**Estado XXX, a XX de XXX de 20XX**

**Oficio No. XXX/XXXX/**

**Asunto**: Solicitud de servicios de mantenimiento para equipo médico de Alta Tecnología en el Estado de XXXXX/ en el Hospital Regional XXXXXXXXX

**Fernando Manuel Castillo Molina**

**Titular de la Unidad de Infraestructura**

**Presente**

**Mtra. Sonia Tavera MArtínez**

**Coordinadora de Equipamiento para**

**Establecimientos de Salud**

**Presente**

Me refiero a los requerimientos de los **servicios de mantenimiento** **preventivo y/o correctivo de X9X equipos médicos de Alta Tecnología** en XXX unidades médicas en el Estado de XXXX, /en el Hospital Regional XXXXXXXXX, para lo cual solicito amablemente su apoyo para coordinar y aprobar la determinación de las necesidades señaladas en el **“Anexo 1. Necesidades de servicios de mantenimiento de equipo médico de alta tecnología y equipos periféricos asociados”**, el cual se adjunta al presente de manera electrónica, así como, a los correos: [infraestructura@imssbienestar.gob.mx](mailto:infraestructura@imssbienestar.gob.mx) y [sonia.tavera@imssbienestar.gob.mx](mailto:sonia.tavera@imssbienestar.gob.mx).

**Tabla 1. Necesidades de servicios de mantenimiento** **preventivo y/o correctivo**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NÚM.** | **CLUES** | **UNIDAD MÉDICA** | **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL EQUIPO** | **CANTIDAD** | **EQUIPO PERIFÉRICO ASOCIADO (EN CASO DE QUE APLIQUE)** | **CANTIDAD** |
| 1 | SRIMB000033 | UNIDAD DE DESINTOXICACION AGUA PRIETA | ACELERADOR LINEAL DE ALTA ENERGÍA | 1 | SIMULADOR GRANDE PARA RADIOTERAPIA | 1 |
| SISTEMA DE PLANEACIÓN DE TRATAMIENTOS TRIDIMENSIONAL CON INTERFASE PARA RADIOTERAPIA | 1 |
| 2 |  |  |  | 1 | N/A | 0 |
|  |  |  | **Total de Equipos** | **1** | **Total de Equipos** | **2** |

Es importante precisar que, la falta de los mantenimientos afecta la operatividad ordinaria de las Unidades Médicas en comento, quedo atento a cualquier duda o comentario al respecto.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

**A t e n t a m e n t e**

**Coordinador(a) Estatal IMSS-BIENESTAR**

**de XXXX/ Titular de la Coordinación del Hospital Regional xxxxxxxx**

**XXXX. XXXX XXXX XXXX**

**c.c.p.** **Dr. José Alejandro Avalos Bracho**.– Titular de la Unidad de Atención a la Salud.

**Mtro. Bladimir Martínez Ruíz**. – Titular de la Unidad de Planeación Estratégica y Coordinaciones Estatales