPIDERA TEMPORIZADO O CON CONTROLADOR DE RELOJ ELECTRÓNICO PARA AJUSTAR EL TIEMPO DE SALIDA DE AGUA |                      |                   |                  |                     |
| 10.6.                                      | BASE CONECTADA AL SISTEMA DE DRENAJE  |                      |                   |                  |                     |
| 10.7.                                      | CON FILTRO O REJILLA PARA RECOLECCIÓN DE SÓLIDOS  |                      |                   |                  |                     |
| 11   | ASPIRADOR QUIRÚRGICO  |                      |                   |                  |                     |
| 11.1.                                      | VACIADO RÁPIDO  |                      |                   |                  |                     |
| 11.2.                                      | SISTEMA SILENCIOSO  |                      |                   |                  |                     |
| 11.3.                                      | ADAPTADOR PARA CÁNULAS DESECHABLES  |                      |                   |                  |                     |
| 11.4.                                      | ACCIONADO CON AIRE  |                      |                   |                  |                     |
| 11.5.                                      | CON TRAMPA PARA SÓLIDOS Y CON DESACARGA DIRECTA AL DRENAJE  |                      |                   |                  |                     |
| 12   | ASPIRADOR/EYECTOR DE SALIVA:  |                      |                   |                  |                     |
| 12.1.                                      | ACCIONADO CON AIRE  |                      |                   |                  |                     |
| 12.2.                                      | CON FILTRO PARA RETENCIÓN DE SÓLIDOS  |                      |                   |                  |                     |
| 12.3.                                      | DESCARGA DIRECTA AL DRENAJE   |                      |                   |                  |                     |
| 13   | COMPRESORA DE AIRE:   |                      |                   |                  |                     |
| 13.1.                                      | DE 1 HP COMO MÍNIMO, CON CAPACIDAD DE 35 A 70 LITROS.   |                      |                   |                  |                     |



| FICHA TÉCNICA                              |  |                      |                   |                  |                     |
|--|--|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ÁREA REQUERENTE                            | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA   |                      |                   |                  |                     |
| CLAVE                                      | 531.291.0028   |                      |                   |                  |                     |
| NOMBRE GENÉRICO                            |  |                      |                   |                  |                     |
| UNIDAD ESTOMATOLÓGICA CON MÓDULO INTEGRADO |  |                      |                   |                  |                     |
| ORIGEN DEL RECURSO                         | PROCESO  | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
| ASE LÍQUIDA 2024                           | 21998  | 53101                |                   | EQUIPO           | 10                  |
| NÚM.                                       | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |                      |                   |                  |                     |
| 13.2.                                      | SISTEMA DE PURGA DE CONDENSADOS AUTOMÁTICO   |                      |                   |                  |                     |
| 13.3.                                      | TECNOLOGÍA LIBRE DE ACEITE   |                      |                   |                  |                     |
| 13.4.                                      | ENTREGA DE AIRE LIMPIO   |                      |                   |                  |                     |
| 13.5.                                      | TANQUE CON CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO MÍNIMO DE 45 LITROS   |                      |                   |                  |                     |
| 13.6.                                      | CON CUBIERTA REDUCTORA DE RUIDO  |                      |                   |                  |                     |
| 14   | ESTABILIZADOR DE VOLTAJE:  |                      |                   |                  |                     |
| 14.1.                                      | PARA MOTOR DE 1 HP A 127 VOLTS PARA COMPRESOR DENTAL REGULADOR DE VOLTAJE 3KVA, 127 V, 1 FASE, CON SUPRESOR DE PICOS (ACONDICIONADOR DE VOLTAJE)   |                      |                   |                  |                     |
| 15   | GARANTÍA:  |                      |                   |                  |                     |
| 15.1.                                      | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA.  |                      |                   |                  |                     |
| 16   | MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:   |                      |                   |                  |                     |
| 16.1.                                      | DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.  |                      |                   |                  |                     |
| 16.2.                                      | DEBERÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. |                      |                   |                  |                     |
| 17   | INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:  |                      |                   |                  |                     |
| 17.1.                                      | LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.   |                      |                   |                  |                     |
| 17.2.                                      | CONTEMPLAR TODAS LAS ADECUACIONES NECESARIAS A LA INFRAESTRUCTURA, INSTALACIONES ELÉCTRICAS E HIDROSANITARIAS EN EL LUGAR DESTINO, PARA QUE EL EQUIPO FUNCIONE ADECUADAMENTE EN LOS RANGOS QUE INDICA EL FABRICANTE, ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA VISITA A LA UNIDAD MÉDICA DESTINO Y LAS NOTAS CON LAS OBSERVACIONES DE LAS ADECUACIONES.                     |                      |                   |                  |                     |
| 17.3.                                      | CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (ESTOMATÓLOGOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (INGENIEROS BIOMÉDICOS, MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC.)   |                      |                   |                  |                     |
| 17.4.                                      | LAS CAPACITACIONES DEBERÁN REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.   |                      |                   |                  |                     |
| 18   | NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:   |                      |                   |                  |                     |
| 18.1.                                      | PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:  |                      |                   |                  |                     |
| 18.1.1.                                    | CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS  |                      |                   |                  |                     |
| 18.1.2.                                    | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |                      |                   |                  |                     |
| 18.1.3.                                    | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |                      |                   |                  |                     |
| 18.2.                                      | PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO DE:   |                      |                   |                  |                     |
| 18.2.1.                                    | CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE EN EL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES  |                      |                   |                  |                     |
| 18.2.2.                                    | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |                      |                   |                  |                     |
| 18.2.3.                                    | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |                      |                   |                  |                     |
| 19   | MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO   |                      |                   |                  |                     |



**FICHA TÉCNICA**

|   |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ÁREA REQUIERENTE                                  | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CLAVE   | 531.291.0028                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>NOMBRE GENÉRICO</b>                            |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>UNIDAD ESTOMATOLÓGICA CON MÓDULO INTEGRADO</b> |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53101                |                   | EQUIPO           | 10                  |

| NÚM.  | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |
|-------|--|
| 19.1. | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR POR ESCRITO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, EL MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL. |
| 19.2. | EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL   |
| 19.3  | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL  |

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

VALIDÓ

DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

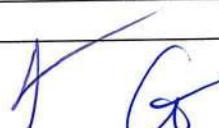
ELABORÓ  
C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

**FICHA TÉCNICA**

|                                       |                                     |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|--|--|
| <b>ÁREA REQUIERENTE</b>               | <b>DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA</b> |  |  |  |  |  |
| <b>CLAVE</b>                          | <b>SIN CLAVE</b>                    |  |  |  |  |  |
| <b>NOMBRE GENÉRICO</b>                |                                     |  |  |  |  |  |
| <b>UNIDAD ESTOMATOLÓGICA INFANTIL</b> |                                     |  |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53101                |                   | EQUIPO           | 1                   |

| NÚM.   | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |
|--------|--|
| 1      | EQUIPO FIJO, ELECTROHIDRONEUMÁTICO, DE TECNOLOGÍA AVANZADA CON FINES DE TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO EN LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO.  |
| 2      | SILLÓN ELECTROHIDRAÚLICO O ELECTROMECÁNICO:  |
| 2.1.   | CAPACIDAD MÍNIMA DE LEVANTE DE 180 KG.   |
| 2.2.   | MOVIMIENTOS VERTICALES DE ASCENSO Y DESCENSO VARIABLE DESDE SU BASE  |
| 2.3.   | SISTEMA DE MANDO ELÉCTRICO DE ELEVACIÓN Y RECLINACIÓN, ACCIONADO CON CONTROL MANUAL Y/O PEDAL  |
| 2.4.   | MOVIMIENTOS ELECTROMECÁNICOS Y/O ELECTROHIDRAÚLICOS PARA LAS SIGUIENTES POSICIONES:  |
| 2.4.1. | MOTORES DE ASIENTO Y RESPALDO DE 24VDC, CON MOVIMIENTOS VERTICALES DE ASCENSO DE HASTA 900MM Y DESCENSO DE HASTA 450 MM, CONTROLADO DESDE SU BASE                  |
| 2.4.2. | DESDE POSICIÓN CERO HASTA TRENDELEMBURG (CAMBIO DE LA POSICIÓN SUPINA HORIZONTAL O CERO GRADOS A -10 GRADOS COMO MÍNIMO)   |
| 2.4.3. | POSICIÓN CERO AUTOMÁTICA   |
| 2.4.4. | POSICIÓN DE TRABAJO  |
| 2.5.   | ASIENTO Y DESCANSA PIERNAS CORRIDO, LIBRES DE COSTURAS, FORRADO CON MATERIAL PLÁSTICO LAVABLE INYECTADO DE POLIURETANO FLEXIBLE CON DISEÑO ANIMADO INFANTIL        |
| 2.6.   | BANDAS SUJETADORAS PARA ESTABILIZAR AL PACIENTE PEDIÁTRICO   |
| 2.7.   | CABEZAL CON BIOARTICULACIÓN PARA MOVIMIENTOS DE RECLINACIÓN ANTERIOR Y POSTERIOR   |
| 3      | SILLA PARA ESTOMATÓLOGO:   |
| 3.1.   | SISTEMA NEUMÁTICO PARA AJUSTE DE ALTURA  |
| 3.2.   | CON RODAJAS, TAPIZADA DE PLÁSTICO O TELA RESISTENTE Y LAVABLE.   |
| 3.3.   | CON DESCANSA PIES  |
| 4      | LÁMPARA ESTOMATOLÓGICA:  |
| 4.1.   | INTEGRADA AL SILLÓN  |
| 4.2.   | CABEZAL DE PLÁSTICO Y/O METAL (ALUMINIO)   |
| 4.3.   | ENCENDIDO Y APAGADO POR MEDIO DE SENSOR  |
| 4.4.   | VENTILACIÓN NATURAL  |
| 4.5.   | HAZ DE LUZ FRÍA ENFOCABLE DE 50 A 100 CM DE DISTANCIA LIBRE DE SOMBRAS   |
| 4.6.   | TOPES QUE EVITAN DAÑO A CABLES ELÉCTRICOS AL MOVIMIENTO CON MANIJAS DESMONTABLES Y AUTOCLAVABLES   |
| 4.7.   | LUZ LED DE 4 EMISIÓNES   |
| 4.8.   | ILUMINACIÓN DENTRO DEL RANGO DE 10,000 A 50,000 LUXES  |
| 4.9.   | TEMPERATURA DE COLOR DE 4,500°K O MAYOR  |
| 4.10.  | CON ENFRIAMIENTO POR FILTRO ÓPTICO O REFLECTOR DICROICO, REDUCTORES DE CALOR O REFLECTOR LED (NO EXCEDERSE 6 GRADOS LA TEMPERATURA AMBIENTE EN LA DISTANCIA FOCAL) |
| 5      | MÓDULO ESTOMATOLÓGICO:   |
| 5.1.   | AJUSTE DE ALTURA ELÉCTRICO   |
| 5.2.   | INDEPENDIENTE DEL SILLÓN DENTAL  |
| 5.3.   | MÓVIL  |



| FICHA TÉCNICA                  |  |                      |                   |                  |                     |
|--------------------------------|--|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ÁREA REQUERENTE                | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA   |                      |                   |                  |                     |
| CLAVE                          | SIN CLAVE  |                      |                   |                  |                     |
| NOMBRE GENÉRICO                |  |                      |                   |                  |                     |
| UNIDAD ESTOMATOLÓGICA INFANTIL |  |                      |                   |                  |                     |
| ORIGEN DEL RECURSO             | PROCESO  | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
| ASE LÍQUIDA 2024               | 21998  | 53101                |                   | EQUIPO           | 1                   |
| NÚM.                           | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |                      |                   |                  |                     |
| 5.4.                           | MEMBRANA TÁCTIL CON COMANDOS PARA CONTROLAR EL SILLÓN, MEMORIAS, ESCUPIDERAS, CALENTADOR DE AGUA Y LLENA VASO                              |                      |                   |                  |                     |
| 5.5.                           | CHAROLA CON AMPLIA ESPACIO   |                      |                   |                  |                     |
| 5.6.                           | NEGATOSCOPIO PANORÁMICO  |                      |                   |                  |                     |
| 5.7.                           | MANÓMETRO DE SALIDA DE AIRE DE LAS PIEZAS  |                      |                   |                  |                     |
| 5.8.                           | DOS SALIDAS PARA PIEZA DE MANO DE ALTA   |                      |                   |                  |                     |
| 5.9.                           | SALIDA PARA PIEZA DE MANO DE BAJA  |                      |                   |                  |                     |
| 5.10.                          | RUEDAS PARA FÁCIL DESPLAZAMIENTO   |                      |                   |                  |                     |
| 5.11                           | SISTEMA DE PROTECCIÓN QUE IMPIDA EL REFLUJO DE LÍQUIDOS AL TÉRMINO DE LOS TRATAMIENTOS Y SISTEMA FLUSH DE FÁCIL ACCESO                     |                      |                   |                  |                     |
| 5.12.                          | CON MANGUERAS DE SILICÓN O POLIURETANO LISAS DE 2 VÍAS, DE UN LARGO DE 180 A 200 CM  |                      |                   |                  |                     |
| 6                              | DOS PIEZAS DE MANO DE ALTA VELOCIDAD:  |                      |                   |                  |                     |
| 6.1.                           | MANGO DE ACERO INOXIDABLE, ALUMINIO O TITANIO  |                      |                   |                  |                     |
| 6.2.                           | DOS VÍAS   |                      |                   |                  |                     |
| 6.3.                           | DESMONTABLE Y ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE   |                      |                   |                  |                     |
| 6.4.                           | PESO NO MÁS DE 35 GR.  |                      |                   |                  |                     |
| 6.5.                           | TURBINA CON MANDRIL, EJE Y BALEROS DE ACERO INOXIDABLE O RODAMIENTO CERÁMICO CON VELOCIDAD DE GIRO DE 350,000 RPM O MAYOR                  |                      |                   |                  |                     |
| 6.6.                           | RUIDO NO MÁS DE 65 DB  |                      |                   |                  |                     |
| 6.7.                           | HERRAMIENTA PARA CAMBIO DE FRESA O SISTEMA "PUSH BOTON"  |                      |                   |                  |                     |
| 7                              | UNA PIEZA DE MANO DE BAJA VELOCIDAD:   |                      |                   |                  |                     |
| 7.1.                           | MANGO DE ACERO INOXIDABLE, ALUMINIO O TITANIO  |                      |                   |                  |                     |
| 7.2                            | DOS VÍAS   |                      |                   |                  |                     |
| 7.3.                           | DESMONTABLE Y ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE   |                      |                   |                  |                     |
| 7.4.                           | GIRO DE 0 A 30,000 RPM +/- 10,000 RPM  |                      |                   |                  |                     |
| 7.5.                           | MOTOR CON CAMBIADOR DE GIRO DE ACERO INOXIDABLES PARA INSERTO DE FRESA   |                      |                   |                  |                     |
| 7.6.                           | CONTRA ÁNGULO Y ADAPTADOR  |                      |                   |                  |                     |
| 7.7.                           | CONO RECTO CON MANDRIL DE ACERO INOXIDABLE PARA INSERTO DE FRESA   |                      |                   |                  |                     |
| 7.8.                           | HERRAMIENTA PARA CAMBIO DE FRESA, EN CASO DE SER NECESARIO   |                      |                   |                  |                     |
| 8                              | JERINGA TRIPLE ESTOMATOLÓGICA:   |                      |                   |                  |                     |
| 8.1.                           | DE ACERO INOXIDABLE  |                      |                   |                  |                     |
| 8.2.                           | DOS PUNTAS DESMONTABLES Y ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE  |                      |                   |                  |                     |
| 8.3.                           | DOS DUCTOS, UNO PARA AGUA Y OTRO PARA AIRE OPERADO POR VALVULAS MECANICAS INDEPENDIENTES PARA LA SELECCION DE TRABAJO SECO, HÚMEDO O ROCÍO |                      |                   |                  |                     |
| 8.4.                           | ALIMENTACIÓN DE AGUA Y AIRE CON VÁLVULAS DE NO RETRACCIÓN  |                      |                   |                  |                     |
| 9                              | ESCUPIDERAS:   |                      |                   |                  |                     |

JG

FICHA TÉCNICA

|                                |                              |  |  |  |  |
|--------------------------------|------------------------------|--|--|--|--|
| ÁREA REQUERENTE                | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |
| CLAVE                          | SIN CLAVE                    |  |  |  |  |
| NOMBRE GENÉRICO                |                              |  |  |  |  |
| UNIDAD ESTOMATOLÓGICA INFANTIL |                              |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53101                |                   | EQUIPO           | 1                   |

| NÚM.  | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS  |
|-------|---|
| 9.1.  | ABATIBLE  |
| 9.2.  | DESMONTABLE   |
| 9.3.  | DE CRISTAL TEMPLADO   |
| 9.4.  | LAVADO DE TARJA ELÉCTRICO   |
| 9.5.  | LLENA VASOS ELÉCTRICO   |
| 9.6.  | BASE CONECTADA AL SISTEMA DE DRENAJE  |
| 9.7.  | CON FILTRO O REJILLA PARA RECOLECCIÓN DE SÓLIDOS  |
| 10    | MÓDULO DE ASISTENTE   |
| 10.1. | EYECTOR CONVENCIONAL  |
| 10.2. | EYECTOR QUIRÚRGICO  |
| 10.3. | JERINGA TRIPLE ASISTENTE  |
| 10.4. | MEMBRANA TÁCTIL CON COMANDOS PARA CONTROLAR EL SILLÓN, MEMORIAS, ESCUPIDERAS, CALENTADOR DE AGUA Y LLENA VASO   |
| 10.5. | LÁMPARA DE FOTOCURADO ALÁMBRICA   |
| 11    | ASPIRADOR/EYECTOR DE SALIVA:  |
| 11.1. | ACCIONADO CON AIRE  |
| 11.2. | CON FILTRO PARA RETENCIÓN DE SÓLIDOS  |
| 11.3. | DESCARGA DIRECTA AL DRENAJE   |
| 12    | COMPRESORA DE AIRE:   |
| 12.1. | DE 1 HP COMO MÍNIMO, CON CAPACIDAD DE 35 A 70 LITROS.   |
| 12.2. | SISTEMA DE PURGA DE CONDENSADOS AUTOMÁTICO  |
| 12.3. | TECNOLOGÍA LIBRE DE ACEITE  |
| 12.4. | ENTREGA DE AIRE LIMPIO  |
| 12.5. | TANQUE CON CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO MÍNIMO DE 45 LITROS  |
| 12.6. | CON CUBIERTA REDUCTORA DE RUIDO   |
| 13    | ESTABILIZADOR DE VOLTAJE:   |
| 13.1. | PARA MOTOR DE 1 HP A 127 VOLTS PARA COMPRESOR DENTAL REGULADOR DE VOLTAJE 3KVA, 127 V, 1 FASE, CON SUPRESOR DE PICOS (ACONDICIONADOR DE VOLTAJE)  |
| 14    | GARANTÍA:   |
| 14.1. | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA.   |
| 15    | MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:  |
| 15.1. | DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA. |

XG

## RENGLÓN: 13

| FICHA TÉCNICA                                     |  |                      |                   |                  |                     |
|---|--|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ÁREA REQUERENTE                                   | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA   |                      |                   |                  |                     |
| CLAVE   | SIN CLAVE  |                      |                   |                  |                     |
| NOMBRE GENÉRICO<br>UNIDAD ESTOMATOLÓGICA INFANTIL |  |                      |                   |                  |                     |
| ORIGEN DEL RECURSO                                | PROCESO  | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
| ASE LÍQUIDA 2024                                  | 21998  | 53101                |                   | EQUIPO           | 1                   |
| NÚM.  | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |                      |                   |                  |                     |
| 15.2.   | DEBERÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. |                      |                   |                  |                     |
| 16  | INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:  |                      |                   |                  |                     |
| 16.1.   | LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.   |                      |                   |                  |                     |
| 16.2.   | CONTEMPLAR TODAS LAS ADECUACIONES NECESARIAS A LA INFRAESTRUCTURA, INSTALACIONES ELÉCTRICAS E HIDROSANITARIAS EN EL LUGAR DESTINO, PARA QUE EL EQUIPO FUNCIONE ADECUADAMENTE EN LOS RANGOS QUE INDICA EL FABRICANTE, ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA VISITA A LA UNIDAD MÉDICA DESTINO Y LAS NOTAS CON LAS OBSERVACIONES DE LAS ADECUACIONES.                     |                      |                   |                  |                     |
| 16.3.   | CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (ESTOMATÓLOGOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (INGENIEROS BIOMÉDICOS, MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC.)   |                      |                   |                  |                     |
| 16.4.   | LAS CAPACITACIONES DEBERÁN REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.   |                      |                   |                  |                     |
| 17  | NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:   |                      |                   |                  |                     |
| 17.1.   | PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:  |                      |                   |                  |                     |
| 17.1.1.   | CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS  |                      |                   |                  |                     |
| 17.1.2.   | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |                      |                   |                  |                     |
| 17.1.3.   | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |                      |                   |                  |                     |
| 17.2.   | PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO DE:   |                      |                   |                  |                     |
| 17.2.1.   | CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE EN EL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES  |                      |                   |                  |                     |
| 17.2.2.   | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |                      |                   |                  |                     |
| 17.2.3.   | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |                      |                   |                  |                     |
| 18  | MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO   |                      |                   |                  |                     |
| 18.1.   | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR POR ESCRITO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, EL MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL.   |                      |                   |                  |                     |
| 18.2.   | EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL   |                      |                   |                  |                     |
| 18.3.   | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL  |                      |                   |                  |                     |

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

ELABORÓ

C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

VALIDÓ

DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

FICHA TÉCNICA

|                           |                              |  |  |  |  |
|---------------------------|------------------------------|--|--|--|--|
| ÁREA REQUERENTE           | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |
| CLAVE                     | 531.341.2305                 |  |  |  |  |
| NOMBRE GENÉRICO           |                              |  |  |  |  |
| UNIDAD RADIOLÓGICA DENTAL |                              |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53101                |                   | EQUIPO           | 5                   |

| NÚM.   | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |
|--------|--|
| 1      | GENERADOR CON TUBO DE RAYOS X ALIMENTADO EN C.A.   |
| 1.1.   | CONSUMO DE POTENCIA EN KW DE 1 O MÁS   |
| 1.2.   | TENSIÓN DE ALIMENTACIÓN DE 65 KVP A 70 KVP   |
| 1.3.   | CORRIENTE DE 7 MA A 8 MA   |
| 1.4.   | DISTANCIA FOCAL DE 200 MM O MAYOR  |
| 1.5.   | PUNTO O MANCHA FOCAL DE 0.8 MM O MENOR   |
| 1.6.   | FILTRACIÓN TOTAL MÍNIMA DE 2 MM DE AL EQ   |
| 1.7.   | MOVIMIENTO TELESCÓPICO O CONTRAPESADO  |
| 2      | CONTROL DIGITAL DE LOS TIEMPO DE EXPOSICIÓN  |
| 2.1.   | TIEMPO DE EXPOSICIÓN DE 0.03 SEG. HASTA 3.20 SEG.  |
| 3      | ADICIONALES  |
| 3.1.   | EQUIPO PREPARADO PARA TRABAJAR EN EL CAMPO OPERATORIO CON SENSORES DIGITALES   |
| 3.2.   | SOPORTE DE BASE RODANTE (CON TELEMANDO DE 2.5 MTS. O MAYOR)  |
| 4      | GARANTÍA:  |
| 4.1.   | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VÍCOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA.   |
| 5      | MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:   |
| 5.1.   | DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.  |
| 5.2.   | DEBERÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. |
| 6      | INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:  |
| 6.1.   | LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.   |
| 6.2.   | CONTEMPLAR TODAS LAS ADECUACIONES NECESARIAS A LA INFRAESTRUCTURA, INSTALACIONES ELÉCTRICAS E HIDROSANITARIAS EN EL LUGAR DESTINO, PARA QUE EL EQUIPO FUNCIONE ADECUADAMENTE EN LOS RANGOS QUE INDICA EL FABRICANTE, ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA VISITA A LA UNIDAD MÉDICA DESTINO Y LAS NOTAS CON LAS OBSERVACIONES DE LAS ADECUACIONES.                     |
| 6.3.   | CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (ESTOMATÓLOGOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (INGENIEROS BIOMÉDICOS, MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC.)   |
| 6.4.   | LAS CAPACITACIONES DEBERÁN REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.   |
| 7      | NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:   |
| 7.1.   | PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:  |
| 7.1.1. | CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS  |
| 7.1.2. | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |
| 7.1.3. | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |

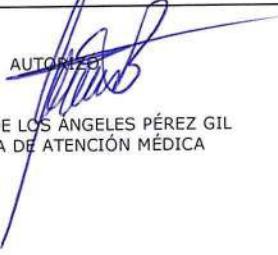
N  
G

FICHA TÉCNICA

|                           |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ÁREA REQUIRENT            | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CLAVE                     | 531.341.2305                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE GENÉRICO           |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| UNIDAD RADIOLÓGICA DENTAL |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53101                |                   | EQUIPO           | 5                   |

| NÚM.   | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |
|--------|--|
| 7.2.   | PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO DE:   |
| 7.2.1. | CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE EN EL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES  |
| 7.2.2. | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |
| 7.2.3. | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |
| 8      | MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO   |
| 8.1.   | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR POR ESCRITO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, EL MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL. |
| 8.2.   | EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL   |
| 8.3.   | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL  |

  
AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

  
ELABORÓ

C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

  
VALIDÓ

DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

**FICHA TÉCNICA**

|   |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ÁREA REQUERENTE                           | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CLAVE                                     | SIN CLAVE                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>NOMBRE GENÉRICO</b>                    |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>UNIDAD RADIOLÓGICA DENTAL PORTÁTIL</b> |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53101                |                   | EQUIPO           | 2                   |

| NÚM.   | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |
|--------|--|
| 1      | GENERADOR CON TUBO DE RAYOS X ALIMENTADO EN C.A.   |
| 1.1.   | CONSUMO DE POTENCIA EN KW DE 1 O M AYOR  |
| 1.2.   | TENSIÓN DE ALIMENTACIÓN DE 60 KVP A 70 KVP   |
| 1.3.   | CORRIENTE DE TUBO 2mA HASTA 8mA  |
| 1.4.   | DISTANCIA FOCAL DE 200 MM O MAYOR  |
| 1.5.   | PUNTO O MANCHA FOCAL DE 0.8 MM O MENOR   |
| 1.6.   | FILTRACIÓN TOTAL MÍNIMA DE 1 A 2 MMAL  |
| 1.7.   | MOVIMIENTO TELESCÓPICO O CONTRAPESADO  |
| 2      | CONTROL DIGITAL DE LOS TIEMPO DE EXPOSICIÓN  |
| 2.1.   | TIEMPO DE EXPOSICIÓN DE 0.01 SEG. HASTA 3.20 SEG.  |
| 3      | CAPACIDAD DE LA BATERÍA: 950 mAh   |
| 4      | ADICIONALES  |
| 4.1.   | EQUIPO PREPARADO PARA TRABAJAR EN EL CAMPO OPERATORIO CON SENSORES DIGITALES   |
| 4.2.   | PORTÁTIL (CON TELEMANO DE 2.5. MTRS O MAYOR)   |
| 5      | GARANTÍA:  |
| 5.1.   | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA.  |
| 6      | MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:   |
| 6.1.   | DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.  |
| 6.2.   | DEBERÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. |
| 7      | INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:  |
| 7.1.   | LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.   |
| 7.2.   | CONTEMPLAR TODAS LAS ADECUACIONES NECESARIAS A LA INFRAESTRUCTURA, INSTALACIONES ELÉCTRICAS E HIDROSANITARIAS EN EL LUGAR DESTINO, PARA QUE EL EQUIPO FUNCIONE ADECUADAMENTE EN LOS RANGOS QUE INDICA EL FABRICANTE, ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA VISITA A LA UNIDAD MÉDICA DESTINO Y LAS NOTAS CON LAS OBSERVACIONES DE LAS ADECUACIONES.                     |
| 7.3.   | CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (ESTOMATÓLOGOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (INGENIEROS BIOMÉDICOS, MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC.)   |
| 7.4.   | LAS CAPACITACIONES DEBERÁN REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO, ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.   |
| 8      | NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:   |
| 8.1.   | PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:  |
| 8.1.1. | CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS  |
| 8.1.2. | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |




**FICHA TÉCNICA**

|   |                              |  |  |  |  |  |
|---|------------------------------|--|--|--|--|--|
| ÁREA REQUERENTE                           | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |  |
| CLAVE                                     | SIN CLAVE                    |  |  |  |  |  |
| <b>NOMBRE GENÉRICO</b>                    |                              |  |  |  |  |  |
| <b>UNIDAD RADIOLÓGICA DENTAL PORTÁTIL</b> |                              |  |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53101                |                   | EQUIPO           | 2                   |

| NÚM.   | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |
|--------|--|
| 8.1.3. | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |
| 8.2    | PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO DE:   |
| 8.2.1. | CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE EN EL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES  |
| 8.2.2. | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |
| 8.2.3. | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |
| 9      | MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO   |
| 9.1    | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR POR ESCRITO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, EL MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL. |
| 9.2.   | EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL   |
| 9.3    | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL  |

AUTORIZÓ

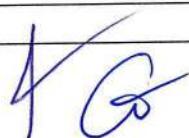

 DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
 DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA


 ELABORÓ  
 C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
 SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

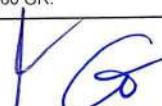
VALIDÓ


 DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
 SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

| FICHA TÉCNICA               |   |                      |                   |                  |                     |          |
|-----------------------------|---|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|----------|
| ÁREA REQUERENTE             | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA  |                      |                   |                  |                     |          |
| CLAVE                       | 537.830.0836  |                      |                   |                  |                     |          |
| NOMBRE GENÉRICO             |   |                      |                   |                  |                     |          |
| SET DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL |   |                      |                   |                  |                     |          |
| ORIGEN DEL RECURSO          | PROCESO   | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |          |
| ASE LÍQUIDA 2024            | 21998   | 53201                |                   | SET              | 3                   |          |
| CLAVE                       | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS  |                      |                   |                  |                     | CANTIDAD |
| 513.227.0074                | CHAROLA MAYO, DE ACERO INOXIDABLE. DIMENSIONES: 49 X 32 CM.                               |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 535.701.1955                | PINZA FOERSTER O FOERSTER-BALLINGER, CURVA, ESTRIADA, LONGITUD DE 240 A 250 MM.           |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 535.702.0139                | PINZA BACKHAUS, LONGITUD DE 105 A 110 MM.   |                      |                   |                  |                     | 8        |
| 535.701.0817                | PINZA HALSTED MOSQUITO O MICRO MOSQUITO O HARTMAN, CURVA, LONGITUD DE 90 A 100 MM.        |                      |                   |                  |                     | 10       |
| 535.701.0734                | PINZA CRILLE, CURVA, CON ESTRÍAS TRANSVERSALES, LONGITUD 14 CM.                           |                      |                   |                  |                     | 6        |
| 535.701.2037                | PINZA ALLIS, CON 4 X 5 DIENTES, LONGITUD DE 150 A 155 MM.                                 |                      |                   |                  |                     | 4        |
| 537.702.4954                | PINZA ROCHESTER OCHSNER O KOCHER-OCHSNER, CURVA, CON DIENTES, LONGITUD DE 160 MM.         |                      |                   |                  |                     | 2        |
| 537.702.1836                | PINZA DE REDUCCIÓN PARA MANDÍBULA CON RODILLO DE PRESIÓN. LONGITUD 260 MM.                |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.702.0739                | PINZA DE REDUCCIÓN, DENTADA, CON CIERRE DE TORNILLO, LONGITUD 17 CM.                      |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.702.0762                | PINZA DE REDUCCIÓN, TIPO PINZA DE CAMPO, CON CREMALLERA, LONGITUD 16 CM.                  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 535.859.1070                | TIJERA METZENBAUM, CURVA, LONGITUD DE 140 A 145 MM.                                       |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 535.859.0288                | TIJERA METZENBAUM, RECTA, LONGITUD DE 140 A 145 MM.                                       |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.857.0195                | TIJERA STEVENS, CURVA, PUNTAS AGUDAS, LONGITUD, DE 110 A 120 MM.                          |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.857.0179                | TIJERA STEVENS, RECTA, PUNTAS AGUDAS, LONGITUD, DE 110 A 120 MM.                          |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 535.859.1286                | TIJERA IRIS, CURVA, LONGITUD 12 CM.   |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 535.859.1328                | TIJERA IRIS, RECTA, LONGITUD 12 CM.   |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 535.859.4835                | TIJERA MAYO, RECTA, LONGITUD DE 150 A 155 MM.   |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.857.0229                | TIJERA GRIESHABER, CURVA, CALIBRE 20 O TIJERA DE SCLAR.                                   |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 535.716.0349                | PORTA AGUJA MAYO HEGAR, RECTO, SIN RANURA CENTRAL, ESTRÍAS TRANSVERSALES, LONGITUD 15 CM. |                      |                   |                  |                     | 2        |
| 535.716.0372                | PORTA AGUJA MAYO HEGAR, RECTO, SIN RANURA CENTRAL, ESTRÍAS TRANSVERSALES, LONGITUD 18 CM. |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 535.137.0035                | BISTURÍ QUIRÚRGICO MANGO N° 3, CORTO.   |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 535.137.0472                | BISTURÍ QUIRÚRGICO MANGO LARGO N° 7.  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 535.567.0059                | LEGRA MEAD, MANGO RECTO, DOBLE EXTREMO.   |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.620.0019                | LEGRA-PERIÓSTÓTOMO FREER O FREER-OBWEGESER CON PUNTA CORTANTE DE 210 MM LONGITUD.         |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.620.0100                | LEGRA PARA LA MANDÍBULA INFERIOR OBWEGESER DE 175 MM LONGITUD.                            |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 535.701.9743                | PINZA ADSON, SIN DIENTES, LONGITUD DE 150 A 155 MM.                                       |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.703.9655                | PINZA ADSON, CON 1 X 2 DIENTES, LONGITUD DE 150 A 155 MM.                                 |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 535.702.0030                | PINZA ADSON BROWN, RECTA, CON DIENTES, ATRAUMÁTICA, LONGITUD DE 120 A 125 MM.             |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.702.0010                | PINZA ADSON, EN BAYONETA, CON DIENTES, 18.5 CM DE LONGITUD.                               |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.703.9598                | PINZA COLLEGE O LONDON-COLLEGE, TIPO BAYONETA, LONGITUD DE 150 A 155 MM.                  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 535.814.0480                | SEPARADOR FARABEUF, JUEGO DE 2, LONGITUD DE 120 A 125 MM.                                 |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 535.814.0050                | SEPARADOR SENN-MUELLER, PUNTA REDONDEADA O AFILADA, LONGITUD 15 CM.                       |                      |                   |                  |                     | 2        |
| 537.814.7101                | SEPARADOR CAULK.  |                      |                   |                  |                     | 1        |



| <b>FICHA TÉCNICA</b>               |  |                      |                   |                  |                     |          |
|------------------------------------|--|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|----------|
| ÁREA REQUERENTE                    | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA   |                      |                   |                  |                     |          |
| CLAVE                              | 537.830.0836   |                      |                   |                  |                     |          |
| <b>NOMBRE GENÉRICO</b>             |  |                      |                   |                  |                     |          |
| <b>SET DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL</b> |  |                      |                   |                  |                     |          |
| ORIGEN DEL RECURSO                 | PROCESO  | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |          |
| ASE LÍQUIDA 2024                   | 21998  | 53201                |                   | SET              | 3                   |          |
| CLAVE                              | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |                      |                   |                  |                     | CANTIDAD |
| 537.370.1035                       | ESPÁTULA PARA CEREBRO, MALEABLE, HOJA DE 16 A 17 MM X 190 A 200 MM.  |                      |                   |                  |                     | 2        |
| 537.010.0090                       | ABATELENGUAS WIEDER HOJA CHICA.  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.010.0066                       | ABATELENGUAS WIEDER HOJA GRANDE.   |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 535.260.2154                       | CUCHARILLA LUCAS, DE DOBLE EXTREMO, 17 CM DE LONGITUD.   |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.263.1464                       | CUCHARILLA BRUNS CURVA, COPA REDONDA N° 0.   |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.263.1456                       | CUCHARILLA BRUNS CURVA, COPA REDONDA N° 00.  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.263.1449                       | CUCHARILLA BRUNS CURVA, COPA REDONDA N° 000.   |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.191.2162                       | CINCEL COTTLE, RECTO, DE 7, 9, Y 12 MM DE ANCHO. LONGITUD 180 MM.  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.583.0030                       | LIMA MALTZ, LONGITUD 18 CM.  |                      |                   |                  |                     | 2        |
| 531.794.0012                       | RINOSCOPIO COTTLE, HOJAS DELGADAS DE 2 CM DE LONGITUD.   |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 531.794.0129                       | RINOSCOPIO KILLIAN-STRUYCKEN, CON TORNILLO REGULADOR, LONGITUD DE LA HOJA: 75 MM LONGITUD TOTAL 150 MM.  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.440.0710                       | GANCHO JOSEPH, UN GAFIO, 15 CM DE LONGITUD.  |                      |                   |                  |                     | 2        |
| 537.440.0694                       | GANCHO JOSEPH, CON 2 GAFIOS AGUDOS, DE 5 A 6 MM, LONGITUD DE 160 A 165 MM.   |                      |                   |                  |                     | 2        |
| 537.440.0686                       | GANCHO FOMMON, CON 2 GAFIOS ABOTONADOS, LONGITUD DE 160 MM.  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.440.1361                       | GANCHO CRILE DE 190 A 200 MM DE LONGITUD.  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.547.0019                       | JERINGA CARPULE, CON ADAPTADOR PARA AGUJA DESECHABLE CALIBRE 27 LARGA O CORTA, CON ENTRADA UNIVERSAL O ESTÁNDAR. HENDIDURA PARA INTRODUCIR CARTUCHO DE ANESTÉSICO DESECHABLE DE 1.8 ML, DOS ALETAS EN EL CUERPO PARA |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.327.1609                       | ELEVADOR SELDIN, DE BANDERA, IZQUIERDO, MANGO METÁLICO, EXTREMO EN ÁNGULO RECTO, HOJA GRANDE.  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.327.1534                       | ELEVADOR SELDIN, DE BANDERA, DERECHO, MANGO METÁLICO, EXTREMO EN ÁNGULO RECTO, HOJA GRANDE.  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.327.0353                       | ELEVADOR, SELDIN, CON MANGO METÁLICO RECTO, ACANALADO, EXTREMO ANCHO.  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.327.0452                       | ELEVADOR BEIN, CON MANGO METÁLICO, RECTO, ACANALADO, DE 2 O 3 MM, ANCHO DE HOJA.   |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.025.0069                       | ALVEOLOTOMO MEAD, PINZA GUBIA, LONGITUD 17 CM.   |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 535.156.0031                       | CÁNULA YANKAUER, CON BOTÓN DESATORNILLABLE, 22.8 CM DE LONGITUD.   |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 535.157.0030                       | CÁNULA FERGUSON CALIBRE 12 FR, ANGULADA.   |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.426.0205                       | FÓRCEPS PARA ODONTOECTOMÍAS DEL N° 151 B.  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.426.0221                       | FÓRCEPS N° 101.  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.426.0023                       | FÓRCEPS NO 23.   |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.426.0411                       | FÓRCEPS N° 69.   |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.426.0197                       | FÓRCEPS N° 150.  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.814.8307                       | SEPARADOR CAWOOD-MINNESOTA, SIN ADAPTADOR DE LUZ FRÍA. LONGITUD 155 MM.  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.457.0041                       | GUBIA ECHLIN, ANCHO DE PUNTA FINA, LONGITUD DE 150 230 MM.   |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 513.790.0014                       | RIÑÓN DE ACERO INOXIDABLE, 500 ML DE CAPACIDAD.  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 513.950.0119                       | VASO METÁLICO DE 100 ML.   |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.605.0190                       | MARTILLO MACIZO, PESO DE 210 A 260 GR.   |                      |                   |                  |                     | 1        |



FICHA TÉCNICA

|                             |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ÁREA REQUERENTE             | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CLAVE                       | 537.830.0836                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE GENÉRICO             |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SET DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53201                |                   | SET              | 3                   |

| CLAVE        | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS  | CANTIDAD |
|--------------|---|----------|
| 537.012.0098 | ABREBOCA MC KEISSON, ADULTO.  | 1        |
| 537.426.0247 | FÓRCEPS ASCH.   | 1        |
| 537.020.0056 | ALICATE PARA CORTAR ALAMBRE GRUESO O FINO.  | 1        |
| 1            | AUTOCLAVABLE  |          |
| 2            | FABRICADO EN ACERO INOXIDABLE   |          |
| 3            | GARANTÍA:   |          |
| 3.1          | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA.  |          |
| 4            | <b>NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>   |          |
| 4.1          | Nacional: Certificado de buenas prácticas de manufactura expedida por la COFEPRIS o similar reconocido internacionalmente en caso de extranjeros o cualquiera de las siguientes: ISO 13485 e ISO 9001   |          |
| 4.2          | Internacional: Cumplimiento de control de calidad de productos y materia prima acreditando las siguientes normas y estándares: Council directiva 93/42 eec of 14. June 1993, concerning medical devices; ISO 783, ISO 4957, ISO 7153, DIN 1774-1985, DIN 17442-1977, ASTM-E353-84 O ASTMF 899 |          |
| 4.3          | Si es necesario agregar DOF vigente y señalizado el artículo  |          |
| 4.4          | Documentos vigentes y legibles  |          |
| 4.5          | Certificado de origen de fabricación y mano de obra   |          |
| 4.6          | Certificado de materia prima: acero inoxidable o acero inoxidable con aleaciones de cadmio, de titanio o de níquel, no debe incluir carbono.  |          |
| 4.7          | Compromiso de sustituir los bienes defectuosos o en caso de vicios ocultos  |          |

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

ELABORÓ  
C. D. ELEANA ELIZABETH ANTONIA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

VALIDÓ

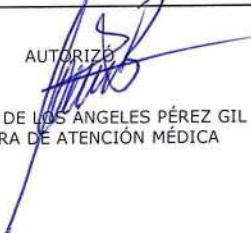
DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

FICHA TÉCNICA

|                    |                              |  |  |  |  |
|--------------------|------------------------------|--|--|--|--|
| ÁREA REQUERENTE    | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |
| CLAVE              | SIN CLAVE                    |  |  |  |  |
| NOMBRE GENÉRICO    |                              |  |  |  |  |
| SET DE DIAGNÓSTICO |                              |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53201                |                   | SET              | 51                  |

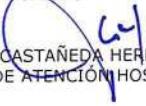
| CLAVE        | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS  | CANTIDAD |
|--------------|---|----------|
| 537.383.0081 | ESPEJO DENTAL ROSCA SENCILLA PLANO SIN AUMENTO NO.5   | 20       |
| 537.397.0168 | EXCAVADOR TIPO WHITE No.17  | 10       |
| 537.409.0531 | EXPLORADOR. EXPLORADOR DE UNA PIEZA CON DOBLE EXTREMO NO.5  | 10       |
| 537.602.0409 | MANGO PARA ESPEJO DENTAL METALICO MACIZO ROSCA SENCILLA   | 10       |
| 537.703.9598 | PINZA COLLEGE O LONDON-COLLEGE TIPO BAYONETA LONGITUD DE 150 A 155 MM   | 10       |
| 1            | AUTOCLAVABLE  |          |
| 2            | FABRICADO EN ACERO INOXIDABLE   |          |
| 3            | <b>GARANTÍA:</b>  |          |
| 3.1          | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA.  |          |
| 4            | <b>NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>   |          |
| 4.1          | Nacional: Certificado de buenas prácticas de manufactura expedida por la COFEPRIS o similar reconocido internacionalmente en caso de extranjeros o cualquiera de las siguientes: ISO 13485 e ISO 9001   |          |
| 4.2          | Internacional: Cumplimiento de control de calidad de productos y materia prima acreditando las siguientes normas y estándares: Council directiva 93/42 eec of 14. June 1993, concerning medical devices; ISO 783, ISO 4957, ISO 7153, DIN 1774-1985, DIN 17442-1977, ASTM-E353-84 O ASTMF 899 |          |
| 4.3          | Si es necesario agregar DOF vigente y señalizado el artículo  |          |
| 4.4          | Documentos vigentes y legibles  |          |
| 4.5          | Certificado de origen de fabricación y mano de obra   |          |
| 4.6          | Certificado de materia prima: acero inoxidable o acero inoxidable con aleaciones de cadmio, de titanio o de níquel, no debe incluir carbono.  |          |
| 4.7          | Compromiso de sustituir los bienes defectuosos o en caso de vicios ocultos  |          |

AUTORIZÓ  


DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

ELABORÓ  


C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

VALIDÓ  


DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

FICHA TÉCNICA

|                   |                              |  |  |  |  |
|-------------------|------------------------------|--|--|--|--|
| ÁREA REQUERENTE   | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |
| CLAVE             | SIN CLAVE                    |  |  |  |  |
| NOMBRE GENÉRICO   |                              |  |  |  |  |
| SET DE ENDODONCIA |                              |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53201                |                   | SET              | 2                   |

| CLAVE | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   | CANTIDAD |
|-------|--|----------|
| S/C   | ANILLO ENDODONTICO MILIMÉTRICO CALIBRADA DE 1-35 MM  | 1        |
| S/C   | CONDENSADOR PARA ANTERIORES 10A  | 1        |
| S/C   | CONDENSADOR PARA POSTERIORES 10-1/2  | 1        |
| S/C   | EXCAVADOR/CUCHARILLA ENDODÓNTICA 31 L  | 1        |
| S/C   | EXCAVADOR/CUCHARILLA ENDODÓNTICA 32 L  | 1        |
| S/C   | ESPACIADOR FINO (.23)  | 1        |
| S/C   | ESPACIADOR ULTRADELGADO (.20)  | 1        |
| S/C   | ESPACIADOR DELGADO (.35)   | 1        |
| S/C   | EXPLORADOR ENDODÓNTICO RECTO DG16  | 1        |
| S/C   | GLICK No. 1  | 1        |
| S/C   | ESPACIADOR-TRANSPORTADOR DE CALOR DE 25 MM   | 1        |
| 1     | AUTOCLAVABLE   |          |
| 2     | FABRICADO EN ACERO INOXIDABLE  |          |
| 3     | <b>GARANTÍA:</b>   |          |
| 3.1   | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA.   |          |
| 4     | <b>NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>  |          |
| 4.1   | Nacional: Certificado de buenas prácticas de manufactura expedida por la COFEPRIS o similar reconocido internacionalmente en caso de extranjeros o cualquiera de las siguientes: ISO 13485 e ISO 9001  |          |
| 4.2   | Internacional: Cumplimiento de control de calidad de productos y materia prima acreditando las siguientes normas y estándares: Council directiva 93/42 eec of 14. June 1993, concerning medical devices; ISO 783, ISO 4957, ISO 7153, DIN 1774-1985, DIN 17442-1977, ASTM-E353-84 O ASTM F 899 |          |
| 4.3   | Si es necesario agregar DOF vigente y señalizado el artículo   |          |
| 4.4   | Documentos vigentes y legibles   |          |
| 4.5   | Certificado de origen de fabricación y mano de obra  |          |
| 4.6   | Certificado de materia prima: acero inoxidable o acero inoxidable con aleaciones de cadmio, de titanio o de níquel, no debe incluir carbono.   |          |
| 4.7   | Compromiso de sustituir los bienes defectuosos o en caso de vicios ocultos   |          |

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

ELABORÓ

C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

VALIDÓ

DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

FICHA TÉCNICA

|                 |                              |  |  |  |  |
|-----------------|------------------------------|--|--|--|--|
| ÁREA REQUERENTE | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |
| CLAVE           | SIN CLAVE                    |  |  |  |  |
|                 | NOMBRE GENÉRICO              |  |  |  |  |
|                 | SET DE EXODONCIA             |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53201                |                   | SET              | 51                  |

| CLAVE        | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   | CANTIDAD |
|--------------|--|----------|
| 535.260.2154 | CUCHARILLA LUCAS   | 1        |
| 537.025.0069 | ALVEOLOTOMO  | 1        |
| 537.327.0452 | ELEVADOR BUCO DENTOMAXILAR.<br>a). BEIN CON MANGO METÁLICO<br>b). RECTO ACANALADO<br>c). 2 O 3 MM ANCHO DE HOJA                  | 1        |
| 537.327.0551 | ELEVADOR BUCO DENTOMAXILAR.<br>a). APICAL FLOHR<br>b). ANGULADO<br>c). DERECHO   | 1        |
| 537.327.0700 | ELEVADOR BUCO DENTOMAXILAR.<br>a). APICAL FLOHR<br>b). ANGULADO<br>c). IZQUIERDO   | 1        |
| 537.327.1534 | ELEVADOR SELDIN.<br>a). CON MANGO METÁLICO DE BANDERA<br>b). EXTREMO EN ANGULO RECTO<br>c). HOJA GRANDE<br>d). DERECHA           | 1        |
| 537.327.1609 | ELEVADOR SELDIN.<br>a). MANGO METÁLICO DE BANDERA<br>b). EXTREMO EN ANGULO RECTO<br>c). HOJA GRANDE<br>d). IZQUIERDO             | 1        |
| 537.327.2664 | ELEVADOR BUCO DENTOMAXILAR.<br>a). ELEVADOR BEIN<br>b). MANGO METÁLICO<br>c). RECTO ACANALADO<br>d). 4 MM ANCHO DE HOJA          | 1        |
| 537.327.2805 | ELEVADOR SELDIN.<br>a). MANGO METÁLICO<br>b). DE BANDERA<br>c). EXTREMO EN ÁNGULO RECTO<br>d). CON HOJA PEQUEÑA<br>e). DERECHA   | 1        |
| 537.327.2813 | ELEVADOR SELDIN.<br>a). MANGO METÁLICO<br>b). DE BANDERA<br>c). EXTREMO EN ÁNGULO RECTO<br>d). CON HOJA PEQUEÑA<br>e). IZQUIERDA | 1        |
| 537.426.0023 | FÓRCEPS DENTAL No. 23  | 1        |
| 537.426.0155 | FÓRCEPS DENTAL No. 65  | 1        |
| 537.426.0171 | FÓRCEPS DENTAL No. 17  | 1        |
| 537.426.0189 | FÓRCEPS DENTAL No. 151   | 1        |
| 537.426.0197 | FÓRCEPS DENTAL No. 150   | 1        |
| 537.426.0221 | FÓRCEPS DENTAL No. 101   | 1        |
| 537.426.0239 | FÓRCEPS DENTAL No. 210 Y 222 JUEGO   | 1        |
| 537.426.0270 | FÓRCEPS DENTAL No. 53 IZQUIERDO  | 1        |
| 537.426.0411 | FÓRCEPS DENTAL No. 69  | 1        |

XG

df

FICHA TÉCNICA

|                  |                              |  |  |  |  |
|------------------|------------------------------|--|--|--|--|
| ÁREA REQUERENTE  | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |
| CLAVE            | SIN CLAVE                    |  |  |  |  |
| NOMBRE GENÉRICO  |                              |  |  |  |  |
| SET DE EXODONCIA |                              |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53201                |                   | SET              | 51                  |

| CLAVE        | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   | CANTIDAD |
|--------------|--|----------|
| 537.426.0460 | FÓRCEPS DENTAL No. 53 DERECHO  | 1        |
| 537.565.0180 | LEGRA SELDIN   | 1        |
| 537.583.0048 | LIMA MILLER COLBURN (ESTRÍAS CRUZADAS)   | 1        |
| 537.583.0105 | LIMA MILLER COLBURN (ESTRÍAS HORIZONTALES)   | 1        |
| 1            | AUTOCLAVABLE   |          |
| 2            | FABRICADO EN ACERO INOXIDABLE  |          |
| 3            | <b>GARANTÍA:</b>   |          |
| 3.1          | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS. A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA  |          |
| 4            | <b>NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>  |          |
| 4.1          | Nacional: Certificado de buenas prácticas de manufactura expedida por la COFEPRIS o similar reconocido internacionalmente en caso de extranjeros o cualquiera de las siguientes: ISO 13485 e ISO 9001  |          |
| 4.2          | Internacional: Cumplimiento de control de calidad de productos y materia prima acreditando las siguientes normas y estándares: Council directiva 93/42 eec of 14. June 1993, concerning medical devices; ISO 783, ISO 4957, ISO 7153, DIN 1774-1985, DIN 17442-1977, ASTM-E353-84 O ASTM F 899 |          |
| 4.3          | Si es necesario agregar DOF vigente y señalizado el artículo   |          |
| 4.4          | Documentos vigentes y legibles   |          |
| 4.5          | Certificado de origen de fabricación y mano de obra  |          |
| 4.6          | Certificado de materia prima: acero inoxidable o acero inoxidable con aleaciones de cadmio, de titanio o de níquel, no debe incluir carbono.   |          |
| 4.7          | Compromiso de sustituir los bienes defectuosos o en caso de vicios ocultos   |          |
|              |  |          |

AUTORIZÓ  
DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

ELABORÓ  
C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

VALIDÓ  
DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

FICHA TÉCNICA

|                        |                              |  |  |  |  |
|------------------------|------------------------------|--|--|--|--|
| ÁREA REQUERENTE        | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |
| CLAVE                  | SIN CLAVE                    |  |  |  |  |
| NOMBRE GENÉRICO        |                              |  |  |  |  |
| SET DE ODONTOPODIATRÍA |                              |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53201                |                   | SET              | 7                   |

| CLAVE        | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS  | CANTIDAD |
|--------------|---|----------|
| S/C          | ESTUCHE DE FÓRCEPS INGLÉS INFANTILES (INCLUYE 7 PIEZAS: 560, 561, 562, 563, 565, 566 Y 567)   | 1        |
| S/C          | ESTUCHE DE FÓRCEPS TIPO AMERICANO INFANTIL (INCLUYE 8 PIEZAS: 10 SK, 23 SK, 12 SK, 69 SK, 222 SK, 99 SK, 151 SK Y 150 SK)   | 1        |
| S/C          | ESPÁTULA PARA RESINA DE TEFLÓN PARA POSTERIORES   | 1        |
| S/C          | ESPÁTULA PARA RESINA DE TEFLÓN PARA ANTERIORES  | 1        |
| 537.020.0163 | ALICATE JOHNSON DE ACERO INOXIDABLE LONGITUD 130 mm.  | 1        |
| 537.426.0015 | FÓRCEPS DENTAL TIPO KLEIN, INFANTIL No. 151 1/2 S   | 1        |
| 537.426.0502 | FÓRCEPS PARA ODONTECTOMÍAS TIPO KLEIN, DEL No. 6  | 1        |
| 537.426.0544 | FÓRCEPS PARA ODONTECTOMÍAS TIPO KLEIN, DEL No. 3  | 1        |
| 537.857.0013 | TIJERA PARA CORONAS METÁLICAS, CURVA, AGUDA, LONGITUD 10.5  | 1        |
| 537.012.0155 | ABREBOCAS MOLT, LONGITUD 10 CM  | 1        |
| 537.012.0148 | ABREBOCA Mc KEISSON, INFANTIL (JUEGO DE 3 PIEZAS)   | 1        |
| S/C          | JUEGO DE EXPLORACIÓN BÁSICO INFANTIL (1 X 4) CONSTA DE EXPLORADOR, PINZA DE CURACIÓN, MANGO PARA ESPEJO, ESPEJO NÚM. 3 Y CUCHARILLA DE DENTINA  | 10       |
| 1            | AUTOCLAVABLE  |          |
| 2            | FABRICADO EN ACERO INOXIDABLE   |          |
| 3            | <b>GARANTÍA:</b>  |          |
| 3.1          | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VÍCIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA.  |          |
| 4            | <b>NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>   |          |
| 4.1          | Nacional: Certificado de buenas prácticas de manufactura expedida por la COFEPRIS o similar reconocido internacionalmente en caso de extranjeros o cualquiera de las siguientes: ISO 13485 e ISO 9001   |          |
| 4.2          | Internacional: Cumplimiento de control de calidad de productos y materia prima acreditando las siguientes normas y estándares: Council directiva 93/42 eec of 14. June 1993, concerning medical devices; ISO 783, ISO 4957, ISO 7153, DIN 1774-1985, DIN 17442-1977, ASTM-E353-84 O ASTMF 899 |          |
| 4.3          | Si es necesario agregar DOF vigente y señalizado el artículo  |          |
| 4.4          | Documentos vigentes y legibles  |          |
| 4.5          | Certificado de origen de fabricación y mano de obra   |          |
| 4.6          | Certificado de materia prima: acero inoxidable o acero inoxidable con aleaciones de cadmio, de titanio o de níquel, no debe incluir carbono.  |          |
| 4.7          | Compromiso de sustituir los bienes defectuosos o en caso de vicios ocultos  |          |

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

ELABORÓ

C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

VALIDÓ

DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

| FICHA TÉCNICA            |   |                      |                   |                  |                     |          |
|--------------------------|---|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|----------|
| ÁREA REQUERENTE          | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA  |                      |                   |                  |                     |          |
| CLAVE                    | SIN CLAVE   |                      |                   |                  |                     |          |
| NOMBRE GENÉRICO          |   |                      |                   |                  |                     |          |
| SET DE OPERATORIA DENTAL |   |                      |                   |                  |                     |          |
| ORIGEN DEL RECURSO       | PROCESO   | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |          |
| ASE LÍQUIDA 2024         | 21998   | 53201                |                   | SET              | 51                  |          |
| CLAVE                    | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS  |                      |                   |                  |                     | CANTIDAD |
| S/C                      | PISTOLA APLICADORA DE CÁPSULAS (PARA VIDRIO HÍBRIDO)  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.065.0052             | APLICADOR DE HIDROXIDO DE CALCIO  |                      |                   |                  |                     | 5        |
| 537.079.0015             | ARCO YOUNG PORTA DIQUE DE HULE  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| S/C                      | CAJA METÁLICA CON TAPA PARA INSTRUMENTAL 20X 10 X 4.5 CM  |                      |                   |                  |                     | 2        |
| 537.370.0029             | ESPÁTULA METÁLICA DEL N.º 3 DE DOBLE EXTREMO UNO RECTANGULAR Y OTRO DE PUNTA DE LANZA   |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.547.0019             | JERINGA CARPULE CON ADAPTADOR PARA AGUJA DESECHABLE CALIBRE 27 LARFA O CORTA ENTRADA UNIVERSAL O ESTADAR. HENDIDURA PARA INTRODUCIR CARTUCHO DE ANESTÉSICO DESECHABLE DE 1.8ML DOS ALETAS EN EL CUERPO PARA APOYAR INDICE Y MEDIO. EMBOLÓ CON ANILLO PARA EL DEDO PULGAR Y ESPIRAL AGUDA EN EL EXTREMO O PUESTO (EN CONTACTO CON LA GOMA DEL CARTUCHO). |                      |                   |                  |                     | 10       |
| 537.702.0531             | PINZA BREWER PORTA GRAPAS PARA DIQUE DE HULE LONGITUD DE 170 A 175MM  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.703.7493             | PINZA AINSWORTH LONGITUD DE 180 A 165 MM  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.719.0052             | PORTA MATRIZ. PORTA MATRIZ PARA BANDA DE CELULOIDE  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 537.860.0018             | TIRAPUENTE. TIRAPUENTE MILLER CON TRES PUNTAS DIFERENTES  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| S/C                      | JUEGO DE 4 Ó 5 ESPÁTULAS PARA RESINA DE TEFLÓN DE DIFERENTES PUNTAS   |                      |                   |                  |                     | 1        |
| S/C                      | JUEGO DE PROFILAXIS 8 INSTRUMENTOS  |                      |                   |                  |                     | 1        |
| S/C                      | JUEGO DE ALGODONERA SUCIO Y LIMPIO. ENVASE DE ACERO   |                      |                   |                  |                     | 1        |
| 1                        | AUTOCLAVABLE  |                      |                   |                  |                     |          |
| 2                        | FABRICADO EN ACERO INOXIDABLE   |                      |                   |                  |                     |          |
| 3                        | GARANTÍA:   |                      |                   |                  |                     |          |
| 3.1                      | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VÍCIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA.  |                      |                   |                  |                     |          |
| 4                        | NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:  |                      |                   |                  |                     |          |
| 4.1                      | Nacional: Certificado de buenas prácticas de manufactura expedida por la COFEPRIS o similar reconocido internacionalmente en caso de extranjeros o cualquiera de las siguientes: ISO 13485 e ISO 9001   |                      |                   |                  |                     |          |
| 4.2                      | Internacional: Cumplimiento de control de calidad de productos y materia prima acreditando las siguientes normas y estándares: Council directiva 93/42 eec of 14. June 1993, concerning medical devices; ISO 783, ISO 4957, ISO 7153, DIN 1774-1985, DIN 17442-1977, ASTM-E353-84 O ASTM 899  |                      |                   |                  |                     |          |
| 4.3                      | Si es necesario agregar DOF vigente y señalizado el artículo  |                      |                   |                  |                     |          |
| 4.4                      | Documentos vigentes y legibles  |                      |                   |                  |                     |          |
| 4.5                      | Certificado de origen de fabricación y mano de obra   |                      |                   |                  |                     |          |
| 4.6                      | Certificado de materia prima: acero inoxidable o acero inoxidable con aleaciones de cadmio, de titanio o de níquel, no debe incluir carbono.  |                      |                   |                  |                     |          |
| 4.7                      | Compromiso de sustituir los bienes defectuosos o en caso de vicios ocultos  |                      |                   |                  |                     |          |

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

ELABORÓ

C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

VALIDÓ

DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

## FICHA TÉCNICA

|                   |                              |  |  |  |  |
|-------------------|------------------------------|--|--|--|--|
| ÁREA REQUERENTE   | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |
| CLAVE             | SIN CLAVE                    |  |  |  |  |
| NOMBRE GENÉRICO   |                              |  |  |  |  |
| SET DE ORTODONCIA |                              |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53201                |                   | SET              | 8                   |

| CLAVE         | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS                               | CANTIDAD |
|---------------|--|----------|
| 537.020.0122  | ALICATE DOBLADOR ADERER CON PUNTA DE TRES PICOS            | 1        |
| 5,377,140,016 | PORTA IMPRESIÓN PARA DENTADO, TAMAÑO ADULTO. METÁLICAS     | 1        |
| 537.714.0024  | PORTA IMPRESIÓN PARA DENTADO, TAMAÑO INFANTIL              | 1        |
| 537.857.0237  | TIJERA PARA ALAMBRE, UNIVERSAL, LONGITUD 12 CM             | 1        |
| S/C           | ASENTADOR DE BANDAS  | 1        |
| S/C           | PINZA DE CORTE DE ALAMBRE GRUESO                           | 1        |
| S/C           | PINZA DE CORTE DE ALAMBRE MINI PIN Y LIGADURA              | 1        |
| S/C           | PINZA DE LA ROSA PARA DOBLAR ARCOS                         | 1        |
| S/C           | ALICATE DE DOS PICOS                                       | 1        |
| S/C           | DIRECTOR DE LIGADURA                                       | 1        |
| S/C           | PINZA HOW RECTA  | 1        |
| S/C           | PINZA HOW CURVA  | 1        |
| S/C           | PINZA MATHIEU PUNTA FINA PARA ORTODONCIA                   | 1        |
| S/C           | PINZA PORTABRACKETS PUNTA DELGADA                          | 1        |
| S/C           | PINZA PORTA TUBOS DE ORTODONCIA                            | 1        |
| S/C           | PINZA QUITABANDAS CORTA                                    | 1        |
| S/C           | PINZA QUITABANDAS LARGA                                    | 1        |
| S/C           | PINZA QUITABRACKETS  | 1        |
| S/C           | PINZA WEINGART PUNTA DELGADA                               | 1        |
| S/C           | PINZA PARA ELÁSTICOS Y SEPARADORES 16 *2.5 *10 CM          | 1        |
| S/C           | DINAMOMÉTRO  | 1        |
| S/C           | POSICIONADOR DE BRACKETS ALEXANDER .022                    | 1        |
| S/C           | POSICIONADOR DE BRACKETS TIPO ESTRELLA DE CUATRO ALTURAS   | 1        |
| S/C           | RETRACTOR DE CARRILLO Y LENGUA ADULTO E INFANTIL CON METAL | 1        |



FICHA TÉCNICA

|                   |                              |  |  |  |  |
|-------------------|------------------------------|--|--|--|--|
| ÁREA REQUERENTE   | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |
| CLAVE             | SIN CLAVE                    |  |  |  |  |
| NOMBRE GENÉRICO   |                              |  |  |  |  |
| SET DE ORTODONCIA |                              |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 53201                |                   | SET              | 8                   |

| CLAVE | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   | CANTIDAD |
|-------|--|----------|
| 1     | AUTOCLAVABLE   |          |
| 2     | FABRICADO EN ACERO INOXIDABLE  |          |
| 3     | GARANTÍA:  |          |
| 3.1   | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA.   |          |
| 4     | NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:   |          |
| 4.1   | Nacional: Certificado de buenas prácticas de manufactura expedida por la COFEPRIS o similar reconocido internacionalmente en caso de extranjeros o cualquiera de las siguientes: ISO 13485 e ISO 9001  |          |
| 4.2   | Internacional: Cumplimiento de control de calidad de productos y materia prima acreditando las siguientes normas y estándares: Council directiva 93/42 eec of 14. June 1993, concerning medical devices; ISO 783, ISO 4957, ISO 7153, DIN 1774-1985, DIN 17442-1977, ASTM-E353-84 O ASTM 899 |          |
| 4.3   | Si es necesario agregar DOF vigente y señalizado el artículo   |          |
| 4.4   | Documentos vigentes y legibles   |          |
| 4.5   | Certificado de origen de fabricación y mano de obra  |          |
| 4.6   | Certificado de materia prima: acero inoxidable o acero inoxidable con aleaciones de cadmio, de titanio o de níquel, no debe incluir carbono.   |          |
| 4.7   | Compromiso de sustituir los bienes defectuosos o en caso de vicios ocultos   |          |
|       |  |          |

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

ELABORÓ

C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

VALIDÓ

DR. CARLOS CASTAÑEDA FERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

| FICHA TÉCNICA      |  |                              |                   |                  |                     |
|--------------------|--|------------------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ÁREA REQUERENTE    |  | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |                   |                  |                     |
| CLAVE              |  | SIN CLAVE                    |                   |                  |                     |
| NOMBRE GENÉRICO    |  |                              |                   |                  |                     |
| SET DE PERIODONCIA |  |                              |                   |                  |                     |
| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO  | PARTIDA PRESUPUESTAL         | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998  | 53201                        |                   | SET              | 2                   |
| CLAVE              | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |                              |                   |                  | CANTIDAD            |
| 060.830.7237       | SONDA PARODONTAL.<br>a). PUNTA DE TRABAJO ROMA<br>b). MILIMETRADA DE 1 A 10  |                              |                   |                  | 1                   |
| 537.173.2511       | SONDA PERIODONTAL W Ó WHO<br>a). EXTREMO EN FORMA DE BOLA<br>b). 0.5 MILÍMETROS DE DIÁMETRO<br>c). INDICADOR DE CALIBRACIÓN EN PARTE ACTIVA (CODIFICADA)<br>d). 11.5 mm DE LARGO   |                              |                   |                  | 1                   |
| 537.327.0700       | CURETAS GRACEY.<br>a). MEDIDAS: 1/2, 7/8, 17/18, 15/16, 5/6, 11/12, 9/10, 13/14, 3/4.<br>b). JUEGO CON 9 CURETAS   |                              |                   |                  | 1                   |
| 537.251.0098       | CURETA CK-6<br>a). MANGO CON DOBLE EXTREMO<br>b). DISEÑADO PARA ELIMINAR CÁLCULOS SUPRAGINGIVALES  |                              |                   |                  | 1                   |
| 537.105.0179       | BISTURÍ GOLDMAN FOX No. 7<br>a). ANGULACIONES ESPECIALES PARA INCISIONES DE BISEL LARGAS.<br>b). FORMA DE LA HOJA OVALADA.   |                              |                   |                  | 1                   |
| S/C                | SONDA NABERS PARA FURCA 2N   |                              |                   |                  | 1                   |
| 1                  | AUTOCLAVABLE   |                              |                   |                  |                     |
| 2                  | FABRICADO EN ACERO INOXIDABLE  |                              |                   |                  |                     |
| 3                  | GARANTÍA:  |                              |                   |                  |                     |
| 3.1                | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA.   |                              |                   |                  |                     |
| 4                  | NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:   |                              |                   |                  |                     |
| 4.1                | Nacional: Certificado de buenas prácticas de manufactura expedida por la COFEPRIS o similar reconocido internacionalmente en caso de extranjeros o cualquiera de las siguientes: ISO 13485 e ISO 9001  |                              |                   |                  |                     |
| 4.2                | Internacional: Cumplimiento de control de calidad de productos y materia prima acreditando las siguientes normas y estándares: Council directiva 93/42 eec of 14. June 1993, concerning medical devices; ISO 783, ISO 4957, ISO 7153, DIN 1774-1985, DIN 17442-1977, ASTM-E353-84 O ASTM 899 |                              |                   |                  |                     |
| 4.3                | Si es necesario agregar DOF vigente y señalizado el artículo   |                              |                   |                  |                     |
| 4.4                | Documentos vigentes y legibles   |                              |                   |                  |                     |
| 4.5                | Certificado de origen de fabricación y mano de obra  |                              |                   |                  |                     |
| 4.6                | Certificado de materia prima: acero inoxidable o acero inoxidable con aleaciones de cadmio, de titanio o de níquel, no debe incluir carbono.   |                              |                   |                  |                     |
| 4.7                | Compromiso de sustituir los bienes defectuosos o en caso de vicios ocultos   |                              |                   |                  |                     |

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

ELABORÓ

C. D. ELEANA ELIZABETH ANGONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

VALIDÓ

DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

| FICHA TÉCNICA                            |  |                      |                   |                  |                     |
|--|--|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ÁREA REQUERENTE                          | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA   |                      |                   |                  |                     |
| CLAVE                                    | SIN CLAVE  |                      |                   |                  |                     |
| NOMBRE GENÉRICO                          |  |                      |                   |                  |                     |
| ESCRITORIO EJECUTIVO CON CAJÓN ARCHIVERO |  |                      |                   |                  |                     |
| ORIGEN DEL RECURSO                       | PROCESO  | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
| ASE LÍQUIDA 2024                         | 21998  | 51101                |                   | MOBILIARIO       | 21                  |
| NÚM.                                     | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |                      |                   |                  |                     |
| 1  | ESCRITORIO EJECUTIVO CON PEDESTAL DERECHO  |                      |                   |                  |                     |
| 2  | CON DOS CAJONERAS Y CON JALADERA CADA UNA, COMO MÍNIMO   |                      |                   |                  |                     |
| 3  | CUBIERTA Y LATERALES EN BASTIDOR DE MADERA CONTRACHAPADO DE PINO DE PRIMERA O AGLOMERADO DE MANERA DE 2.8 A 3.1. CM DE ESPESOR, ACABADO EN CHAPA DE ENCINO EN BARNIZ NATURAL |                      |                   |                  |                     |
| 4  | ACABADO EN LOS FRENTES CON CHAPA DE ENCINO EN BARNIZ NATURAL   |                      |                   |                  |                     |
| 5  | CHAPA DE SEGURIDAD EN AL MENOS UN CAJÓN, CON DOS LLAVES  |                      |                   |                  |                     |
| 6  | REGATONES AJUSTABLES EN TODAS SUS PATAS  |                      |                   |                  |                     |
| 7  | DIMENSIONES APROXIMADAS: LARGO 120 CM x 70 CM DE ANCHO x 75 CM DE ALTO   |                      |                   |                  |                     |
| 8  | TOLERANCIA EN LAS DIMENSIONES GENERALES +/- 5%   |                      |                   |                  |                     |
| 9  | GARANTÍA:  |                      |                   |                  |                     |
| 9.1.                                     | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA  |                      |                   |                  |                     |
| 10                                       | INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:  |                      |                   |                  |                     |
| 10.1.                                    | NO NECESARIO. SE REALIZARÁ EN LA UNIDAD DESTINO  |                      |                   |                  |                     |
| 11                                       | NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:   |                      |                   |                  |                     |
| 11.1.                                    | PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:  |                      |                   |                  |                     |
| 11.1.1.                                  | CERTIFICADO DE CALIDAD DEL BIEN OFERTADO, EMITIDO POR UN ORGANISMO OFICIAL ACREDITADO, CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA                         |                      |                   |                  |                     |
| 11.1.2.                                  | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001, CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA   |                      |                   |                  |                     |
| 11.1.3.                                  | DOF CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO   |                      |                   |                  |                     |
| 11.2.                                    | PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:   |                      |                   |                  |                     |
| 11.2.1.                                  | CERTIFICADO DE CALIDAD DEL BIEN OFERTADO, EMITIDO POR UN ORGANISMO OFICIAL ACREDITADO POR EL PAÍS DE ORIGEN, CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA   |                      |                   |                  |                     |
| 11.2.2.                                  | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001, CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA   |                      |                   |                  |                     |
| 11.2.3.                                  | DOF CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO   |                      |                   |                  |                     |

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

ELABORÓ

C. D. ELENA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

VALIDÓ

DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

| <b>FICHA TÉCNICA</b> |  |
|----------------------|--|
|----------------------|--|

|                        |                              |  |
|------------------------|------------------------------|--|
| <b>ÁREA REQUERENTE</b> | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |
| <b>CLAVE</b>           | SIN CLAVE                    |  |
| <b>NOMBRE GENÉRICO</b> |                              |  |
| <b>MUEBLE RODANTE</b>  |                              |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 51101                |                   | MOBILIARIO       | 24                  |

| NÚM.    | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |
|---------|--|
| 1       | MUEBLE RODANTE O CARRO CAJONERO PARA AUXILIAR EN EL CONSULTORIO DENTAL CON CUATRO CAJONES Y UNA GAVETA   |
| 2       | FABRICADA EN MADERA CON CUBIERTA DE FORMAICA COLOR BLANCO  |
| 3       | BASE CON RUEDAS DESLIZABLES CON SEGURO DE PEDAL  |
| 4       | TRES PRIMEROS CAJONES DE DIMENSIÓN APROXIMADA DE 10 CM DE ALTO, CUARTO CAJÓN DE 15 CM DE ALTO Y GAVETA DE 27 CM +/-  |
| 5       | CADA CAJÓN CON CHAROLA DE PLÁSTICO PORTA MATERIAL O PORTA INSTRUMENTOS CON DIVISIONES EXTRAÍBLE PARA LAVADO Y LIMPIEZA   |
| 6       | PESO TOTAL DE MÁXIMO 20 KG   |
| 7       | DIMENSIONES: ANCHO 50 CM., LARGO 44 CM Y ALTURA 76 CM.   |
| 8       | CUBIERTA SUPERIOR CON BORDES ANTIDESLIZABLES   |
| 9       | CON MANERALES EN CADA CAJÓN, EN GAVETA Y A AMBOS LADOS   |
| 10      | <b>GARANTÍA:</b>   |
| 10.1.   | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VÍCOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA.   |
| 11      | <b>MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO:</b>  |
| 11.1.   | DESPUÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA, DEBE REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA.  |
| 11.2.   | DEBERÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. |
| 12      | <b>INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:</b>   |
| 12.1.   | LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO DEBERÁ DE REALIZARSE EN CADA UNIDAD MÉDICA DESTINO DE ACUERDO AL CONTRATO, POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.   |
| 12.2.   | CONTEMPLAR TODAS LAS ADECUACIONES NECESARIAS A LA INFRAESTRUCTURA, INSTALACIONES ELÉCTRICAS E HIDROSANITARIAS EN EL LUGAR DESTINO, PARA QUE EL EQUIPO FUNCIONE ADECUADAMENTE EN LOS RANGOS QUE INDICA EL FABRICANTE, ANEXANDO DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA VISITA A LA UNIDAD MÉDICA DESTINO Y LAS NOTAS CON LAS OBSERVACIONES DE LAS ADECUACIONES.                     |
| 12.3.   | CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TODOS LOS TURNOS, SIN QUE GENERE COSTO EXTRA. LAS CAPACITACIONES SE DARÁN PARA EL ÁREA MÉDICA (ESTOMATÓLOGOS) Y ASÍ MISMO PARA EL ÁREA TÉCNICA (INGENIEROS BIOMÉDICOS, MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES, ETC.)   |
| 12.4.   | LAS CAPACITACIONES DEBERÁN REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO. ANEXANDO A LA PROPUESTA TÉCNICA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHAS CAPACITACIONES DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.   |
| 13      | <b>NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:</b>  |
| 13.1.   | PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:  |
| 13.1.1. | CERTIFICADO VIGENTE DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN EXPEDIDO POR LA COFEPRIS  |
| 13.1.2. | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |
| 13.1.3. | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |
| 13.2.   | PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO DE:   |
| 13.2.1. | CERTIFICADO FDA O CE O JIS O EL EQUIVALENTE EN EL PAÍS DE ORIGEN VIGENTES  |
| 13.2.2. | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001 Y/O ISO:13485  |
| 13.2.3. | REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR COFEPRIS O DOF   |

## FICHA TÉCNICA

|                 |                              |
|-----------------|------------------------------|
| ÁREA REQUERENTE | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |
| CLAVE           | SIN CLAVE                    |
| NOMBRE GENÉRICO |                              |
| MUEBLE RODANTE  |                              |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 51101                |                   | MOBILIARIO       | 24                  |

| NÚM.  | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |
|-------|--|
| 14    | MANUALES DE OPERACIÓN Y/O SERVICIO   |
| 14.1. | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR POR ESCRITO EN FORMATO FÍSICO Y DIGITAL, EL MANUAL DE OPERACIÓN DEL FABRICANTE EN ESPAÑOL. EN CASO DE QUE EL MANUAL SE ENCUENTRE EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, DEBERÁ ENTREGAR MANUAL ORIGINAL JUNTO CON UNA TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL. |
| 14.2. | EL SOFTWARE DE LOS EQUIPOS DEBERÁ DE ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL   |
| 14.3. | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR MANUAL DE SERVICIO ORIGINAL  |

AUTORIZO

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

VALIDÓ

DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIAC. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

| FICHA TÉCNICA                            |  |                      |                   |                  |                     |
|--|--|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ÁREA REQUERENTE                          | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA   |                      |                   |                  |                     |
| CLAVE                                    | SIN CLAVE  |                      |                   |                  |                     |
| NOMBRE GENÉRICO                          |  |                      |                   |                  |                     |
| PUPITRE ESMALTADO CON PALETA DE PLÁSTICO |  |                      |                   |                  |                     |
| ORIGEN DEL RECURSO                       | PROCESO  | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
| ASE LÍQUIDA 2024                         | 21998  | 51101                |                   | MOBILIARIO       | 5                   |
| NÚM.                                     | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |                      |                   |                  |                     |
| 1  | DIMENSIONES GENERALES APROXIMADAS: LARGO 50 CM (19.7") x ANCHO 58 CM (22.8") x ALTO 72 CM (28.3")  |                      |                   |                  |                     |
| 2  | ESTRUCTURA FABRICADA EN TUBO DE ACERO DE 1/2" CALIBRE No. 18, ACABADO EN ESMALTE ALQUÍDÁLICO ELECTROSTÁTICO COLOR NEGRO.   |                      |                   |                  |                     |
| 3  | ASIENTO CON DISEÑO ERGONÓMICO, FABRICADO EN UNA SOLA PIEZA COLOR NEGRO DE POLIPROPILENO DE ALTO IMPACTO  |                      |                   |                  |                     |
| 4  | PALETA DE TRABAJO FABRICADA EN POLIPROPILENO DE ALTA DENSIDAD COLOR NEGRO  |                      |                   |                  |                     |
| 5  | GARANTÍA:  |                      |                   |                  |                     |
| 5.1.                                     | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA.  |                      |                   |                  |                     |
| 6  | INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:  |                      |                   |                  |                     |
| 6.1.                                     | NO NECESARIO. SE REALIZARÁ EN LA UNIDAD DESTINO  |                      |                   |                  |                     |
| 7  | NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:   |                      |                   |                  |                     |
| 7.1.                                     | PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:  |                      |                   |                  |                     |
| 7.1.1.                                   | CERTIFICADO DE CALIDAD DEL BIEN OFERTADO, EMITIDO POR UN ORGANISMO OFICIAL ACREDITADO, CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA                       |                      |                   |                  |                     |
| 7.1.2.                                   | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001, CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA   |                      |                   |                  |                     |
| 7.1.3.                                   | DOF CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO   |                      |                   |                  |                     |
| 7.2.                                     | PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:   |                      |                   |                  |                     |
| 7.2.1.                                   | CERTIFICADO DE CALIDAD DEL BIEN OFERTADO, EMITIDO POR UN ORGANISMO OFICIAL ACREDITADO POR EL PAÍS DE ORIGEN, CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA |                      |                   |                  |                     |
| 7.2.2.                                   | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001, CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA   |                      |                   |                  |                     |
| 7.2.3.                                   | DOF CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO   |                      |                   |                  |                     |

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

ELABORÓ

C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

VALIDÓ

DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

FICHA TÉCNICA

|                               |                              |  |  |  |  |  |
|-------------------------------|------------------------------|--|--|--|--|--|
| ÁREA REQUERENTE               | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA |  |  |  |  |  |
| CLAVE                         | 511.814.0127                 |  |  |  |  |  |
| NOMBRE GENÉRICO               |                              |  |  |  |  |  |
| SILLA FIJA ACOJINADA APILABLE |                              |  |  |  |  |  |

| ORIGEN DEL RECURSO | PROCESO | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
|--------------------|---------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ASE LÍQUIDA 2024   | 21998   | 51101                |                   | MOBILIARIO       | 40                  |

| NÚM.    | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS   |
|---------|--|
| 1       | RESPALDO Y ASIENTO CON BASTIDOR DE PINO DE PRIMERA DE 12.7 mm (1/2") DE ESPESOR Y BASE DE MADERA CONTRACHAPADA DE PINO DE PRIMERA DE 12.7 mm (1/2") DE ESPESOR, ESPUMA DE POLIURETANO DE 24 KG/M <sup>3</sup> DE DENSIDAD. |
| 2       | ACABADO EN VINILO TIPO PIEL ACORDONADO EN LAS COSTURAS Y ENGRAPADO COLOR NEGRO   |
| 3       | ESTRUCTURA   |
| 3.1.    | REFORZADA DE TUBULAR CUADRADO DE ACERO DE 19 MM (3/4") CALIBRE No. 18  |
| 3.2.    | ACABADO CROMADO  |
| 4       | DIMENSIONES GENERALES: LARGO 49 CM (19.3") x ANCHO 41 CM (16") x ALTO 81 CM (31.9")  |
| 5       | QUE SOPORTE UN PESO DE 200 KG COMO MÍNIMO  |
| 6       | CON REFUERZO EN TODAS LAS UNIONES DE LA ESTRUCTURA   |
| 7       | CON REFUERZO DE TUBO DE ACERO ENTRE LAS 4 PATAS  |
| 8       | TOLERANCIA EN LAS DIMENSIONES GENERALES +/- 10%  |
| 9       | GARANTÍA:  |
| 9.1.    | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VICIOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA.  |
| 10      | INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:  |
| 10.1.   | NO NECESARIO. SE REALIZARÁ EN LA UNIDAD DESTINO  |
| 11      | NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:   |
| 11.1.   | PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:  |
| 11.1.1. | CERTIFICADO DE CALIDAD DEL BIEN OFERTADO, EMITIDO POR UN ORGANISMO OFICIAL ACREDITADO, CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA   |
| 11.1.2. | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001, CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA   |
| 11.1.3. | DOF CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO   |
| 11.2.   | PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:   |
| 11.2.1. | CERTIFICADO DE CALIDAD DEL BIEN OFERTADO, EMITIDO POR UN ORGANISMO OFICIAL ACREDITADO POR EL PAÍS DE ORIGEN, CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA   |
| 11.2.2. | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001, CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA   |
| 11.2.3. | DOF CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO   |

AUTORIZÓ

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA

VALIDÓ

C. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

DR. CARLOS CASTAÑEDA FERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

| FICHA TÉCNICA                               |   |                      |                   |                  |                     |
|---|---|----------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| ÁREA REQUERENTE                             | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA  |                      |                   |                  |                     |
| CLAVE                                       | 511.836.0287  |                      |                   |                  |                     |
| NOMBRE GENÉRICO                             |   |                      |                   |                  |                     |
| SILLÓN GIRATORIO EJECUTIVO DE RESPALDO ALTO |   |                      |                   |                  |                     |
| ORIGEN DEL RECURSO                          | PROCESO   | PARTIDA PRESUPUESTAL | UNIDAD APLICATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA |
| ASE LIQUIDA 2024                            | 21998   | 51101                |                   | MOBILIARIO       | 24                  |
| NÚM.  | ESPECIFICACIONES SOLICITADAS  |                      |                   |                  |                     |
| 1   | MOVIMIENTO GIRATORIO DE 360 GRADOS CON CONTROL DE AJUSTE DE TENSIÓN, CON BLOQUEO PARA RECLINACIÓN DE MÚLTIPLES POSICIONES Y CONTROL DE AJUSTE DE TENSIÓN DEL RESPALDO   |                      |                   |                  |                     |
| 2   | SISTEMA DE ELEVACIÓN MEDIANTE PISTÓN NEUMÁTICO DE GAS NITRÓGENO, CON DOS CÁMARAS DE COMPRESIÓN (COMPRESIÓN/EXPANSIÓN), CON SISTEMA DE BLOQUEO EN DIFERENTES ALTURAS, INSERTADOS SOBRE LA BASE DE 5 APOYOS.                            |                      |                   |                  |                     |
| 3   | AJUSTE DE ALTURA A DIFERENTES POSICIONES DEL ASIENTO A BASE DE UN SISTEMA DE PALANCAS METÁLICAS   |                      |                   |                  |                     |
| 4   | DESCANSABRAZOS FIJOS DE POLIURETANO CON ALMA DE ACERO, SUJETOS AL ASIENTO Y RESPALDO.   |                      |                   |                  |                     |
| 5   | BASE CON CINCO PUNTOS DE APOYO, GIRO DE 360 GRADOS, DIÁMETRO MÍNIMO DE 26", FABRICADO EN ACERO TUBULAR, QUE SOPORTE UN PESO DE 175 KG COMO MÍNIMO, CADA APOYO CON RODAJAS GEMELAS DE DOBLE HUELLA DE 2" COMO MÍNIMO, INTERCAMBIABLES. |                      |                   |                  |                     |
| 6   | RESPALDO CON MOLDEADO CURVO QUE PROPORCIONE SOPORTE LUMBAR CONTINUO   |                      |                   |                  |                     |
| 7   | ACOJINAMIENTO DE ASIENTO Y RESPALDO A BASE DE POLIURETANO INYECTADO Y MOLDEADO, TAPIZADO EN TELA RESISTENTE COLOR NEGRO   |                      |                   |                  |                     |
| 8   | PLACA SOPORTE DE LÁMINA DE ACERO, ENSAMBLADA AL MECANISMO DE GIRO Y ACOPLADA AL ASIENTO EN CUATRO PUNTOS DE APOYO COMO MÍNIMO   |                      |                   |                  |                     |
| 9   | GARANTÍA:   |                      |                   |                  |                     |
| 9.1.  | GARANTÍA MÍNIMA DE DOS AÑOS (24 MESES) CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y VÍCOS OCULTOS, A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA.  |                      |                   |                  |                     |
| 10  | INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO:   |                      |                   |                  |                     |
| 10.1.                                       | NO NECESARIO. SE REALIZARÁ EN LA UNIDAD DESTINO   |                      |                   |                  |                     |
| 11  | NORMAS/ CERTIFICACIONES/ REGISTRO SANITARIO VIGENTE O DOF:  |                      |                   |                  |                     |
| 11.1.                                       | PARA BIENES DE ORIGEN NACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:   |                      |                   |                  |                     |
| 11.1.1.                                     | CERTIFICADO DE CALIDAD DEL BIEN OFERTADO, EMITIDO POR UN ORGANISMO OFICIAL ACREDITADO, CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA  |                      |                   |                  |                     |
| 11.1.2.                                     | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001, CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA  |                      |                   |                  |                     |
| 11.1.3.                                     | DOF CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO  |                      |                   |                  |                     |
| 11.2.                                       | PARA BIENES DE ORIGEN INTERNACIONAL, PRESENTAR COPIA SIMPLE Y DEBIDAMENTE REFERENCIADA DE:  |                      |                   |                  |                     |
| 11.2.1.                                     | CERTIFICADO DE CALIDAD DEL BIEN OFERTADO, EMITIDO POR UN ORGANISMO OFICIAL ACREDITADO POR EL PAÍS DE ORIGEN, CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA  |                      |                   |                  |                     |
| 11.2.2.                                     | CERTIFICADO DE CALIDAD VIGENTE ISO:9001, CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA  |                      |                   |                  |                     |
| 11.2.3.                                     | DOF CON COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO ANEXADO A LA PROPUESTA TÉCNICA Y DEBIDAMENTE REFERENCIADO  |                      |                   |                  |                     |

AUTORIZO

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES PÉREZ GIL  
DIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICAC. D. ELEANA ELIZABETH ANCONA FERNÁNDEZ  
SUPERVISORA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

ELABORÓ

DR. CARLOS CASTAÑEDA HERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

VALIDÓ