



**ANEXO A**  
**SERVICIO SUBROGADO DE MEDICINA NUCLEAR**  
**PROPUESTA TÉCNICA**

**DELEGACIONES: CHIHUAHUA Y JUÁREZ.**

El licitante que resulte adjudicado deberá prestar el servicio materia de la presente licitación, de acuerdo a las condiciones que establezca la Convocante por conducto de la División de Servicios Subrogados, de conformidad con las características, requerimientos, condiciones y lugares que se establecen en este anexo, mismas que son enunciativas no limitativas.

**1.- DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**

El licitante adjudicado durante la vigencia del contrato de prestación del servicio subrogado de medicina nuclear, se compromete a prestar sus servicios a los pacientes de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua de acuerdo a las claves y descripciones que se especifican en el presente anexo.

**2.- PLAZO Y LUGAR DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

El servicio subrogado de medicina nuclear se prestará a partir del día el 01 de enero y hasta el día 31 de diciembre del año 2021, en la (s) sucursal (es) con las que cuente el licitante en las Ciudades de Chihuahua y/o Juárez, que resulte adjudicado a entera satisfacción de la Convocante, con la finalidad de cubrir las necesidades de los derechohabientes de la Institución.

**3.- REQUERIMIENTO DEL SERVICIO**

**3.1.-** La prestación del servicio quedara condicionada a la emisión de la Orden de Servicio Subrogado o Control médico con orden de internamiento misma que deberá especificar los siguientes datos:

- a) Nombre del derechohabiente
- b) Número de afiliación
- c) Servicio requerido
- d) Número de sesiones autorizadas
- e) Médico que lo ordena
- f) Firma y sello de la persona quien emite.

Con la Orden de Servicio Subrogado, el derechohabiente acudirá a las instalaciones del licitante adjudicado para la realización del (os) mismo (os).

**3.2.-** La prestación del servicio continuado deberá documentarse con el control médico.

En el caso de la prestación del servicio a paciente hospitalizado, el control de sesiones deberá estar firmado por el Coordinador Médico de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua.

**4.- SUPERVISIÓN DEL SERVICIO**

El personal de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua llevará a cabo acciones de evaluación y seguimiento a las condiciones de la prestación de servicio y las instalaciones del licitante adjudicado.



El licitante que resulte adjudicado deberá enviar mensualmente al Departamento de Servicios Subrogados de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, una relación electrónica en formato Excel, al correo [subrogadospce@chihuahua.gob.mx](mailto:subrogadospce@chihuahua.gob.mx), en cuyo formato como mínimo deberá de tener lo siguiente; número de factura, número de pensiones, nombre del paciente, fecha del servicio brindado, descripción, costo unitario e importe total.

### **5.- FORMA DE PAGO**

**5.1.-** Los servicios deberán ser facturados de manera quincenal y/o mensual, tomando como referencia la fecha en que se proporcionen los mismos, en caso de no hacerlo el licitante adjudicado perderá el derecho a exigir dicho pago.

**5.2.-** El pago se efectuará invariablemente por transferencia bancaria, dentro de los veinte días hábiles posteriores a la entrega del comprobante fiscal debidamente requisito incluyendo la validación del CFDI, mismo que deberá venir acompañado por los documentos comprobatorios de los servicios proporcionados: Orden de Servicio Subrogado, Interpretación y/o resultados según sea el caso y presentar una Relación electrónica en formato Excel vía correo electrónica el cual será proporcionado por la convocante, de "LOS PACIENTES" que contenga: número de factura, número de pensiones, nombre del paciente, fecha del servicio brindado, descripción, costo unitario y total

**5.3.-** Los comprobantes fiscales deberán ser emitidos a nombre de Pensiones Civiles del Estado, con domicilio en Avenida Teófilo Borunda Ortiz No. 2900, Col. Centro, C.P. 3100, con clave de registro federal de contribuyentes PCE-811216-FC3, los cuales deberán cumplir con los requisitos fiscales previstos en el artículo 29-A del Código Fiscal de la Federación, en la División de Control de Pagos de la Convocante, ubicada en el segundo piso de su Edificio Administrativo, en el que conste el periodo y concepto que la prestación del servicio a entera satisfacción de la Convocante.

---

**FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL**