**NOTA: La presente Constancia, se integrará al ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA DE ENTREGA, RECEPCIÓN, PUESTA EN OPERACIÓN Y CAPACITACIÓN DE BIENES DE INVERSIÓN que se formalizará al momento de la entrega-recepción del bien(es) a entera satisfacción del Instituto.**

En la Ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, siendo las \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas del día: \_\_\_\_\_\_del mes: \_\_\_\_\_\_\_ del año\_\_\_\_\_\_\_, en la Unidad Médica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en presencia de los servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social y el(los) representante(s) de la empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se levanta la presente CONSTANCIA a fin de VALIDAR la **PUESTA EN OPERACIÓN DEL(LOS) BIEN(ES**) con las especificaciones que se detallan a continuación:

**NOTA IMPORTANTE**: En caso de detectarse algún incumplimiento o circunstancia que impida la recepción a entera satisfacción del instituto, de acuerdo con lo establecido en el contrato que ampara la adquisición del bien, deberá procederse al levantamiento del Acta Circunstanciada de Rechazo de los bienes).

1. Descripción general del(los) bien(es) recibidos:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Proceso de adquisición: | Contrato Número: | Adjudicado a la empresa: | Domicilio de la empresa: | Teléfono de la empresa: | Correo electrónico de la empresa: |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Equipo** | | | | | | | |
| Nombre | Marca | Modelo | Número serie | Cantidad | Clave SAI | Clave PREI | Servicio de ubicación final del equipo |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Equipos Accesorios\*** | | | | | |
| Nombre | Marca | Modelo | Número serie | Cantidad | Servicio de ubicación final del equipo |
|  |  |  |  |  |  |

*(\*) Son todos los equipos que acompañan al equipo principal para su funcionamiento Ejemplo: Un tomógrafo se acompaña de una estación de trabajo, inyector de medio de contraste, impresora de placas, etc., siendo estos últimos equipos accesorios.*

1. Se procedió a la verificación de los siguientes aspectos, de conformidad con el contrato de referencia:

***Puesta en operación de(los) bien(es):***

| Condición | SI | NO | Observaciones |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.- ¿La actividad se realiza de acuerdo con lo determinado por el fabricante? |  |  |  |
| 2.- ¿Se procedió a la verificación del correcto funcionamiento y operación del bien instalado? |  |  |  |
| 3.- En el caso de bienes que para su operación requieren de software, ¿se comprobó que se encuentre configurado en idioma español, así como las etiquetas y dispositivos periféricos que se requieren para su ejecución? |  |  |  |

1. Se levanta la presente CONSTANCIA y se hacen constar la **Puesta en operación de(los) bien(es)** descrito(s) al inicio, entregados por parte del Proveedor al personal del Instituto en fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

No habiendo otro asunto que hacer constar, se cierra la presente a las \_\_\_\_\_\_\_\_ horas del día de su inicio, firmando la presente al calce y al margen en original, por triplicado, los que intervinieron en el presente evento y que se encuentran debidamente facultados para contraer las obligaciones que de éste se deriven, quedando un original en poder del Responsable del área usuaria del(os) bien(es) de la Unidad de Destino Final de los bienes para el expediente respectivo, un tanto original al proveedor y el último juego original se procede a enviar al Administrador del Contrato para su conocimiento e integración al ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA DE ENTREGA, RECEPCIÓN, INSTALACIÓN, PUESTA EN OPERACIÓN Y CAPACITACIÓN DE BIENES DE INVERSIÓN que se formalizará al momento de la entrega del bien(es) a entera satisfacción del Instituto (en caso de que éste último no se encuentre presente en el acto).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FIRMANTES** | | | | | | |
| **Unidad Médica** | **(Se deberá indicar la Unidad Médica de destino final de los bienes)** | | | | | |
| **Administrador del Contrato**  **(En caso de estar presente en este acto, en caso contrario, omitir)** | | | | **Director o Administrador o responsable Administrativo del Control de Bienes de la Unidad** **de Destino Final del(os) bien(es)** | | |
|  | | | |  | | |
| (Firma y matrícula) | |  | (Antefirma) | (Firma y matrícula) |  | (Antefirma) |
| **Responsable del área usuaria del(os) bien(es)** | | | | **Responsable del área de Conservación de la**  **Unidad de Destino Final del(os) bien(es) (En caso de estar presente en este acto, en caso contrario omitir)** | | |
|  | | | |  | | |
| (Firma y matrícula) | |  | (Antefirma) | (Firma y matrícula) |  | (Antefirma) |
| **Responsable de Ingeniería Biomédica**  **(En caso de estar presente en este acto, en caso contrario omitir)** | | | | **Representante(s) Legal del Proveedor asignado y facultado para la entrega del(os) bien(es)** | | |
|  | | | |  | | |
| (Firma y matrícula) | |  | (Antefirma) | (Firma y matrícula) |  | (Antefirma) |

**NOTAS IMPORTANTES:**

1. **LA TOTALIDAD DE LAS HOJAS QUE CONFORMEN LA PRESENTE ACTA, DEBERÁN CONTENER LA ANTEFIRMA DE LOS SERVIDORES QUE SUSCRIBEN AL FINAL DE ESTA.**
2. **EN EL CASO DE QUE SE PRESENTE CAMBIO DE PERSONAL, EL RESPONSABLE DE FORMALIZAR EL ACTA SERÁ EL SERVIDOR PUBLICO QUE LLEGUE A OCUPAR EL “CARGO INDICADO”.**
3. **EL PRESENTE FORMATO CONTIENE LO MÍNIMO INDISPENSABLE Y TIENE ÚNICAMENTE CARÁCTER ORIENTATIVO MÁS NO LIMITATIVO, PARA LAS ÁREAS RESPONSABLES DE SU ELABORACIÓN.**