



Salud
Construcción
de comunidad

XXIX SESIÓN ORDINARIA DEL COMITÉ DE ADQUISICIONES DEL OPD SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN, GOBIERNO MUNICIPAL 2018-2021, CON FECHA 22 DE MARZO DE 2021, PARA LA APERTURA DE PROPUESTAS DE LAS LICITACIONES LPCC-011/2021 Y LPCC-012/2021. OPD SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN

Buenos días, estimados integrantes e invitados de este Comité de Adquisiciones, sean bienvenidos, vamos a dar inicio a la Vigésima Novena Sesión Ordinaria del Comité de Adquisiciones de este Organismo, correspondiente al día jueves 22 de marzo del 2021, siendo las 10:04 horas.

Le solicito al Dr. Diego Vallejo Thomsen, Director Administrativo Secretario Ejecutivo de este comité, proceda a pasar lista de asistencia para verificar el quórum.



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500,
Col. Centro, C.P. 45100
Tel.: 3633 0929 y 3633 0352
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México.

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550,
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45157
Tels: 3818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz del Sur No.3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas.
Tels: 3631 9471 y 3134 4800

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No.750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tels: 3342 4743 y 3342 4751

CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
Carretera a Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tels: 3625 1328

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorritos
C.P. 45200. Tels: 3624 8323 y
3624 8324

CRUZ VERDE "LA NIÑA EVA"
Carretera a Colotlán No. 515.
Av. Juan Gil Preciado y calle 1.
C.P. 45200. Zapopan, Jalisco.

Correo Electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx

**1.- REGISTRO DE ASISTENCIA
DR. DIEGO VALLEJO THOMSEN**

Gracias Dr. Salvador García Uvence, buenos días a todos, procedo a nombrar lista.

DR. SALVADOR GARCÍA UVENCE
DIRECTOR GENERAL Y
PRESIDENTE DEL COMITÉ ADQUISICIONES OPD SSMZ / Presente

DR. DIEGO VALLEJO THOMSEN
DIRECTOR ADMINISTRATIVO DEL OPD SSMZ Y SECRETARIO EJECUTIVO
DEL COMITÉ DE ADQUISICIONES / Presente

L.C.P. GERARDO DE ANDA ARRIETA
TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL
DEL OPD SSMZ/ Presente

LIC. ARMANDO MORA FONSECA EN REPRESENTACIÓN DEL ING. XAVIER ORENDAIN DE OBESO
PRESIDENTE DE LA CÁMARA NACIONAL DE COMERCIO, SERVICIOS Y
TURISMO DE GUADALAJARA /Ausente

LIC. EDGAR ALEJANDRO FLORES RODRÍGUEZ EN REPRESENTACIÓN DEL ING. RUBÉN MASAYI GONZÁLEZ UYEDA
REPRESENTANTE DEL CONSEJO DE CÁMARAS INDUSTRIALES DE
JALISCO/ Ausente

LIC. JUAN MORA MORA EN REPRESENTACIÓN DEL MTRO. JACOBO EFRAÍN CABRERA PALOS
PRESIDENTE DEL CONSEJO AGROALIMENTARIO DE JALISCO/Ausente

LIC. OMAR VACA RODRÍGUEZ
EN REPRESENTACIÓN DE LA ARQ. BEATRIZ MORA MEDINA PRESIDENTA
DEL CONSEJO COORDINADOR DE JÓVENES EMPRESARIOS DEL ESTADO
DE JALISCO/ Presente



LIC. JOSÉ GUADALUPE PÉREZ MEJÍA EN REPRESENTACIÓN DEL ING. CARLOS DANIEL VILLASEÑOR FRANCO PRESIDENTE DEL CENTRO EMPRESARIAL DE JALISCO, COPARMEX /Presente

LIC. ERNESTO TEJEDA MARTÍN DEL CAMPO EN REPRESENTACIÓN DEL LIC. MIGUEL ÁNGEL LANDERO VOLQUARTS PRESIDENTE DEL CONSEJO MEXICANO DE COMERCIO EXTERIOR, COMCE DE OCCIDENTE, A.C. /Presente

REG. ABEL SALGADO PEÑA REGIDOR INDEPENDIENTE como invitado permanente en este comité de adquisiciones. /Ausente

REG. JOSÉ ANTONIO BRAVO REGIDOR DE LA FRACCIÓN EDILICIA DEL PAN como invitado permanente en este comité de adquisiciones. /Presente

Se cuenta con 6 asistentes de los 9 integrantes de éste comité y en esta ocasión no hay presencia de los invitados permanentes y un invitado permanente.

2.- DECLARACIÓN DE QUÓRUM LEGAL

Dr. Salvador García Uvence

Con la asistencia de manera virtual de 6 de los 9 integrantes de este Comité de Adquisiciones, existe quórum legal para sesionar, por lo que los acuerdos que aquí tomemos tendrán plena validez.

Con la presencia de un invitado permanente.

3.- APROBACIÓN DEL ORDEN DEL DÍA

Dr. Salvador García Uvence

Una vez desahogado el punto anterior pongo a su consideración el siguiente orden del día:

1. Registro de asistencia
2. Declaración del quórum legal
3. Aprobación del orden del día
4. Recepción y Apertura de Propuestas de las licitaciones:
 - LPCC 011/2021, REFERENTE A LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS
 - LPCC 012/2021, REFERENTE A LA ADQUISICIÓN DE MATERIAL DE CURACIÓN
5. Asuntos Varios
6. Clausura de la Sesión

Para lo cual solicito manifiesten su aprobación realizando la votación levantando por voz.

APROBADO POR UNANIMIDAD EL ORDEN DEL DÍA.



HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500.
Col. Centro, C.P. 45100
Tel.: 3633 0929 y 3633 0352
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México.

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550.
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45157
Tels: 3818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz del Sur No.3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas.
Tels: 3631 9471 y 3134 4800,

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No.750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tels: 3342 4743 y 3342 4751

CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
Carretera a Saitillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tels: 3625 1328

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorritos
C.P. 45200, Tels: 3624 8323 y 3624 8324

CRUZ VERDE "LA NIÑA EVA"
Carretera a Colotlán No. 515
Av. Juan Gil Preciado y calle I.
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco.

Correo Electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gcb.m.
Página web:
www.ssmz.gob.mx



Salud
Construcción
de comunidad

4.- RECEPCIÓN Y APERTURA DE PROPUESTAS DE LAS BASES DE LA LICITACIÓN PÚBLICA CON CONCURRENCIA LPCC-011/2021: PARA LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y LPCC-012/2021: PARA LA ADQUISICIÓN DE MATERIAL DE CURACIÓN PARA EL OPD SSMZ”

Dr. Salvador García Uvence

Continuando con el orden del día pasamos al punto 4, en el cual se procede con la apertura del correo especificado en las bases para la recepción de propuestas de los participantes para la licitación LPCC 011/2021, REFERENTE A LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS

Dr. Diego Vallejo Thomsen

Se procede la apertura del correo electrónico establecido en las bases para revisión de propuestas de los participantes.



HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500.
Col. Centro, C.P. 45100
Tel.: 3633 0929 y 3633 0353
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México.

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550.
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45157
Tels: 3818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz del Sur No.3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tels: 3631 9471 y 3134 4800,

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tels: 3342 4743 y 3342 4757

CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
Carretera a Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tels: 3625 1328

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorritos
C.P. 45200, Tels: 3624 8323 y 3624 8324

CRUZ VERDE "LA NIÑA EVA"
Carretera a Colotlán No. 515.
Av. Juan Gil Preciado y calle 1.
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco.

Correo Electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx

Check List Medicamentos

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Participante: Implementos Médicos de Occidente S.A. de C.V. | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | No cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | No cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | No cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | No cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | No cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | No cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | No cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | No cumple |
| • Formato 32-D | No cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | No cumple |
| • Últimos Estados Financieros | No cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | No cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | No cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | No cumple |
| • Registro Sanitario | No cumple |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | No cumple |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | No cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MEDICAMENTO PRÓXIMO A CADUCAR | No cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | No cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | No cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Si cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Si cumple |

Check List Medicamentos

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Participante: Comercializadora de del Pacifico de Artículos Médicos S.A. de C.V. | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Si cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Si cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Si cumple |



| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Si cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Si cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Si cumple |
| • Formato 32-D | Si cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Si cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Si cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | Si cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | Si cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | Si cumple |
| • Registro Sanitario | Si cumple |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | Si cumple |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | Si cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MEDICAMENTO PRÓXIMO A CADUCAR | Si cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | Si cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | Si cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Si cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Si cumple |



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500.
Col. Centro, C.P. 45100
Tel.: 3633 0929 y 3633 0352
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México.

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550.
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45157
Tels: 3818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz del Sur No.3535
C.P. 45080. Col. Las Águilas
Tels: 3631 9471 y 3134 4800,

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No.750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tels: 3342 4743 y 3342 4751

CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
Carretera a Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tels: 3625 1328

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorrillos
C.P. 45200. Tels: 3624 8323 y
3624 8324

CRUZ VERDE "LA NIÑA EVA"
Carretera a Colotlán No. 515.
Av. Juan Gil Preciado y calle 1
C.P. 45200. Zapopan, Jalisco

Correo Electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx

Check List Medicamentos

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Participante: Impulso Farmacéutico S.A. de C.V. | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Si cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Si cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Si cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Si cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Si cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Si cumple |
| • Formato 32-D | |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Si cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Si cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | Si cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | Si cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | Si cumple |
| • Registro Sanitario | No se identifica |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | Si cumple |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | Si cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MEDICAMENTO PRÓXIMO A CADUCAR | Si cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | No se identifica |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | Si cumple |



Salud
Construcción
de comunidad

| | |
|-----------------------------|-----------|
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Si cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Si cumple |

Check List Medicamentos

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Participante: ALFEJ | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Si cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Si cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Si cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Si cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTIA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Si cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Si cumple |
| • Formato 32-D | Si cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Si cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Si cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | Si cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | Si cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | Si cumple |
| • Registro Sanitario | Si cumple |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | Si cumple |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | Si cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MEDICAMENTO PRÓXIMO A CADUCAR | Si cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | Si cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | Si cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Si cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Si cumple |



HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel.: 3633 0929 y 3633 0353
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México.

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550.
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45157
Tels: 3818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz del Sur No.3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas.
Tels: 3631 9471 y 3134 4800.

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No.750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tels: 3342 4743 y 3342 4751

CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
Carretera a Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tels: 3625 1328

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorritos
C.P. 45200. Tels: 3624 8323 y 3624 8324

CRUZ VERDE "LA NIÑA EVA"
Carretera a Colotlán No. 515.
Av. Juan Gil Preciado y calle 1
C.P. 45200. Zapopan, Jalisco.

Correo Electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx

Dr. Salvador García Uvence

Voy hacer una breve interrupción, tengo que salir un momento, espero regresar antes de que termine esta reunión, en caso de no ser así la Lic. María Fernanda Fuentes Flores se quedará supliendo mi lugar para que coordine.

Lic. María Fernanda Fuentes Flores

Doy cuenta de que el Lic. Ernesto Tejeda Martín del Campo en representación del Consejo Mexicano de Comercio Exterior, COMCE DE OCCIDENTE A.C. nos acompaña de manera presencial en esta sesión.

Check List Medicamentos

| | |
|----------------------------------------------------------------|-----------|
| Participante: José Fabián Sandoval | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Si cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Si cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Si cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Si cumple |



Salud
Construcción
de comunidad



Gobierno de
Zapopan

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Sí cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Sí cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Sí cumple |
| • Formato 32-D | Sí cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Sí cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Sí cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | Sí cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | Sí cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | Queda pendiente |
| • Registro Sanitario | Sí cumple |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | Sí cumple |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | Sí cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MEDICAMENTO PRÓXIMO A CADUCAR | Sí cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | Sí cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | Sí cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Sí cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Sí cumple |

HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN

Ramón Corona No. 500.
Col. Centro, C.P. 45100
Tel.: 3633 0929 y 3633 0352
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México.

CRUZ VERDE NORTE

Dr. Luis Farah No. 550.
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45157
Tels: 3818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR

Cruz del Sur No.3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas.
Tels: 3631 9471 y 3134 4800,

CRUZ VERDE FEDERALISMO

Luis Quintero No.750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tels: 3342 4743 y 3342 4751

CRUZ VERDE VILLA

DE GUADALUPE
Carretera a Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tels: 3625 1328

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA

Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorritos
C.P. 45200. Tels: 3624 8323 y
3624 8324

CRUZ VERDE "LA NIÑA EVA"

Carretera a Colotlán No. 515.
Av. Juan Gil Preciado y calle 1.
C.P. 45200. Zapopan, Jalisco.

Correo Electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx

Check List Medicamentos

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Participante: DIMEJAL S.A. de C.V. | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Sí cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Sí cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Sí cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Sí cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Sí cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Sí cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Sí cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Sí cumple |
| • Formato 32-D | Sí cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Sí cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Sí cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | Sí cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | Sí cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | Sí cumple |
| • Registro Sanitario | Sí cumple |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | Sí cumple |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | Sí cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MEDICAMENTO PRÓXIMO A CADUCAR | Sí cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | Sí cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | Sí cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Sí cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Sí cumple |



Salud
Construcción
de comunidad

Check List Medicamentos

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Participante: Laboratorios PISA S.A. de C.V. | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Sí cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Sí cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Sí cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Sí cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Sí cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Sí cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Sí cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Sí cumple |
| • Formato 32-D | Sí cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Sí cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Sí cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | Sí cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | Sí cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | Sí cumple |
| • Registro Sanitario | Sí cumple |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | Sí cumple |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | Sí cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MEDICAMENTO PRÓXIMO A CADUCAR | Sí cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | Sí cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | Sí cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Sí cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Sí cumple |



HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel.: 3633 0929 y 3633 0353
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México.

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550.
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45157
Tels: 3818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz del Sur No.3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas.
Tels: 3631 9471 y 3134 4800,

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No.750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tels: 3342 4743 y 3342 4751

CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
Carretera a Saitillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45153
Tels: 3625 1328

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorritos
C.P. 45200, Tels: 3624 8323 y 3624 8324

CRUZ VERDE "LA NIÑA EVA"
Carretera a Colotlán No. 515.
Av. Juan Gil Preciado y calle 1.
C.P. 45200. Zapopan, Jalisco.

Correo Electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx

Dr. Diego Vallejo Thomsen

Ya no se recibieron más correos para esta licitación por lo que procedemos a dar continuidad con la apertura de la licitación de material de curación.

Lic. María Fernanda Fuentes Flores

Continuando con el punto 4, seguimos con la apertura del correo para revisión de las propuestas de los participantes para la licitación LPCC 012/2021, REFERENTE A LA ADQUISICIÓN DE MATERIAL DE CURACIÓN

Dr. Diego Vallejo Thomsen

Continuamos con la misma dinámica para la apertura de las propuestas de los participantes para esta licitación y cedo la voz al Lic. Roberto Cárabes Quintero.

Check List Material de curación

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Participante: Distribuidor comercial Leopoldo Uribe | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Sí cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Sí cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Sí cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Sí cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Sí cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Sí cumple |





HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN
 Ramón Corona No. 500.
 Col. Centro, C.P. 45100
 Tel.: 3633 0929 y 3633 0352
 Cabecera Municipal
 Zapopan, Jal. México.

CRUZ VERDE NORTE
 Dr. Luis Farah No. 550.
 Col. Villa de los Belenes
 C.P. 45157
 Tels: 3818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
 Cruz del Sur No. 3535
 C.P. 45080, Col. Las Águilas.
 Tels: 3631 9471 y 3134 4800,

CRUZ VERDE FEDERALISMO
 Luis Quintero No. 750
 Col. Quinta Federalismo
 C.P. 45180
 Tels: 3342 4743 y 3342 4751

CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
 Carretera a Saltillo No. 100
 Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45100
 Tels: 3625 1328

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
 Av. de la Presa No. 795
 Col. Santa María de los Chorrillos
 C. P. 45200. Tels: 3624 8323 y
 3624 8324

CRUZ VERDE "LA NIÑA EVA"
 Carretera a Colotlán No. 515.
 Av. Juan Gil Preciado y calle 1.
 C.P. 45200. Zapopan, Jalisco.

Correo Electrónico:
 transparencia.salud@zapopan.gob.mx
 Página web:
 www.ssmz.gob.mx

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Sí cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Sí cumple |
| • Formato 32-D | Sí cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Sí cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Sí cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | Sí cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | Sí cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | Sí cumple |
| • Registro Sanitario en caso de requerirlo y/o publicación del diario oficial | Sí cumple |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | Sí cumple |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | Sí cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MATERIAL DE CURACIÓN PRÓXIMO A CADUCAR | Sí cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | Sí cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | Sí cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Sí cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Sí cumple |

Lic. María Fernanda Fuentes Flores

Damos cuenta siendo las 11:54 am que el Lic. Ernesto Tejeda Martín del Campo se retira de la sesión de manera presencial pero continua conectado de manera virtual.

Se retira también el Regidor José Antonio de la Torre Bravo.

Check List Material de curación

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Participante: GTV, Grupo Tecnológico Verana S.A. de C.V. | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Sí cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Sí cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Sí cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Sí cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Sí cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Sí cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Sí cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Sí cumple |
| • Formato 32-D | Sí cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Sí cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Sí cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | Sí cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | No cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | No cumple |
| • Registro Sanitario en caso de requerirlo y/o publicación del diario oficial | No cumple |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | Sí cumple |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | Sí cumple |



Handwritten signatures and initials in blue ink at the bottom of the page.



| | |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------|
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MATERIAL DE CURACIÓN PRÓXIMO A CADUCAR | Sí cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | Sí cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | Sí cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Sí cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Sí cumple |

Check List Material de curación

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Participante: Salud R.L. | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Sí cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Sí cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Sí cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Sí cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Sí cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Sí cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Sí cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Sí cumple |
| • Formato 32-D | Sí cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Sí cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Sí cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | Sí cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | Sí cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | Sí cumple |
| • Registro Sanitario en caso de requerirlo y/o publicación del diario oficial | Sí cumple |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | Sí cumple |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | Sí cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MATERIAL DE CURACIÓN PRÓXIMO A CADUCAR | Sí cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | Sí cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | Sí cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Sí cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Sí cumple |

Check List Material de curación

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Participante: Sanabria corporativo médico S.A. de C.V. | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Sí cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Sí cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Sí cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Sí cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Sí cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Sí cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Sí cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Sí cumple |
| • Formato 32-D | Sí cumple |



HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500.
Col. Centro, C.P. 45100
Tel.: 3633 0929 y 3633 0352
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México.

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550.
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45157
Tels: 3618 2200, ext. 3909 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz del Sur No.3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tels: 3631 9471 y 3134 4800.

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tels: 3342 4743 y 3342 4751

CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
Carretera a Sañtillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tels: 3625 1328

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorritos
C.P. 45200. Tels: 3624 8323 y 3624 8324

CRUZ VERDE "LA NIÑA EVA"
Carretera a Colotlán No. 515.
Av. Juan Gil Preciado y calle 1.
C.P. 45200. Zapopan, Jalisco.

Correo Electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx



Handwritten signatures and stamps in blue ink at the bottom of the page.



| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Sí cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Sí cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | Sí cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | Sí cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | Sí cumple |
| • Registro Sanitario en caso de requerirlo y/o publicación del diario oficial | Sí cumple |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | Sí cumple |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | Sí cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MATERIAL DE CURACIÓN PRÓXIMO A CADUCAR | Sí cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | Sí cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | Sí cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Sí cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Sí cumple |



HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500.
Col. Centro, C.P. 45100
Tel.: 3633 0929 y 3633 0352
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México.

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550.
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45157
Tels: 3818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz del Sur No.3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tels: 3631 9471 y 3134 4800,

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No.750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tels: 3342 4743 y 3342 4751

CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
Carretera a Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tels: 3625 1328

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorritos
C.P. 45200. Tels: 3624 8323 y 3624 8324

CRUZ VERDE "LA NIÑA EVA"
Carretera a Colotlán No. 515.
Av. Juan Gil Preciado y calle 1.
C.P. 45200. Zapopan, Jalisco.

Correo Electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx

Check List Material de curación

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Participante: Laboratorios PISA S.A. de C.V. | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Sí cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Sí cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Sí cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Sí cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Sí cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Sí cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Sí cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Sí cumple |
| • Formato 32-D | Sí cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Sí cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Sí cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | Sí cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | Sí cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | Sí cumple |
| • Registro Sanitario en caso de requerirlo y/o publicación del diario oficial | Sí cumple |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | No cumple |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | Si cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MATERIAL DE CURACIÓN PRÓXIMO A CADUCAR | Si cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | Si cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | Si cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Si cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Si cumple |

Check List Material de curación

| | |
|-------------------------------------------------|-----------|
| Participante: Especialidades Médico Quirúrgicas | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Sí cumple |



Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature on the left and several smaller ones on the right.

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Si cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Si cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Si cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Si cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Si cumple |
| • Formato 32-D | Si cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Si cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Si cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | Si cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | Si cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | Si cumple |
| • Registro Sanitario en caso de requerirlo y/o publicación del diario oficial | Si cumple |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | Si cumple |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | No cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MATERIAL DE CURACIÓN PRÓXIMO A CADUCAR | Si cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | Si cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | Si cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Si cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Si cumple |



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500.
Col. Centro, C.P. 45100
Tel.: 3633 0929 y 3633 0352
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México.

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550.
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45157
Tels: 3818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz del Sur No.3535
C.P. 45080. Col. Las Águilas.
Tels: 3631 9471 y 3134 4800.

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No.750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tels: 3342 4743 y 3342 4751

CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
Carretera a Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tels: 3625 1328

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorrillos
C.P. 45200. Tels: 3624 8323 y
3624 8324

CRUZ VERDE "LA NIÑA EVA"
Carretera a Colotlán No. 515.
Av. Juan Gil Preciado y calle 1.
C.P. 45200. Zapopan, Jalisco.

Correo Electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx

Check List Material de curación

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Participante: DIMEJAL S.A. de C.V. | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Si cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Si cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Si cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Si cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Si cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Si cumple |
| • Formato 32-D | Si cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Si cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Si cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | Si cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | Si cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | Si cumple |
| • Registro Sanitario en caso de requerirlo y/o publicación del diario oficial | Si cumple |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | Si cumple |



Salud
Construcción
de comunidad

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------|
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | Si cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MATERIAL DE CURACIÓN PRÓXIMO A CADUCAR | Si cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | Si cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | Si cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Si cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Si cumple |

Check List Material de curación

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Participante: ALFEJ | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Si cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Si cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Si cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Si cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Si cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Si cumple |
| • Formato 32-D | Si cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Si cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Si cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | Si cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | Si cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | Si cumple |
| Registro Sanitario en caso de requerirlo y/o publicación del diario oficial | Si cumple |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | Si cumple |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | Si cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MATERIAL DE CURACIÓN PRÓXIMO A CADUCAR | Si cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | Si cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | Si cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Si cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Si cumple |

Check List Material de curación

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Participante: VITASANITAS | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Si cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Si cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Si cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Si cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Si cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Si cumple |



HOSPITAL GENERAL DE ZAPDPAN
Ramón Corona No. 500.
Col. Centro, C.P. 45100
Tel.: 3633 0929 y 3633 0352
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México.

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550.
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45157
Tels: 3818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz del Sur No.3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas.
Tels: 3631 9471 y 3134 4800,

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No.750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tels: 3342 4743 y 3342 4751

CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
Carretera a Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45157
Tels: 3625 1328

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorritos
C.P. 45200. Tels: 3624 8323 y
3624 8324

CRUZ VERDE "LA NIÑA EVA"
Carretera a Colotlán No. 515.
Av. Juan Gil Preciado y calle 1.
C.P. 45200. Zapopan, Jalisco.

Correo Electrónico:
transparencia.salm@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx



Handwritten signatures and initials in blue ink at the bottom of the page.



HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500.
Col. Centro, C.P. 45100
Tel.: 3633 0929 y 3633 0352
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México.

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550.
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45157
Tels: 3818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz del Sur No.3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas.
Tels: 3631 9471 y 3134 4800,

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No.750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tels: 3342 4743 y 3342 4751

CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
Carretera a Saitillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tels: 3625 1328

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorritos
C.P. 45200. Tels: 3624 8323 y
3624 8324

CRUZ VERDE "LA NIÑA EVA"
Carretera a Colotlán No. 515.
Av. Juan Gil Preciado y calle 1.
C.P. 45200. Zapopan, Jalisco.

Correo Electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| • Formato 32-D | Si cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Si cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Si cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | Si cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | Si cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | Si cumple |
| Registro Sanitario en caso de requerirlo y/o publicación del diario oficial | Si cumple |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | Si cumple |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | Si cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MATERIAL DE CURACIÓN PRÓXIMO A CADUCAR | Si cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | Si cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | Si cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Si cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Si cumple |

Check List Material de curación

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Participante: id Asesoría Quirúrgica S.A. de C.V. | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Si cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Si cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Si cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Si cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Si cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Si cumple |
| • Formato 32-D | Si cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Si cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Si cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | No cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | Si cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | Si cumple |
| • Registro Sanitario en caso de requerirlo y/o publicación del diario oficial | Si cumple |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | Si cumple |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | Si cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MATERIAL DE CURACIÓN PRÓXIMO A CADUCAR | Si cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | Si cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | Si cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Si cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Si cumple |

Check List Material de curación

| |
|------------------------------------------------|
| Participante: Ismael Vega Rubio, Biomedic West |
|------------------------------------------------|



HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500.
Col. Centro, C.P. 45100
Tel.: 3633 0929 y 3633 0352
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México.

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550.
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45157
Tels: 3818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz del Sur No.3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tels: 3631 9471 y 3134 4800,

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No.750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tels: 3342 4743 y 3342 4751

CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
Carretera a Saitillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tels: 3625 1328

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorritos.
C.P. 45200. Tels: 3624 8323 y 3624 8324

CRUZ VERDE "LA NIÑA EVA"
Carretera a Colotlán No. 515.
Av. Juan Gil Preciado y calle 1.
C.P. 45200. Zapopan, Jalisco.

Correo Electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Si cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Si cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Si cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Si cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Si cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Si cumple |
| • Formato 32-D | Si cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Si cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Si cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | No se visualiza |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | No se visualiza |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | No se visualiza |
| • Registro Sanitario en caso de requerirlo y/o publicación del diario oficial | Si cumple |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | No se visualiza |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | Si cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MATERIAL DE CURACIÓN PRÓXIMO A CADUCAR | Si cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | Si cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | Si cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Si cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Si cumple |

Check List Material de curación

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Participante: Comercializadora UCIN Medica | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Si cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Si cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Si cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Si cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Si cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Si cumple |
| • Formato 32-D | Si cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Si cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Si cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | Si cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | Si cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | Si cumple |
| • Registro Sanitario en caso de requerirlo y/o publicación del diario oficial | Si cumple |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | Si cumple |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|------------|
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | Si cumple, |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MATERIAL DE CURACIÓN PRÓXIMO A CADUCAR | Si cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | Si cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | Si cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Si cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Si cumple |

Check List Material de curación

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Participante: Distribuidora Michel | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Si cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Si cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Si cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Si cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Si cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Si cumple |
| • Formato 32-D | Si cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Si cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Si cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | Si cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | No cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | No cumple |
| • Registro Sanitario en caso de requerirlo y/o publicación del diario oficial | No cumple |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | No cumple |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | No cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MATERIAL DE CURACIÓN PRÓXIMO A CADUCAR | No cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | No cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | No cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Si cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Si cumple |



HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500.
Col. Centro, C.P. 45100
Tel.: 3633 0929 y 3633 0352
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México.

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550.
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45157
Tels: 3B18 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz del Sur No.3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas.
Tels: 3631 9471 y 3134 4800.

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No.750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tels: 3342 4743 y 3342 4751

CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
Carretera a Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45156
Tels: 3625 1328

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorritos
C.P. 45200. Tels: 3624 8323 y 3624 8324

CRUZ VERDE "LA NIÑA EVA"
Carretera a Colotlán No. 515.
Av. Juan Gil Preciado y calle 1.
C.P. 45200. Zapopan, Jalisco.

Correo Electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssm7.gob.mx

Check List Material de curación

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Participante: Promedica García | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Si cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Si cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Si cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Si cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Si cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Si cumple |



| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| • Formato 32-D | Si cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Si cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Si cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | Si cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | Si cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | Si cumple |
| • Registro Sanitario en caso de requerirlo y/o publicación del diario oficial | Si cumple |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | Si cumple |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | Si cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MATERIAL DE CURACIÓN PRÓXIMO A CADUCAR | Si cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | Si cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | Si cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Si cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Si cumple |



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500.
Col. Centro, C.P. 45100
Tel.: 3633 0929 y 3633 0352
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México.

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550.
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45157
Tels: 3818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz del Sur No.3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas.
Tels: 3631 9471 y 3134 4800,

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No.750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tels: 3342 4743 y 3342 4751

CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
Carretera a Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tels: 3625 1328

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorritos
C.P. 45200. Tels: 3624 8323 y
3624 8324

CRUZ VERDE "LA NIÑA EVA"
Carretera a Colotlán No. 515.
Av. Juan Gil Preciado y calle 1.
C.P. 45200. Zapopan, Jalisco.

Correo Electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx

Check List Material de curación

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Participante: INTEGRAMEDIC | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Si cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Si cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Si cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Si cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Si cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Si cumple |
| • Formato 32-D | Si cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Si cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Si cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | Si cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | Lo presenta, pero no emiten opinión porque no cuenta con trabajadores registrados |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | Lo presenta, pero no emiten opinión porque no cuenta con trabajadores registrados |
| • Registro Sanitario en caso de requerirlo y/o publicación del diario oficial | Si cumple |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | Si cumple |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | Si cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MATERIAL DE CURACIÓN PRÓXIMO A CADUCAR | Si cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | Si cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | Si cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Si cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Si cumple |



Check List Material de curación

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Participante: Grupo Ficse S.A. de C.V. | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Si cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Si cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Si cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Si cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Si cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Si cumple |
| • Formato 32-D | Si cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Si cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Si cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | Si cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | Si cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | Si cumple |
| • Registro Sanitario en caso de requerirlo y/o publicación del diario oficial | No aplica por los reglones en los que participa |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | Si cumple |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | No cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MATERIAL DE CURACIÓN PRÓXIMO A CADUCAR | Si cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | Si cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | Si cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Si cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Si cumple |



HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN
 Ramón Corona No. 500.
 Col. Centro, C.P. 45100
 Tel.: 3633 0929 y 3633 0352
 Cabecera Municipal
 Zapopan, Jal. México.

CRUZ VERDE NORTE
 Dr. Luis Farah No. 550.
 Col. Villa de los Belenes
 C.P. 45157
 Tels: 3818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
 Cruz del Sur No.3535
 C.P. 45080, Col. Las Águilas.
 Tels: 3631 9471 y 3134 4800,

CRUZ VERDE FEDERALISMO
 Luis Quintero No.750
 Col. Quinta Federalismo
 C.P. 45180
 Tels: 3342 4743 y 3342 4751

CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
 Carretera a Saltillo No. 100
 Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
 Tels: 3625 1328

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
 Av. de la Presa No. 795
 Col. Santa María de los Chorritos
 C.P. 45200. Tels: 3624 8323 y 3624 8324

CRUZ VERDE "LA NIÑA EVA"
 Carretera a Colotlán No. 515.
 Av. Juan Gil Preciado y calle 1.
 C.P. 45200. Zapopan, Jalisco.

Correo Electrónico:
 transparencia.salud@zapopan.gob.mx
 Página web:
 www.ssmz.gob.mx

Check List Material de curación

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Participante: Especialistas en Esterilización y Envases | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Si cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Si cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Si cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Si cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Si cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Si cumple |
| • Formato 32-D | Si cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Si cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Si cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | Si cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | Si cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | No se visualizo |
| • Registro Sanitario en caso de requerirlo y/o publicación del diario oficial | No se visualizo |



Handwritten signatures and initials in blue ink at the bottom of the page.



Salud
Construcción
de comunidad

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | Si cumple |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | Si cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MATERIAL DE CURACIÓN PRÓXIMO A CADUCAR | Si cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | Si cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | Si cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Si cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Si cumple |

Check List Material de curación

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Participante: PROCOMSA | |
| FORMATO 1.1 ACREDITACIÓN LEGAL | Si cumple |
| FORMATO 1.2 DECLARATORIA DE INTEGRIDAD Y NO COLUSIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.3 DECLARATORIA DE QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS | Si cumple |
| FORMATO 1.4 MANIFIESTO DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA | Si cumple |
| FORMATO 1.5 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA SUFICIENTE | Si cumple |
| FORMATO 1.6 COMPROMISO POR EL PERIODO DE GARANTÍA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS | Si cumple |
| FORMATO 1.7 MANIFIESTO DE CONOCER Y SUJETARSE AL REGLAMENTO Y BASES DE LA LICITACIÓN | Si cumple |
| FORMATO 1.8 FORMATO DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DONDE SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | Si cumple |
| • Formato 32-D | Si cumple |
| • Declaración mensual del mes inmediato anterior | Si cumple |
| • Últimos Estados Financieros | Si cumple |
| • Declaración anual ejercicio anterior | Si cumple |
| • Documento que acredita encontrarse al corriente en cuotas obrero patronales de seguridad social. | Si cumple |
| • Documento que acredita estar al corriente de impuesto sobre nómina. | Si cumple |
| • Registro Sanitario en caso de requerirlo y/o publicación del diario oficial | No cumple |
| FORMATO 1.9 FORMATO DEL ESCRITO DE CARTA DE APOYO (FABRICANTE, TITULAR DEL REGISTRO, FILIAL EN MÉXICO O IMPORTADOR PRIMARIO). | Si cumple |
| FORMATO 1.10 FORMATO DE COMPROMISO DE FIANZA | Si cumple |
| FORMATO 1.11 FORMATO DE CAMBIO DE MATERIAL DE CURACIÓN PRÓXIMO A CADUCAR | Si cumple |
| FORMATO 1.12 FORMATO DE PROTECCIÓN CONTRA DERECHOS DE AUTOR Y PATENTE | Si cumple |
| ANEXO 1 EN HOJA MEMBRETADA TODO LO QUE INCLUYA EL SERVICIO CONTRATADO | No cumple |
| ANEXO 3 PROPUESTA TÉCNICA | Si cumple |
| ANEXO 4 PROPUESTA ECONÓMICA | Si cumple |



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500.
Col. Centro, C.P. 45100
Tel.: 3633 0929 y 3633 0352
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México.

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550.
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45157
Tels: 3818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz del Sur No.3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas.
Tels: 3631 9471 y 3134 4800.

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tels: 3342 4743 y 3342 4751

CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
Carretera a Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tels: 3625 1328

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorritos
C.P. 45200. Tels: 3624 8323 y 3624 8324

CRUZ VERDE "LA NIÑA EVA"
Carretera a Colotlán No. 515.
Av. Juan Gil Preciado y calle 1.
C.P. 45200. Zapopan, Jalisco.

Correo Electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx

5.- ASUNTOS VARIOS

Lic. María Fernanda Fuentes Flores

Es así como llegamos al correspondiente a Asuntos Varios y me permito hacer mención de dos puntos:

Pregunto si ¿alguno de ustedes tiene algún punto que tratar?

Integrantes del comité

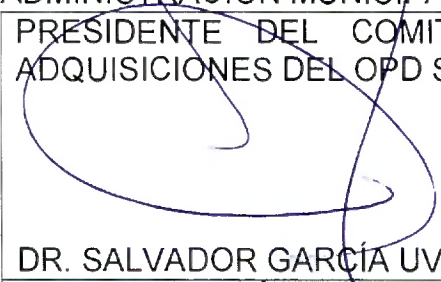
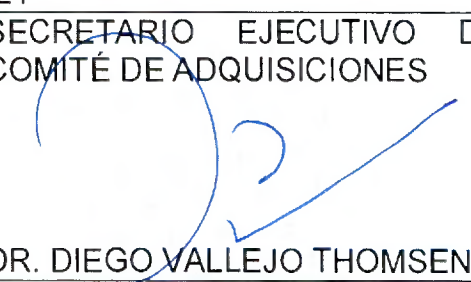
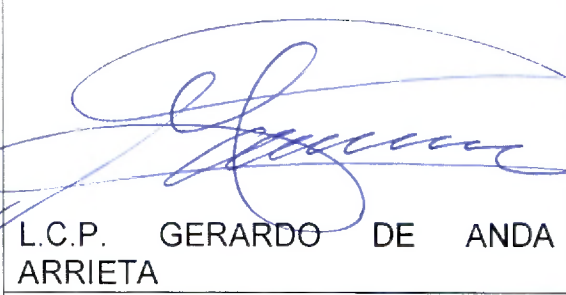
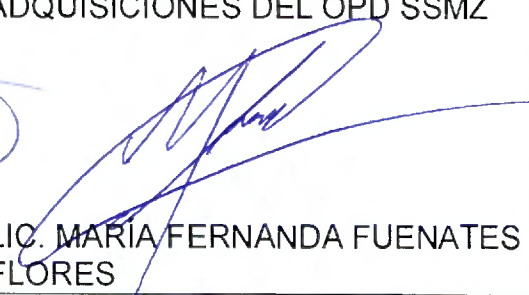
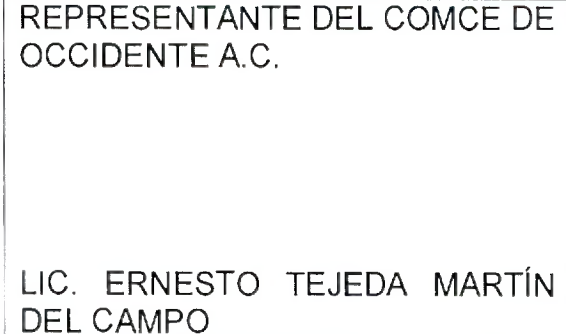
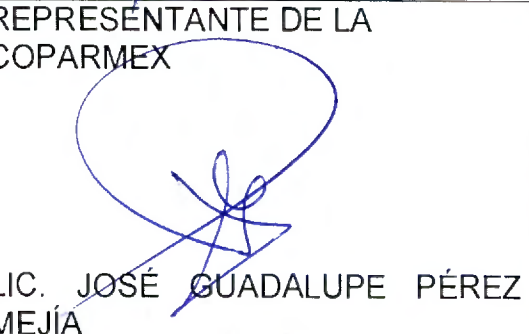
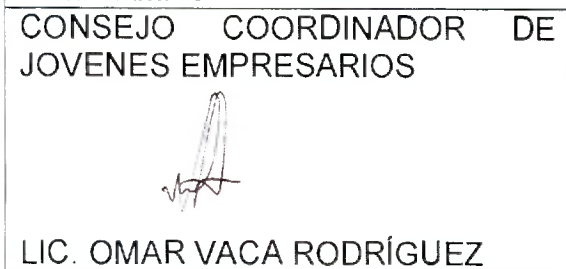
Ninguno.

18)

6.- CLAUSURA DE LA SESIÓN

Una vez desahogado el Orden del Día y no habiendo más asuntos que tratar, pasamos al último punto del orden del día, la clausura, por lo que se da por concluida la Vigésima Novena Sesión Ordinaria del Comité de Adquisiciones del OPD SSMZ, siendo las 14:44 horas, gracias por su asistencia y participación, buenos días.

CC. INTEGRANTES DEL COMITÉ DE ADQUISICIONES DEL OPD SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL 2018-2021

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ADQUISICIONES DEL OPD SSMZ</p>  | <p>SECRETARIO EJECUTIVO DEL COMITÉ DE ADQUISICIONES</p>  |
| <p>DR. SALVADOR GARCÍA UVENCE TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL DEL OPD SSMZ</p>  | <p>DR. DIEGO VALLEJO THOMSEN REPRESENTANTE SUPLENTE DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ADQUISICIONES DEL OPD SSMZ</p>  |
| <p>L.C.P. GERARDO DE ANDA ARRIETA REPRESENTANTE DEL COMCE DE OCCIDENTE A.C.</p>  | <p>LIC. MARIA FERNANDA FUENATES FLORES REPRESENTANTE DE LA COPARMEX</p>  |
| <p>LIC. ERNESTO TEJEDA MARTÍN DEL CAMPO CONSEJO COORDINADOR DE JOVENES EMPRESARIOS</p>  | <p>LIC. JOSÉ GUADALUPE PÉREZ MEJÍA</p> |

Esta hoja de firmas forma parte integral del acta correspondiente a la XXIX Sesión Ordinaria del Comité de Adquisiciones para la apertura propuestas de las licitaciones **LPCC 011/ 2021 y LPCC-012/2021**: de este Organismo Público Descentralizado "Servicios de Salud del Municipio de Zapopan" celebrada el 22 de marzo del 2021.



HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500.
Col. Centro, C.P. 45100
Tel.: 3633 0929 y 3633 0352
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México.

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550.
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45157
Tels: 3818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz del Sur No.3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas.
Tels: 3631 9471 y 3134 4800,

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No.750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tels: 3342 4743 y 3342 4751

CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
Carretera a Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tels: 3625 1328

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorritos
C.P. 45200. Tels: 3624 8323 y 3624 8324

CRUZ VERDE "LA NIÑA EVA"
Carretera a Colotlán No. 515
Av. Juan Gil Preciado y calle 1.
C.P. 45200. Zapopan, Jalisco.

Correo Electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx